

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Институт проблем интегративного (инклюзивного) образования
Московского городского психолого-педагогического университета

Инклюзивное образование

Выпуск 3

Семаго Н.Я

**Технология определения образовательного маршрута для ребенка
с ограниченными возможностями здоровья**

Методическое пособие

Ответственный редактор Т.Н. Гусева

Центр «Школьная книга»

Москва

2010

Семаго Наталья Яковлевна - канд.псих.наук, доцент, старший научный сотрудник Городского ресурсного центра по развитию инклюзивного образования Института проблем интегративного (инклюзивного) образования Московского городского психолого-педагогического университета

«Инклюзивное образование», выпуск 3 содержит методические материалы по технологии определения образовательного маршрута и определения условий включения (инклюзии) различных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательную среду дошкольных учреждений и школ, как общеобразовательного так и специального (коррекционного) вида. В пособии представлена организация деятельности ПМПК и консилиумов образовательных учреждений, реализующих инклюзивную практику. Автор пособия многие годы являлась научным руководителем городской экспериментальной площадки, в рамках деятельности которой была апробирована технология определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК) окружного ресурсного центра по развитию инклюзивного образования.

Особое внимание в пособии уделено психолого-педагогическим характеристикам различных вариантов отклоняющегося развития, определяющих стратегию включения ребенка с ОВЗ в образовательное учреждение, условия необходимые для его адаптации в инклюзивной среде.

Пособие адресовано специалистам психолого-медико-педагогических комиссий различного уровня, в том числе, территориальных (окружных) ПМПК; специалистам психолого-медико-педагогических консилиумов (ПМПК) образовательных учреждений, реализующих инклюзивную практику; организаторам, координаторам и специалистам психолого-педагогического сопровождения (педагогам-психологам, дефектологам, логопедам, социальным педагогам) инклюзивных процессов в системе образования.

Рецензия...

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Раздел 1. Деятельность ПМПК Окружного ресурсного центра по развитию инклюзивного образования

- 1.1. Нормативно-правовые основы деятельности ПМПК Окружного ресурсного центра
- 1.2. Основные задачи деятельности ПМПК в рамках Окружного ресурсного центра по развитию инклюзивного образования
- 1.3. Технология деятельности ПМПК ОРЦ, как структурного подразделения ППМС-Центра
- 1.4. Этапы деятельности ПМПК ОРЦ в ситуации первичного обследования ребенка
- 1.5. Деятельность ПМПК ОРЦ в ситуации динамического обследования ребенка

Раздел 2. Организация и содержание деятельности психолого-медико-педагогического консилиума инклюзивного образовательного учреждения

- 2.1. Общие положения
- 2.2. Задачи деятельности психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения
- 2.3. Этапы деятельности консилиума образовательного учреждения по сопровождению ребенка с ОВЗ
- 2.4. Виды консилиумной деятельности

Раздел 3. Типологические варианты отклоняющегося развития

- 3.1. Модель анализа и общая характеристика групп отклоняющегося развития
- 3.2. Описание вариантов отклоняющегося развития
 - 3.2.1 Недостаточное развитие
 - 3.2.2. Асинхронное развитие
 - 3.2.3. Поврежденное развитие

3.2.4. Дефицитарное развитие

Приложение 1. Варианты образовательных маршрутов и условий адаптации различных категорий детей с ОВЗ дошкольного возраста

Приложение 2. Варианты образовательных маршрутов и условий адаптации различных категорий детей с ОВЗ младшего школьного возраста

Рекомендуемая литература

Введение

Право на качественное образование – одно из самых значительных прав человека современности, поскольку находится в тесной связи с правами человека на развитие своих способностей и правом на будущее. В связи с этим становится понятной необходимость обеспечения его полной безусловной доступности и равных прав на его получение для всех членов общества, в том числе и детей с ограниченными возможностями здоровья. Это право может быть реализовано не только в хорошо развитой системе специального (коррекционного) образования, но и в развитии инклюзивного образования. Демократические преобразования, активно развивающиеся в российском обществе, привели к серьезным изменениям и в системе образования. Эти преобразования коснулись как организационной, так и содержательной его стороны.

Развитие в нашей стране процесса включения (инклюзии) детей с ограниченными возможностями психического и/или физического здоровья в среду обычных сверстников является не только отражением времени, но и представляет собой реализацию прав детей на получение образования. Инклюзивная практика обучения реализует обеспечение равного доступа к получению того или иного вида образования и создание необходимых условий для достижения успеха в образовании всем без исключения детьми независимо от их индивидуальных особенностей, учебных достижений, родного языка, культуры, их психических и физических возможностей.

Анализируя состояние инклюзивного образования на настоящий момент, о нем можно говорить не только как об инновационном процессе, позволяющем осуществлять обучение и воспитание детей с разными стартовыми возможностями на различных ступенях образовательной вертикали. Эта современная инновационная форма оказывает мощное влияние и на развитие самого образовательного процесса, в значительной степени изменяя отношения между его участниками. Разрабатываемые стратегии психолого-педагогического сопровождения детей с особыми образовательными

потребностями и технологии сопровождения позволяют выстраивать отношения ко всем участникам образовательного процесса на основе уважения их прав и особенностей. Все это обеспечивает, и дальнейшую гуманизацию образования, и формирование профессионального педагогического сообщества нового типа.

Непрерывное инклюзивное образование должно служить базовой ступенью, от которой зависит все последующие достижения человека. Это – фундамент сохранения национальной культуры и важное условие формирования личности ребенка, социальной адаптации его самого и его семьи.

Система инклюзивного образования, развивающаяся в Москве, предъявляет серьезные требования ко всем участникам образовательного процесса – к их нравственной и профессиональной позиции, профессиональным знаниям и компетенциям. Особое значение приобретают ценностные гуманистические установки. Реализация инклюзивного образования не может не опираться на принятие основных принципов и приоритетов его развития, как то: *приоритете социальной адаптации* ребенка на каждом возрастном этапе; *природосообразности* образовательных (в широком смысле) задач и методов как возможностям ребенка, так и общей логике развития; *профилактике и преодолении инвалидизации* и искусственной изоляции семьи ребенка.

Эффективная реализация представленных приоритетов включения особого ребенка в среду общеобразовательного учреждения представляется практически невозможной без специализированного психолого-педагогического сопровождения различных аспектов инклюзивной практики.

В тоже время преувеличение роли инклюзивного образования или его абсолютизация недопустимы. Именно родители принимают решение о выборе образовательного учреждения для своего ребенка, а задача специалистов помочь родителям не только в выборе образовательной стратегии, но самое главное – определить, в каком образовательном учреждении ребенок получит лучшую социальную адаптацию, будет лучше развиваться и качество этого развития будет максимально возможным.

Необходимо сказать несколько слов о «внешних» условиях, необходимых для организации деятельности инклюзивного образовательного учреждения (ОУ). К ним, в первую очередь, относятся: системность развития инклюзивного образования в Округе – наличие образовательных учреждений разных ступеней образования (инклюзивная образовательная вертикаль: Система ранней помощи-ДОУ-ШКОЛА), преемственности и взаимодействия между отдельными звеньями этой вертикали; наличие в округе структур, оказывающих эффективную методическую и организационную поддержку и сопровождение инклюзивных ОУ (в данном случае речь идет об Окружных методических службах, Окружных ресурсных центрах и ППМС-Центрах), создание и функционирование Окружного Совета по инклюзивному образованию; поддержка Окружного управления образования; взаимодействие с социальными партнерами.

Выделяются и «внутренние» условия организации деятельности ОУ как инклюзивного. Среди них необходимо выделить *организационные, кадровые и средовые*:

- Сотрудничество с ресурсным центром по инклюзивному образованию в Округе, в том числе территориальной (окружной) психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК);
- Взаимодействие с другими инклюзивными и специальными учреждениями вертикали или сети (школа, сад, техникум и т.п.), в том числе, взаимный обмен технологиями, материалами, информацией и документами;
- Наличие подготовленных для реализации задач инклюзивного образования кадров;
- Разработка приемов, методов и форм повышения профессиональной компетентности специалистов;
- Наличие команды специалистов сопровождения: координатор (завуч) по инклюзии, психолог, специальный педагог, логопед, социальный педагог, помощник учителя (тьютор) и др.;

- Организация деятельности этих специалистов как психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) образовательного учреждения с соответствующими выделенными задачами;
- Архитектурные преобразования, включая безбарьерную среду;
- Наличие специальное оборудование и средства, модулирующих образовательное пространство класса /группы.

В данной работе мы остановимся лишь на одной аспекте условий деятельности образовательного учреждения как инклюзивного, а именно на организации и технологиях деятельности ПМПК Окружного ресурсного центра по развитию инклюзивного образования (ПМПК ОРЦ) и психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения (ПМПк ОУ). Задачи и функции этих структурных иерархических звеньев сопровождения инклюзивной образовательной вертикали различны, но в своей деятельности они не могут не быть неразрывно связаны между собой в реализации конкретных инклюзивных процессов.

Следует добавить, что вся деятельность по включению и сопровождению различных категорий детей с ОВЗ в инклюзивной образовательной вертикали должна опираться на единые терминологические и содержательные представления об особенностях этих детей – на единую и принимаемую всеми специалистами образования типологию отклоняющегося развития. Именно последняя лежит в основе, и определения условий включения ребенка в инклюзивную образовательную среду учреждения, и разработки специалистами ПМПК и консилиума ОУ индивидуального образовательного маршрута, всей совокупности коррекционно-развивающих мероприятий, определяющих эффективность его (ребенка) развития, воспитания и обучения. В связи с вышесказанным основы типологизации и постановки психологического диагноза приведены в одном из разделов данного пособия.

Раздел 1. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПМПК ОКРУЖНОГО РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА ПО РАЗВИТИЮ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1.1. Нормативно-правовые основы деятельности ПМПК Окружного ресурсного центра

Одним из важнейших задач деятельности Окружного ресурсного центра является диагностика и оценка особенностей развития детей с ОВЗ, подготовка рекомендаций по оказанию детям психолого-педагогической медико-социальной помощи для определения условий их воспитания и обучения.

Деятельность окружной ПМПК организуется в соответствии с *Положением о психолого-медико-педагогической комиссии* утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 95 от 24 марта 2009 года и *Законом об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в городе Москве* № 16 от 28 апреля 2010 года.

Приведем необходимые для деятельности ПМПК окружных ресурсных центров и консилиумов ОУ выдержки и комментарии из приведенных выше основополагающих документов.

В соответствии с *Положением* комиссия создается в целях выявления детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного обследования и подготовки *рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания.*

Комиссия создается органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющим управление в сфере образования, или органом местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере образования, и осуществляет свою деятельность в пределах территории одного или нескольких муниципальных образований субъекта Российской Федерации.

Основными направлениями деятельности комиссии выделяются:
« ... а) проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет с целью своевременного выявления

недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

б) подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

в) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных учреждений, учреждений социального обслуживания, здравоохранения, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении;

г) оказание федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида; ...

д) участие в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей».

Обследование детей проводится в помещениях комиссии. При необходимости и наличии соответствующих условий обследование детей может быть проведено по месту их проживания и (или) воспитания и обучения.

Обследование детей проводится каждым специалистом комиссии индивидуально или несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов комиссии, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются, исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей.

В ходе обследования ребенка ведется протокол, в котором указываются сведения о ребенке, специалистах комиссии, перечень документов, представленных для проведения обследования, результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов

(при наличии) и другая информация, послужившая основанием для вынесения заключения, заключение комиссии.

В сложных случаях комиссия может провести дополнительное обследование ребенка в другой день, а территориальная комиссия может направить ребенка для проведения обследования в центральную комиссию.

Протокол и заключение комиссии оформляются в день проведения обследования, подписываются специалистами комиссии, проводившими обследование, и руководителем комиссии (лицом, исполняющим его обязанности) и заверяются печатью комиссии.

Копия заключения комиссии и копии особых мнений специалистов (при их наличии) по согласованию с родителями (законными представителями) детей выдаются им под роспись или направляются по почте с уведомлением о вручении. Комиссию возглавляет руководитель.

В состав комиссии входят: педагог-психолог, учителя-дефектологи (по соответствующему профилю: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), учитель-логопед, педиатр, невролог (офтальмолог, оториноларинголог, ортопед, психиатр детский), социальный педагог. При необходимости в состав комиссии могут быть включены и другие работники.

Включение врачей в состав комиссии осуществляется по согласованию с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения или органом местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере здравоохранения.

Закон ***Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в городе Москве*** регулирует отношения, связанные с реализацией права лиц с ограниченными возможностями здоровья на образование любого уровня и направленности в соответствии с их способностями и возможностями, в целях социальной интеграции указанных лиц, включая приобретение ими навыков самообслуживания, подготовки к трудовой, в том числе профессиональной, деятельности и семейной жизни.

Действие настоящего Закона распространяется на:

1) детей-инвалидов, иных лиц, не признанных в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющих временные или постоянные ограничения возможностей здоровья и нуждающихся в создании специальных условий обучения (воспитания), а также инвалидов и других лиц с ограниченными возможностями здоровья в возрасте старше 18 лет, обучающихся по основным профессиональным образовательным программам начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;

2) родителей (законных представителей) лиц, указанных в предыдущем пункте;

3) педагогических и иных работников, участвующих в воспитании и обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также педагогических работников из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья;

4) органы государственной власти города Москвы, государственные образовательные учреждения города Москвы (далее - государственные образовательные учреждения) и негосударственные образовательные организации, соответствующих должностных лиц и руководителей, а также объединения юридических лиц, общественные и государственно-общественные объединения, осуществляющие деятельность в области образования (ст.1).

В законе определяются следующие понятия:

1) **ограничение возможностей здоровья** - любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции либо отклонение от них, влекущие полное или частичное ограничение способности или возможности осуществлять бытовую, социальную, профессиональную или иную деятельность способом и в объеме, которые считаются нормальными для человека при прочих равных возрастных, социальных и иных факторах. В зависимости от степени возможности компенсации или восстановления ограничение возможностей здоровья может быть временным или постоянным;

2) **специальные условия обучения (воспитания)** - специальные образовательные программы и методы обучения, учебники, учебные пособия, дидактические и наглядные материалы, технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования (включая специальные), средства коммуникации и связи, сурдоперевод при реализации образовательных программ, адаптация образовательных учреждений и прилегающих к ним территорий для свободного доступа всех категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также педагогические, психолого-педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, обеспечивающие адаптивную среду образования и безбарьерную среду жизнедеятельности, без которых освоение образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья невозможно (затруднено);

3) **инклюзивное образование** - совместное обучение (воспитание), включая организацию совместных учебных занятий, досуга, различных видов дополнительного образования, лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц, не имеющих таких ограничений;

4) **ранняя помощь** - семейно-ориентированная комплексная психолого-педагогическая и медико-социальная помощь детям младенческого и раннего детского возраста, у которых выявлены нарушения в развитии различных функций либо отклонения от них, а также риски их возникновения в более старшем возрасте, и находящимся в кризисных ситуациях семьям, воспитывающим таких детей (ст. 2).

В соответствии со Статьей 3 Закона «...Органы государственной власти города Москвы создают условия для получения лицами с ограниченными возможностями здоровья образования любого уровня в государственных образовательных учреждениях в соответствии с федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы путем:

1) проведения бесплатного обследования психолого-медико-педагогической комиссией;

2) осуществления бесплатной квалифицированной психолого-медико-педагогической коррекции ограничений возможностей здоровья (далее - коррекция ограничений возможностей здоровья) с момента их выявления независимо от степени выраженности в соответствии с медицинским заключением и (или) заключением психолого-медико-педагогической комиссии;

3) создания в государственных образовательных учреждениях специальных условий обучения (воспитания) для лиц с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с психолого-педагогическими и медицинскими показаниями (противопоказаниями), медицинским заключением и (или) заключением психолого-медико-педагогической комиссии;

5) предоставления возможности с учетом медицинских рекомендаций и (или) рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии получить образование в государственных образовательных учреждениях любого типа и вида в формах, предусмотренных федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы;

.....

8) предоставления возможности пользования услугами сурдопереводчиков, помощников на основании рекомендаций индивидуальной программы реабилитации или медицинского заключения;

9) предоставления возможности обучаться по дополнительным образовательным программам и получать дополнительные образовательные коррекционные услуги;

10) предоставления возможности осваивать основные и дополнительные профессиональные образовательные программы с учетом индивидуальных психофизических особенностей и возможностей на основе выбора профиля труда...» (ст.3).

В Статье 4 оговаривается участие родителей (законных представителей) в образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья.

«... Органы государственной власти города Москвы создают условия, обеспечивающие возможность родителям (законным представителям) лиц с ограниченными возможностями здоровья:

1) выбирать образовательное учреждение (с учетом медицинского заключения и (или) заключения (рекомендаций) психолого-медико-педагогической комиссии);

2) выбирать формы получения образования (с учетом медицинского заключения и (или) заключения (рекомендаций) психолого-медико-педагогической комиссии);

3) присутствовать при обследовании ребенка психолого-медико-педагогической комиссией, обсуждать результаты обследования, знакомиться с заключением и оспаривать его в центральной (городской) психолого-медико-педагогической комиссии и в суде;

4) участвовать в разработке и реализации индивидуального учебного плана, индивидуальных программ воспитания и обучения;

...

6) получать консультации по вопросам воспитания и обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья по месту получения им образования, а также в психолого-медико-педагогических комиссиях и учреждениях, оказывающих психолого-педагогическую и медико-социальную помощь...» (ст. 4).

Вторая глава Закона посвящена организации воспитания и обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья. В статье 5, посвященной непосредственно инклюзивному образованию, говорится, что:

«... 1. Органы государственной власти города Москвы создают в государственных образовательных учреждениях условия для инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.

2. Для лиц с ограниченными возможностями здоровья, не имеющих возможности получать инклюзивное образование, в государственных

образовательных учреждениях открываются классы (группы) компенсирующего обучения, специальные (коррекционные) классы (группы).

3. Для лиц с ограниченными возможностями здоровья, не имеющих возможности обучаться по очной форме обучения, создаются условия для получения образования в иных формах, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий.

...

5. В целях преодоления обучающимися ограничений возможностей здоровья осуществляется коррекция таких ограничений.

6. Коррекция ограничений возможностей здоровья осуществляется непосредственно государственным образовательным учреждением, если число лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся по очной форме обучения, составляет свыше шести человек. Если число таких обучающихся составляет менее шести человек, коррекция ограничений возможностей здоровья осуществляется на основе договора государственного образовательного учреждения, в котором обучаются лица с ограниченными возможностями здоровья, с государственным образовательным учреждением для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, или специальным (коррекционным) образовательным учреждением» (статья 5).

Это накладывает на ПМПК Окружного ресурсного центра дополнительные функции учета количества детей, направляемых в конкретное ОУ. Для решения этих задач необходимо создание специальной базы данных по конкретным ОУ.

В статье 6 Закона, посвященной деятельности дошкольных образовательных учреждений, осуществляющих коррекцию ограничений возможностей здоровья, и специальных (коррекционных) образовательных учреждений, также уделено место инклюзивному образованию.

Так в части 4 говорится о том, что «...Дошкольные образовательные учреждения, осуществляющие коррекцию ограничений возможностей здоровья, а также специальные (коррекционные) образовательные учреждения могут

создаваться для совместного обучения лиц с различными ограничениями возможностей здоровья (выделено авт.), если такое обучение не препятствует успешному освоению образовательных программ и отсутствуют соответствующие медицинские противопоказания». А в части 5 – о том, что «...В дошкольных образовательных учреждениях, осуществляющих коррекцию ограничений возможностей здоровья, а также в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях могут открываться группы кратковременного пребывания или создаваться специальные образовательные подразделения для осуществления по профилю учреждения коррекции ограничений возможностей здоровья и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в других образовательных учреждениях, в условиях стационарного лечебного учреждения, на дому, а также получающих образование в иных формах (кроме очной)».

В статье 7 части 5 определяется, что «...Коррекция ограничений возможностей здоровья лиц, обучающихся на дому, осуществляется на основе договора с государственным образовательным учреждением для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, или специальным (коррекционным) образовательным учреждением». Тем самым на структурные подразделения ППМС-центров (или специальные (коррекционные) возлагается ответственность за коррекционно-развивающее сопровождение детей с ОВЗ, обучающихся на дому. Аналогичная ответственность возлагается на ППМС-Центры или специальные (коррекционные) учреждения по отношению к детям, находящимся в условиях стационарного лечебного учреждения на длительном (более чем 21 день) лечении (статья 8 часть 4).

Статья 11 определяет деятельность психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК), которая действует в соответствии с федеральным законодательством (*Положение о психолого-медико-педагогической комиссии* Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 95 от 24 марта 2009 года). В ней говорится: «В целях выявления детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении, проведения их

комплексного обследования и подготовки рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их воспитания и обучения уполномоченным органом исполнительной власти города Москвы в области образования создаются центральная (городская) и территориальные (окружные) психолого-медико-педагогические комиссии» (статья 11 часть 1).

Следует также отметить, что «...Рекомендации по созданию (изменению) специальных условий обучения (воспитания), содержащиеся в заключении психолого-медико-педагогической комиссии, обязательны для исполнения государственными образовательными учреждениями и негосударственными образовательными организациями, в которых обучаются лица с ограниченными возможностями здоровья» (статья 11 часть 3).

Статьи 12, 13, 14 Главы 2 непосредственно посвящены особенностям комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи и сопровождения детей с ОВЗ, определяются задачи и направления помощи детям с ОВЗ возлагаемые на ППМС-Центры и непосредственно на Окружные ресурсные центры, образовательные учреждения, включенные в инклюзивную практику и их структурные подразделения:

«... Государственные образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, специальные (коррекционные) образовательные учреждения и дошкольные образовательные учреждения, осуществляющие коррекцию ограничений возможностей здоровья, оказывают лицам с ограниченными возможностями здоровья и их родителям (законным представителям) комплексную психолого-педагогическую и медико-социальную помощь, направленную на:

- 1) выявление, психолого-медико-педагогическую диагностику и коррекцию ограничений возможностей здоровья;

- 2) разработку индивидуальных учебных программ и организацию индивидуальных и (или) групповых занятий, направленных на формирование навыков самообслуживания, общения, элементарных трудовых навыков у лиц со сложными и (или) тяжелыми ограничениями возможностей здоровья;

3) осуществление психолого-педагогической поддержки лиц с ограниченными возможностями здоровья и их родителей (законных представителей);

4) консультативно-диагностическую и методическую помощь родителям (законным представителям) лиц с ограниченными возможностями здоровья по медицинским, социальным, правовым и другим вопросам;

5) информационную и методическую поддержку педагогических и иных работников образовательных учреждений, в которых обучаются лица с ограниченными возможностями здоровья;

6) реализацию комплексной системы мероприятий по социальной адаптации и профессиональной ориентации лиц с ограниченными возможностями здоровья» (Статья 12).

Аналогично в Статье 13 приводятся задачи и направления деятельности Служба ранней помощи (в составе ППМС-Центров). К ним относятся:

«... 1) проведение психолого-медико-педагогического обследования детей в младенческом и раннем детском возрасте;

2) оказание комплексной коррекционно-развивающей помощи детям младенческого и раннего детского возраста;

3) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) по вопросам воспитания и обучения детей и организация психолого-педагогической поддержки семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья младенческого и раннего детского возраста» (статья 13 часть 2).

Особенно важным для деятельности ПМПК окружного ресурсного центра и консилиума ОУ является содержание статей 14 и 15, посвященных особенностям приема в государственные образовательные учреждения (ст. 14) и порядку перевода и изменения формы получения образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (ст.15).

В статье 14 частях 1, 2,3 говорится:

«... 1. Прием лиц с ограниченными возможностями здоровья в государственные образовательные учреждения осуществляется в соответствии с общим порядком, установленным федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы для приема граждан в государственные образовательные учреждения, с учетом особенностей, установленных настоящим Законом.

2. Государственное образовательное учреждение не вправе отказать лицам с ограниченными возможностями здоровья в приеме на обучение в связи с наличием у них таких ограничений, за исключением случаев, установленных федеральным законодательством и законами города Москвы.

3. Отказ в приеме лица с ограниченными возможностями здоровья в государственное образовательное учреждение может быть обжалован в порядке, установленном федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы.

А статья 15 (части 1,2) гласит:

«... 1. Лицо с ограниченными возможностями здоровья переводится в другое образовательное учреждение или на другую форму получения образования на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии и с согласия родителей (законных представителей) несовершеннолетнего ребенка в случае неосвоения им образовательной программы в избранном образовательном учреждении и по избранной форме. Вопрос о переводе рассматривается, как правило, по истечении учебного года, если более ранний срок не соответствует интересам обучающегося, воспитанника.

2. Совместное воспитание и обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц, не имеющих таких ограничений, не должно отрицательно сказываться на результатах обучения последних. В случае установления психолого-медико-педагогической комиссией невозможности совместного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья, успешно осваивающих образовательные программы, и лиц, не имеющих таких

ограничений, на основании решения органа самоуправления образовательного учреждения орган государственной власти города Москвы, осуществляющий управление в сфере образования, по согласованию с родителями (законными представителями) несовершеннолетних детей и с учетом рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии принимает меры по продолжению лицами с ограниченными возможностями здоровья обучения в другом образовательном учреждении или по иной форме получения образования».

Эта статья Закона позволяют ПМПК на основании проведенного анализа ситуации выносить заключение (предложение) о необходимости перевода ребенка из одного образовательного учреждения в другое в соответствии с его состоянием и возможностями для дальнейшего получения образования, что в обязательном порядке должно быть подкреплено соответствующим решением органа самоуправления образовательного учреждения.

Таким образом, территориальная (окружная) ПМПК и консилиум образовательного учреждения, включенного в инклюзивную практику имеют широкий круг задач и полномочий по отношению к детям с ОВЗ и их семьям и могут служить эффективным инструментом развития инклюзивных процессов в образовании города.

Следует отметить, что имеющаяся в настоящее время практика деятельности ПМПК разного уровня по включению детей с ОВЗ в инклюзивную среду образовательного учреждения позволяет считать оптимальным и эффективным, когда ПМПК окружного ресурсного центра является одним из подразделений территориального (окружного) ПМПК и, таким образом, приобретает юридический статус территориального (окружного) ПМПК. Как опять же показывает имеющаяся в городе практика, целесообразно и эффективно как в содержательном плане, так и в плане управления и координации деятельности само территориальное (окружное) ПМПК ввести в состав (на правах структурного подразделения) в один из психолого-медико-педагогических центров Округа (вне зависимости от его типа). Естественно, что данный ППМС-Центр должен обладать соответствующим штатом

высокопрофессиональных специалистов, способных организовать эффективную работу в Округе и иметь неофициальный статус «головного» ППМС-Центра.

1.2. Основные задачи деятельности ПМПК в рамках Окружного ресурсного центра по развитию инклюзивного образования

Как основные задачи деятельности ПМПК в рамках Окружного ресурсного центра по развитию инклюзивного образования (ПМПК ОРЦ), можно выделить следующие:

- Оценка особенностей и уровня развития ребенка;
- Оценка возможности на настоящем этапе развития (состояния ребенка) быть включенным в образовательное учреждение, реализующее инклюзивное образование;
- Определение условий, в том числе средовых, включения конкретного ребенка в среду обычных сверстников, в том числе определения необходимого специального оборудования;
- Выбор образовательного учреждения (структурное подразделение), реализующего инклюзивную практику (ППМС-Центр; структурное подразделение ДОУ; инклюзивный класс СОШ; диагностический (подготовительный) класс СКОУ, школа надомного обучения (ШНО) и т.п.);
- Выбор оптимального уровня (формы) включения в среду обычных сверстников – частичная интеграция, полная интеграция, инклюзивное обучение и воспитание, интеграция в рамках дополнительного образования и т.д.
- Определение срока, в том числе диагностического, пребывания ребенка на той или иной форме инклюзии в данном ОУ (в одном из его структурных подразделений);

Таким образом, ПМПК ОРЦ в процессе и по результатам работы с ребенком и его родителями (лицами их заменяющими) определяет:

для детей дошкольного возраста

1. ТИП ДОУ, ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ДОУ (служба ранней помощи (СРП); Лекотека (с гибкой интеграцией в среду обычных детей); Группа кратковременного пребывания «Особый ребенок» (с гибкой интеграцией в среду обычных детей); Инклюзивная группа (группа комбинированной направленности).

2. УСЛОВИЯ ПРЕБЫВАНИЯ (потребность в сопровождении (тьютор); Направленность коррекционной работы (логопед, психолог, дефектолог, специальный педагог, ЛФК, врач, и т.п.); рекомендуемый режим занятий и консультаций; дополнительная помощь специалистов вне ДОУ; дополнительное специальное оборудование; срок повторного обращения к специалистам ПМПК ОРЦ)

Для детей школьного возраста

1. ТИП ШКОЛЫ (средняя общеобразовательная школа (СОШ); Центр Образования) с инклюзивными классами; Школа Здоровья с инклюзивными классами; школа надомного обучения с интегрированными группами; специальная (коррекционная) общеобразовательная школа (СКОУ) (подготовительный (диагностический) класс; СКОУ (интегрированный класс); учреждения дополнительного образования.

2. УСЛОВИЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ШКОЛЕ (потребность в сопровождении (тьюторе); рекомендуемая образовательная программа; направленность коррекционной работы (логопед, психолог, дефектолог, специальный педагог, ЛФК, врач, и т.п.); рекомендуемый режим занятий и консультаций; дополнительная помощь специалистов вне школы; срок повторного обращения к специалистам ПМПК ОРЦ, или ПМПК ОУ.

Как пример, можно привести организацию деятельности ПМПК ОРЦ и разработку его специалистами следующего образовательного маршрута для ребенка с расстройствами аутистического спектра дошкольного возраста (ребенок наблюдался с 4-х летнего возраста):

1. Прием специалистами ПМПК и рекомендации ПМПК ОРЦ по определению образовательного маршрута:

Оценка состояния ребенка. На приеме ПМПК в поведении неадекватен, испуган, сильно возбужден, демонстрирует множественные стереотипии и эхолалии. Можно предположить наличие страхов, в том числе вычурных. Контакт формальный, на фоне утомления демонстрирует то аутоагрессию, то безучастно лежит на ковре.

Рекомендации ПМПК. Посещение группы кратковременного пребывания «Лекотека», в течение 6 мес., при наличии тьютора (специалиста сопровождения) с постепенным переходом от индивидуальных к групповым формам взаимодействия и наличии индивидуальных и групповых коррекционных занятий. Консультация врача психиатра Центра психического здоровья МЗ РФ. Проведение ПМПК специалистов ДОУ не реже раза в 3 мес.

2. Повторное ПМПК ОРЦ (динамическое). Проводится с целью оценки динамики развития регуляторной и эмоциональной сфер и оценки возможностей ребенка находится в инклюзивной среде.

На приеме ПМПК В поведении более упорядочен, проявление аутоагрессии на приеме не демонстрирует, контакт со взрослым по поводу предмета остается формальным, действия с предметами стереотипные, возможны совместные действия со взрослым (короткое время). По заключениям специалистов ДОУ может «заниматься» около 15-20 минут в индивидуальном режиме, проявляет больший интерес к происходящему вокруг, речь не так изобилует эхолалиями. Выполняет без негатива простые режимные моменты (садится пить чай, убирает игрушки ...) Ребенок наблюдается врачом-психиатром, принимает медикаментозное лечение.

Рекомендации ПМПК. Посещение группы кратковременного пребывания «Особый ребенок» с частичной гибкой интеграцией в среду обычных сверстников в инклюзивной группе ДОУ (с сопровождением специалиста группы «Особый ребенок») сроком на 6 мес. Постепенное увеличение времени пребывания в среде обычных детей. Индивидуальные и групповые коррекционные и развивающие занятия с психологом, дефектологом, логопедом. Занятия ЛФК. Определение срока пребывания в таком режиме по усмотрению ПМПК ОУ.

3. Повторное ПМПК ОРЦ (выезд в ДОУ, где находится ребенок). Проводится с целью корректировки уровня и степени включения ребенка в среду обычных сверстников по результатам оценки динамики развития ребенка, эффективности пребывания в группе, эффективности всех развивающих мероприятий.

Оценка динамики. Ребенок остается специфичным в поведении, в речи присутствуют эхолалии, поддерживает контакт с детьми на уровне простой игры, не демонстрирует двигательного беспокойства до наступления утомления. По заключениям специалистов ДОУ выработан стереотип индивидуальных занятий с дефектологом, успешен и результативен в конструктивной деятельности. На групповых занятиях включается в игровые моменты и стереотипные игры. Однако может играть и в одиночестве. Рекомендации ПМПК – зачисление ребенка в инклюзивную группу.

Рекомендации ПМПК. Перевод ребенка в инклюзивную группу ДОУ сроком, определение режима посещения индивидуальных занятий. Дополнительные занятия в Окружном ресурсном центре по подготовке к школе (группа фольклорной терапии, занятия в интегрированной группе по формированию коммуникативных и социальных навыков), продолжение наблюдения у психиатра в Научном центре психического здоровья Минздрава РФ. Образовательный маршрут дан на 2 года. Оценка динамики состояния на ПМПК ДОУ.

4. Повторное ПМПК (непосредственно в окружном ресурсном центре) с задачей оценки динамики развития ребенка и его психологической готовности к обучению в инклюзивном классе СОШ, определение программы обучения и необходимых дополнительных занятий.

Описание состояния ребенка 7 лет, 2 мес. На приеме специфичен в поведении, проявляются черты вычурности, в контакт вступает осторожно, напряжен. Выполняет предложенные задания, демонстрирует неравномерность в развитии психических функций, формальные первичные навыки счета и чтения сформированы в соответствии с возрастом, задания конструктивного характера выполняет в возрастной стратегии, затруднено считывание эмоционального контекста ситуации, эмоционально незрел. Демонстрирует «зоны» «сверхценных» захватывающих его интересов.

Рекомендации ПМПК. Обучение в 1-ом инклюзивном классе по массовой программе, сопровождение тьютора (на период учебного года), дополнительные занятия с дефектологом – (индивидуальные), психологом во фронтальном режиме, психотерапевтическая работа с семьей в рамках Ресурсного Центра. Обсуждение на школьном ПМПК, с целью корректировки объема коррекционных занятий и их направленности. Обсуждение стратегии деятельности специалиста сопровождения (тьютора). Совместное обсуждение со специалистами ПМПК ОРЦ динамики адаптации и развития ребенка. Во второй половине учебного года посещение фольклорного кружка или студии в системе дополнительного образования. Продолжение наблюдения у врача психиатра.

Специалисты ПМПК ОРЦ имеют право оговаривать с родителями дополнительные условия, необходимые для успешной адаптации ребенка в ОУ - в нашем примере это наблюдение психиатра в НЦПЗ, или проведение психотерапевтической работы с членами семьи в условиях другого Центра и т.п.

Как отмечает А.Я. Юдилевич (Совершенствование деятельности..., 2002) в современной командной работе специалистов ПМПК реализуются два основных принципа – мультидисциплинарный и междисциплинарный. В полной степени оба принципа могут быть применены и к деятельности ПМПК ОРЦ.

Смысл *мультидисциплинарного* принципа заключается в реализации комплексного подхода к оценке развития ребенка, что предусматривает необходимость **равноправного** (выделено авт.) учета данных всех специалистов ПМПК (от врачей до социальных работников и воспитателей ГПД).

Междисциплинарный принцип деятельности специалистов при оценке психического развития ребенка предусматривает необходимость, и выработки (согласования) коллегиальных подходов при такой оценке, и преломления (в некоторых случаях серьезной коррекции) мнения каждого из специалистов, в зависимости от мнения других членов ПМПК. Это, в свою очередь, требует и соответствующих технологий проведения коллегиального обсуждения, то есть технологий междисциплинарного взаимодействия. Основная «нагрузка» в этой

ситуации ложится на ведущего заседание консилиума специалиста. Важной задачей ведущего становится последовательность обсуждения ребенка отдельными специалистами, согласование позиций специалистов и т.п. Подобные технологии взаимодействия специалистов при коллегиальном обсуждении еще не получили достаточного освещения в литературе.

Из вышесказанного следует, что учет обоих принципов командной работы специалистов на первый план выдвигает не столько задачи образования (хотя последние и воплощаются в конкретных рекомендациях по изменению образовательного маршрута или особенностях индивидуального сопровождения ребенка в образовательном пространстве), сколько задачи специализированной коррекционно-развивающей помощи ребенку, комплексного психотерапевтически ориентированного сопровождения его семьи. Все это: «... в значительной мере снижает возможность возникновения диагностических ошибок и способствует выработке наиболее продуктивных подходов в решении судьбы маленького человека, соблюдении его прав» (Совершенствование деятельности..., 2002, С. 34).

1.3. Технология деятельности ПМПК ОРЦ, как структурного подразделения ППМС Центра

Документы ПМПК ОРЦ

Комиссией (в соответствии с Положением о психолого-медико-педагогической комиссии утвержденным приказом Министерства и науки Российской Федерации от 24 марта 2009 за № 95) ведется следующая документация:

- а) журнал предварительной записи детей на обследование;
- б) журнал учета детей, прошедших обследование;
- в) карта ребенка, прошедшего обследование;
- г) протокол обследования ребенка (далее - протокол).

Документы, указанные в подпунктах «а» и «б» настоящего пункта, хранятся не менее 5 лет после окончания их ведения. Документы, указанные в

подпунктах «в» и «г» настоящего пункта, хранятся не менее 10 лет после достижения детьми возраста 18 лет.

Дополнительными условиями успешной деятельности ПМПК ОРЦ для задач реализации инклюзивного образования является наличие как формальной базы данных по учреждениям образования Округа, реализующим различные формы инклюзивного образования и/или помощи детям с ОВЗ, включая и учреждения дополнительного образования, так и неформальных связей со специалистами этих образовательных учреждений. Подобная информация, представленная в виде базы данных ОУ по Округу, значительно облегчает выбор конкретного ОУ для ребенка с ОВЗ и его семьи. Специалисты (координатор по инклюзии ОРЦ, секретарь ПМПК ОРЦ, члены ПМПК ОРЦ) осуществляют непосредственную связь с координаторами по инклюзивному образованию в ОУ и имеют представление о наличии мест в различных подразделениях и специфике комплектования инклюзивных групп и классов. Ответственность за комплектование групп и классов несет координатор деятельности в инклюзивном ОУ или руководитель структурного подразделения ОУ.

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

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

Инициаторами обращения на ПМПК ОРЦ являются родители ребенка или лица их заменяющие.

Причинами обращения, как правило, являются желание родителей (законных представителей) реализовать право инклюзивного образования для

своего ребенка с ОВЗ. Нередко, уже в процессе посещения ребенком ДООУ или школы родителями (лицами их заменяющими) или специалистами образовательных учреждений или организаций (в частности здравоохранения) выявляются особенности в развитии ребенка, его поведения, адаптации и/или значительные трудности в обучении. В этих случаях для определения условий образования ребенка и его оптимальной социальной адаптации родители (законные представители) обращаются по рекомендации ПМПк образовательного учреждения или самостоятельно на ПМПк ОРЦ.

1.4. Этапы деятельности ПМПк ОРЦ в ситуации первичного обследования ребенка

Каждый этап деятельности ПМПк ОРЦ может быть технологично представлен в виде последовательности шагов. Для простоты в дальнейшем мы опустим аббревиатуру «ОРЦ», определяя характер комиссионного приема как определение образовательного маршрута ребенка с ОВЗ и условия включения его в инклюзивную образовательную среду.

Шаг 1

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

Если ребенок направляется специалистами ОУ, то в перечень документов в обязательном порядке должны быть включены заключения специалистов ПМПк ОУ, или специалистов, работающих с ребенком, включая воспитателя, учителя и др.

Шаг 2.

В назначенное время родители с ребенком приходят на консультацию. Специалисты знакомятся с родителями (лицами их замещающими), выясняют

характер проблем ребенка или характер его трудностей или жалоб и трудностей со стороны родителей или специалистов ОУ, выясняют точку зрения родителей на возникшие проблемы или ситуацию. Родителям разъясняются задачи ПМПК и ответственности сторон.

В протокол ПМПК кратко записываются данные анамнеза (истории развития ребенка). Одновременно ведется наблюдение за поведением ребенка в свободной ситуации и ознакомление с имеющимися документами.

Шаг 3.

По мере освоения ребенка в помещении специалисты начинают взаимодействие с ребенком, целью которого является оценка особенностей развития ребенка. Специалист, который установил контакт с ребенком (это может быть любой из специалистов ПМПК), начинает его обследование. Сам процесс обследования представляет собой последовательное, гибкое «подключение» к работе с ребенком других специалистов в соответствии с *диагностической гипотезой* (см. далее), выстроенными стратегиями взаимодействия с ребенком.

Одной из задач ПМПК является отнесение ребенка к той или иной категории отклоняющегося развития (Раздел 3.), поскольку это позволяет специалистам ПМПК не только определить ближайшие условия (в широком смысле), необходимые для включения ребенка в среду обычных сверстников, но и представлять вероятностный прогноз и условия для развития ребенка и его социальной адаптации на более длительный период, в частности, прогноз овладения той или иной образовательной программой.

Диагностическая гипотеза обследования опирается не только на субъективные жалобы, предъявляемые к ребенку взрослыми (родителями или педагогами). В первую очередь, она должна исходить из знания типичных и специфичных для различных вариантов дизонтогенеза особенностей психомоторного и, в дальнейшем, психоэмоционального развития ребенка, специфичных особенностях поведения. В этом случае полученные в ходе сбора анамнеза данные, об особенностях развития играют чрезвычайно важную роль, и в формировании

самой диагностической гипотезы, и в проведении обследования ребенка различными специалистами.

Помимо этого, в построении диагностической гипотезы значительная роль принадлежит и непосредственному наблюдению за спецификой, как внешнего вида ребенка, так и его поведения, и до обследования, и непосредственно в ходе работы с ним, что определяет логику подбора соответствующих методических материалов и диагностических приемов при проведении обследования.

Основная «рабочая» диагностическая гипотеза (или ее варианты при дифференциальной диагностике на ПМПК) обычно формируется уже в самом начале непосредственной работы с ребенком. Среди наблюдаемых особенностей поведения большую роль для возникновения диагностической гипотезы играют такие показатели, как критичность ребенка к самой ситуации взаимодействия, адекватность его поведения в условиях обследования и обучаемость (в широком смысле этого слова). Часто диагностическая гипотеза может измениться, если специалист видит, что ребенок не понимает инструкций, например, к рисуночным заданиям или не удерживает их, или рисует что-то совершенно не относящееся к самому заданию, в том числе и протестно.

Диагностическая гипотеза определяет для специалиста и подбор наиболее эффективных диагностических средств, тактику и технологии их использования в процессе обследования, приемы и порядок предъявления стимульных материалов, характер помощи, необходимой ребенку, построение мотивационного компонента обследования и многое другое.

При этом в соответствии с результатами, демонстрируемыми ребенком в ходе непосредственной работы с теми или иными методиками и материалами, первичная диагностическая гипотеза может изменяться (что определяет необходимую гибкость диагностической гипотезы). Особенно часто изменение диагностической гипотезы возникает при наличии у ребенка выраженных поведенческих особенностей, которые «ширмуют» реальную специфику развития.

Во время работы специалистов при необходимости уточняются данные истории развития и другие детали развития, важные, как для коррекции диагностической гипотезы, понимания причин и механизмов возникновения данного состояния (варианта дизонтогенеза или отклоняющегося развития), так и для минимизации ресурсных затрат ребенка и специалистов.

Тактика работы с ребенком в процессе обследования

В некоторых случаях, когда ребенок особенно непоседлив, расторможен, отказывается от взаимодействия, не вступает в контакт со специалистом, не следует заставлять его делать что-либо насильно. Имеет смысл отвлечься от ребенка, оставить его с самим собой на 5-10 минут для свободной игры. Это время удобно использовать для выяснения истории развития ребенка, ознакомления с имеющимися документами, предъявляемыми родителями, или лицами их заменяющими. С некоторыми детьми, особенно трудно входящими в контакт, может помочь совместная игра (в мяч, кубики, какие-либо другие игры).

При непосредственной работе специалиста с ребенком лучше, если ребенок находится не «через стол» (избегание позиции «глаза в глаза»), а рядом или сбоку. В этом случае контакт устанавливается быстрее, а общение становится более естественным и продуктивным. В то же время нельзя препятствовать ребенку, если он не захочет слезать с коленей матери, даже, если ребенок уже перешел границы возраста, допускающего подобную «посадку». В этом случае целесообразно проводить обследование в удобной для него позе, но эти и подобные факты не должны остаться без внимания и анализа специалистов в качестве дополнительных диагностических данных, как при построении диагностической гипотезы, так и при анализе особенностей состояния ребенка и возможностей его адаптации в инклюзивном сообществе.

В зависимости от создавшейся ситуации, возраста ребенка, в некоторых случаях имеет смысл специалисту принять такую позу, чтобы его лицо находилось на одном уровне (по высоте) с лицом ребенка. Особенно это оказывается плодотворным для установления и поддержания продуктивного контакта с детьми дошкольного возраста, или детьми, трудно вступающими в контакт. Для этого в помещении ПМПК должен быть ковер, или ковровое покрытие для занятий с ребенком, маленькие стульчики, небольшой стол и т.п.

В процессе работы с ребенком не допускаются комментарии или оценки со стороны, обращенные не только к родителям, но и к коллегам. Более того,

специалисты должны корректно пресекать все оценочные характеристики родителей, обращенные к ребенку (типа «лопух», «неумеха» и т.п.).

В процессе диагностического взаимодействия при возможности необходимо поддерживать положительный контакт с ребенком. В случае любого выполнения задания нужно давать подкрепления короткими фразами: «Молодец», «У тебя получается». Также допускаются подобные поощрения со стороны родителей. В случае расторможенного, гипердинамичного поведения ребенка нельзя одергивать его «в лоб», запрещать трогать что-либо на столе или в комнате, лучше заранее, или по ходу работы убрать со стола посторонние вещи, методики, которые в ближайшее время не будут использоваться, чтобы они не отвлекали ребенка, сказав при этом (в качестве дополнительной мотивации): «А в это мы поиграем попозже».

Не следует пресекать попытки обращения ребенка к взрослому. Можно лишь сказать: «Мама нам не может помочь».

Основные диагностические задачи, стоящие перед специалистами ПМПК

Важно представлять основные диагностические задачи каждого из специалистов ПМПК, проводящих данное обследование.

Диагностические задачи психолога: Оценка уровня и особенностей развития ребенка, его поведения, критичности, адекватности в ситуации, развития коммуникативной, регуляторной, когнитивной и эмоционально-аффективной сфер в соответствии с возрастом ребенка. Оценка ресурсных возможностей ребенка, в том числе особенностей его работоспособности и темпа деятельности, оценка возможностей социально-эмоциональной адаптации в детском сообществе и образовательном учреждении в целом. Типологизация варианта отклоняющегося развития.

Диагностические задачи логопеда: Оценка коммуникативной и просодической стороны речи и ее лексико-грамматической стороны, особенности понимания обращенной речи. Эта оценка возможна не только при непосредственном контакте логопеда с ребенком, но и при наблюдении взаимодействия другого специалиста с ребенком. Оценка

звукопроизносительной стороны речи, удержания слоговой структуры, особенности фонетико-фонематического восприятия, возможности словообразования, признаков дизартрических нарушений и т.п.

Диагностические задачи дефектолога: Необходимо оценить уровень сформированности знаний, умений и навыков в их соотношении с возрастом ребенка и программным материалом ДОУ, СОШ, СКОШ (для детей школьного возраста), оценить уровень обучаемости ребенка, возможности переноса сформированных навыков на аналогичный материал и т.п.

Диагностические задачи сурдопедагога: педагогическая оценка уровня снижения слуха, особенностей восприятия и воспроизведения устной речи, а также наличия дополнительных факторов, влияющих на общее психическое развитие ребенка с нарушением слуха.

Диагностические задачи тифлопедагога: педагогическая оценка специфики зрительного восприятия, степени снижения зрения, дополнительных факторов, осложняющих визуальные возможности ребенка, оценка направлений занятий с ребенком, определение необходимых условий (в том числе, специального оборудования и специальной дидактики) для обучения ребенка.

Диагностические задачи врача-психиатра: Оценивается характер контакта, адекватность поведения и его соответствие возрасту ребенка, наличие признаков каких-либо отклонений в психическом здоровье (психических заболеваний), в том числе соотнесенных с данными медицинских документов и историей развития ребенка. Врачом (также как и всеми другими специалистами ПМПК) оценивается вероятность адаптации ребенка в образовательном учреждении и необходимые для этого условия, в том числе и необходимость сопровождения ребенка врачом-психиатром, в том числе, и необходимость дополнительных исследований и/или медикаментозного лечения. Эти данные основываются, в том числе и на данных анамнеза.

Диагностическая задача невролога: оценка состояния ребенка, определение наличия знаков текущего, или имевшего место ранее неврологического заболевания. Ориентировочная оценка особенностей

моторного, речевого и психического развития, в соотнесении с неврологическим статусом ребенка (наличием или отсутствием неврологической патологии).

Шаг 4.

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

После этого происходит междисциплинарное обсуждение и оценка особенностей и уровня развития ребенка, на основе которой делается общий вывод о варианте отклоняющегося развития в соответствии с типологией отклоняющегося развития (см. *Раздел 3*): недостаточное развитие (его выраженность), асинхронное (искаженное) развитие, поврежденное или дефицитарное развитие, либо сочетание нескольких вариантов и/или форм отклоняющегося развития. Верификация варианта отклоняющегося развития позволяет определить стратегические направления помощи ребенку и играет важную роль при выборе образовательного маршрута, позволяет более точно выбрать условия необходимые для адаптации ребенка в образовательном учреждении и оценить дальнейший прогноз его существования в ОУ.

Индивидуальные особенности развития ребенка — поведенческие, коммуникативные, учебно-познавательные, в том числе, ресурсные возможности ребенка позволяют оценить *принципиальную возможность посещения ребенком образовательного учреждения, реализующего инклюзивное образование и его типе.*

На основании этих данных принимается решение об *условиях*, необходимых как для развития ребенка, так и для успешной адаптации в детской среде — выбирается форма и объем включения в детскую среду; стратегия включения; необходимость поддержки со стороны тьютора; необходимость занятий со специалистами (в рекомендациях прописываются какие специалисты и в каком режиме занятий будут сопровождать ребенка); потребность в специальном оборудовании и другие условия (см. пункт 1.2.).

Шаг 5.

Принимается решение (в соответствии с базой данных по ОУ) о том, в каком типе образовательного учреждения, может находиться данный ребенок. При этом в обязательном порядке должны учитываться местожительство ребенка, особенности ОУ, в которое он направляется и кадровое обеспечение выбранного учреждения. С учетом всех этих условий и на основании базы данных определяется номер образовательного учреждения, куда будет направлен ребенок¹.

Шаг 6.

В протоколе МПМК отражается рекомендательная часть (в части создания необходимых условий для адаптации ребенка, необходимости сопровождения (тьютора), занятий специалистов, их режима, сроков проведения МПМК ОУ, динамического ПМПК и т.п.).

Шаг 7.

Приглашаются родители ребенка (лица их замещающие), которым в доступной форме разъясняется, в какое ОУ может быть направлен (и в какое конкретное учреждение направляется ребенок) необходимость посещения ребенком какого-либо подразделения ОУ, какие условия необходимы и должны соблюдаться (в том числе и временные параметры нахождения ребенка в ОУ) для успешной адаптации ребенка в инклюзивной среде ОУ.

С родителями согласовывается тип образовательного учреждения, номер образовательного учреждения, группа (класс), программа обучения (коррекционные занятия специалистов), другие условия, необходимые для успешной адаптации ребенка и его социализации. Подбор ОУ осуществляется по принципу шаговой доступности при наличии мест в конкретном образовательном учреждении. Для этих задач служит как формальная база данных по инклюзивным образовательным учреждениям по Округу, так и

¹ Желательно, чтобы после определения образовательного учреждения, куда предполагается направить данного ребенка, с заведующим ДОУ (директором или завучом по инклюзии СОШ, СКОУ) председатель МПМК связался по телефону и обговорил возможность и необходимость направления ребенка в его учреждение. В некоторых случаях, когда заранее известно, кто придет на МПМК, руководители ОУ сами участвуют в проведении обследования и в принятии решения о приеме ребенка в свое учреждение. Это в большой степени минимизирует возможные ошибки и оптимизирует деятельность МПМК.

знания специалистов ПМПК, в частности координатора ОРЦ специфики развития инклюзивных процессов и состав специалистов в различных ОУ округа.

Примерные варианты образовательных маршрутов

Здесь приведена общая структура образовательного маршрута – его организационная форма для детей разного возраста, соответственно для посещения дошкольных и школьных ОУ. Детальные условия, необходимые для успешной адаптации различных категорий детей с ОВЗ (дошкольного и младшего школьного возрастов) приведены в Приложениях 1,2.

Для детей раннего и дошкольного возраста

- Посещение службы ранней помощи в ДООУ или ППМС Центре + условия необходимые для адаптации ребенка и его семьи; посещение группы кратковременного пребывания «Лекотека» + условия необходимые для адаптации ребенка в ДООУ или ППМС-Центре;
- Посещение группы кратковременного пребывания «Особый ребенок», в том числе на базе СКОУ (с гибким пребыванием в среде обычных сверстников) + условия необходимые для адаптации ребенка;
- Посещение группы «Для детей со сложным дефектом» с гибким пребыванием в среде обычных сверстников + условия необходимые для адаптации ребенка;
- Посещение инклюзивной группы ДООУ среде обычных сверстников + условия необходимые для адаптации ребенка;

Для детей школьного возраста

- Посещение инклюзивного класса СОШ (Центр Образования, Школа Здоровья) + условия необходимые для адаптации ребенка; посещение диагностического класса СКОУ + условия необходимые для адаптации ребенка;
- Посещение СОШ или СКОУ (в соответствии с уровнем и особенностями развития ребенка) и учреждения дополнительного образования

для задач социальной адаптации ребенка, или Реабилитационного центра системы социальной защиты населения; и т.п.

Шаг 8.

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

Шаг 9.

Каждый специалист заполняет свою часть протокола ПМПК, ставит свою подпись. Если какой-либо из специалистов ПМПК имеет свое особое мнение по поводу особенностей ребенка, имеющих непосредственное отношение к его возможности быть включенным в среду обычных сверстников, квалификации состояния ребенка, специфики образовательного маршрута – он записывает его (особое мнение) в специально отведенном для этого месте Протокола ПМПК «Особое мнение».

Секретарь ПМПК вносит все данные по протоколу в специальный журнал. Родителям выдается справка о том, что ребенок прошел ПМПК, такого-то числа и направлен в соответствующее ОУ. Выписывается путевка (копия путевки может быть выдана на руки родителям или лицам их заменяющим), а оригинал протокола ПМПК остается в ПМПК, там же остаются копии всех документов, предоставленных родителями (лицами, их заменяющими). Все документы собираются в отдельный файл и хранятся в Архиве ПМПК. Копия протокола ПМПК после подписи протокола председателем и всеми членами ПМПК передается в ОУ, куда направляется ребенок, как и оригинал путевки.

Шаг 10.

Копия протокола и путевка (со всеми подписями и печатью) передается координатору по инклюзивному образованию в соответствующее ОУ, о чем свидетельствует подпись координатора по инклюзии в ОУ в отдельном журнале «Журнал движение документов МПМК»

В случае, если специалисты ПМПК считают, что на данный момент времени ребенок не может быть включен в среду обычных сверстников и/или для его адекватного развития необходимо посещение другого, в том числе специализированного учреждения образования и/или здравоохранения (социальной защиты) соответствующие данные заносятся в протокол ПМПК, а родителям в доступной форме сообщается о решении ПМПК и предлагается иная индивидуальная программа реабилитации. При наличии у ПМПК полномочий по комплектованию различных ОУ округа выдаются соответствующие рекомендации, которые записываются в протоколе и в соответствующей путевке. Родитель ставит свою подпись о согласии (несогласии) с решением и рекомендациями ПМПК.

Шаг 11.

В случае несогласия родителей с решением ПМПК и/или его рекомендациями, что регистрируется в протоколе, и настаивании родителями на своем желании, документы, принесенные на ребенка, возвращаются родителям или лицам их замещающих (о чем родители ставят подпись в журнале регистрации документов), а дело, в том числе копия протокола ПМПК, передается в ПМПК вышестоящего уровня для разбора данного конфликтного случая. Об этом делается соответствующая запись в журнале.

1.5. Деятельность ПМПК в ситуации динамического обследования ребенка

Динамическое обследование ребенка специалистами ПМПК происходит по запросу ПМПК ОУ или родителей (законных представителей) ребенка в случаях необходимости изменения образовательного маршрута, условий и объема включения ребенка в среду обычных сверстников или смены ОУ по причинам связанным с нарушениями поведенческой, социальной и образовательной адаптации ребенка с ОВЗ в ОУ. Такие нарушения, как правило, требуют изменений различных условий включения ребенка. В первую очередь к ним можно отнести:

- необходимость изменения режима посещения ОУ в соответствии с изменением состояния ребенка (поведенческие проблемы);
- необходимостью изменения программы обучения - невозможностей освоения ребенком определенной ПМПк образовательной программы (образовательные проблемы). Следует отметить, что изменение индивидуального учебного плана в рамках одной и той же программы производится специалистами сопровождения в ОУ, совместно со специалистами ПМПк ОУ;
- необходимость в привлечении иных специалистов сопровождения;
- необходимость предоставления иных специальных средств и оборудования для реализации образовательных задач и социальной адаптации (организационные проблемы);
- несогласия родителей (законных представителей) с оказываемой помощью в ОУ и/или условиями включения ребенка;
- изменение социальных условий в ОУ (широкий спектр социальных условий вплоть до невозможности ОУ реализации инклюзивного образования) и другие.

Динамическое обследование ребенка специалистами ПМПк может быть проведено как в ОРЦ, по месту приема ПМПк, так и в ОУ, в зависимости от причин, вызвавших необходимость динамического обследования.

При этом, в направлении «заявки» от ОУ в подобной динамической оценке состояния ребенка, должны быть обозначены проблемы, с которыми сталкивается ребенок или специалисты ОУ, представленные в виде Представлений специалистов сопровождения ребенка в ОУ (ПМПк) и выписки из протокола заседания ПМПк, в на котором эта ситуация обсуждалась, с подключением всех необходимых специалистов, а если есть необходимость - то и родителей (законных представителей) ребенка.

Часто, особенно в случаях трудностей поведенческой и/или социальной адаптации ребенка необходимо наблюдение за ребенком и ситуацией в целом,

непосредственно в ОУ. В этом случае часть специалистов ПМПК (например психолог и дефектолог (тифло-, сурдо-, олигофренопедагог), или психолог и врач-психиатр непосредственно присутствуют на части занятий, наблюдая за особенностями ребенка и его окружения, и лишь после этого, в присутствии родителей проводят индивидуальное обследование ребенка. Родители (законные представители) должны быть оповещены о времени и дате такого наблюдения и дать свое письменное согласие на такую форму проведения диагностики (методом наблюдения).

Если в ОУ в проведении динамического МПМК нуждается несколько детей, то также может быть организована выездная ПМПК.

В этих случаях технология оценки состояния ребенка остается прежней, все заключения специалистов после наблюдения и диагностической работы с ребенком заносятся в Протокол, куда записывается и причина проведения динамического ПМПК. В Протокол вносятся решения Комиссии об изменениях в условиях сопровождения и обучения (воспитания) ребенка.

Родителей знакомят с решением ПМПК, обсуждается это решение и те изменения в условиях включения ребенка, которые обосновываются в заключениях специалистов.

Основной диагностической задачей специалистов ПМПК при динамическом обследовании является выявление изменений в развитии всех сфер психического развития ребенка и адекватности предложенных условий включения ребенка в новой сложившейся ситуации.

Обследование ребенка на динамическом ПМПК *обязательным* (при согласии родителей детей или их законных представителей) является для всех детей, находящихся на диагностическом периоде обучения или воспитания, и для детей, переходящих на новую ступень образования. Даже в случае посещения ребенком с ОВЗ подготовительного класса при СОШ, обязательно его обследование на ПМПК (при согласии родителей) и определение условий обучения в школе. Это необходимо делать с учетом тех сведений, которые имеются в представлениях специалистов сопровождения в ДОУ (группе

подготовки к школе), то есть специалистов ПМПК ОУ, включая воспитателя и т.п.

Желательным является и прохождение ПМПК ребенком с ОВЗ, который уже посещает ОУ, реализующее инклюзивную практику, но вынужден его поменять в связи с различными обстоятельствами (в частности в связи со сменой места жительства). В этом случае председателю или секретарю ПМПК необходимо направить запрос в прежнее ОУ, с просьбой о составлении итогового «заключения» на ребенка. Такое заключение может быть выдано на руки родителям (законным представителям) или иным способом (по почте) только **при согласии родителей** (желательно письменном). В случае отказа родителей от предоставления подобной информации обследование ребенка на ПМПК проходит как «первичное», с соответствующим документальным оформлением.

При необходимости, в зависимости от запроса родителей или ОУ на ПМПК может быть приглашен специалист консультант, который ранее на обследовал ребенка (например невропатолог или сурдопедагог)

1.5. Этапы деятельности ПМПК при динамическом обследовании ребенка

Шаг 1

Запись родителей (лиц их заменяющих) на прием;

Шаг 2.

Анализ запроса ОУ, документов предыдущих ПМПК, документов ПМПК ОУ, наблюдений и документов на ребенка специалистов ОРЦ, проводящих те или иные занятия. Анализ адаптации ребенка в ОУ, качества его включенности в среду обычных сверстников.

Шаг 3

Беседа с родителями ребенка (лицами их заменяющими), выявление запроса родителей и их видение проблем ребенка.

Шаг 4.

Собственно процедура динамической оценки развития и адаптации ребенка, с опорой на имеющиеся данные и проблемы ребенка или трудности его адаптации. (см. материалы раздела 1.4.).

Шаг 5

Междисциплинарное обсуждение результатов проведенного обследования специалистами ПМПК, с учетом всех имеющихся данных.

Коллегиальное принятие решения ПМПК относительно возможности продолжения обучения и/или воспитания ребенка в той или иной детской группе, (подразделении ДОО), на той или иной форме обучения. Определение дополнительных условий или изменение ранее предписанных условий включения ребенка в среду обычных сверстников для совместного обучения и воспитания.

Если какой-либо из специалистов ПМПК имеет свое особое мнение по поводу особенностей ребенка, имеющих непосредственное отношение к его возможности быть включенным в среду обычных сверстников, квалификации состояния ребенка, специфики образовательного маршрута – он записывает его (особое мнение) в специально отведенном для этого месте Протокола ПМПК «Особое мнение».

Шаг 6

Обсуждение и согласование принятого решения с родителями (законными представителями) ребенка.

Шаг 7

Оформление всех документов ПМПК, в том числе со стороны родителей (законных представителей).

В случае, если специалисты ПМПК считают, что на данный момент времени ребенок не может быть включен в среду обычных сверстников и/или для его адекватного развития необходимо посещение другого, в том числе специализированного учреждения образования и/или здравоохранения (социальной защиты) соответствующие данные заносятся в протокол ПМПК, а родителям в доступной форме сообщается о решении ПМПК и предлагается

иная индивидуальная программа реабилитации. При наличии у ПМПК полномочий по комплектованию различных ОУ округа выдаются соответствующие рекомендации, которые записываются в протоколе и соответствующая путевка. Родитель ставит свою подпись о согласии (несогласии) с решением и рекомендациями ПМПК.

Раздел 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСИЛИУМА ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

2.1. Общие положения

При реализации задач развития инклюзивного образования важнейшим условием этого развития является сильная и развитая система психолого-педагогического сопровождения ребенка на протяжении всего его нахождения в образовательном учреждении, которая может быть эффективно осуществлена только при наличии команды специалистов сопровождения, объединенных в консилиум.

Для начала определим, что под «консилиумом» образовательного учреждения – детского сада или школы (центра образования) - мы понимаем работу не только в режиме обсуждений специалистами особенностей развития и социальной адаптации того или иного ребенка с ОВЗ или сложившейся образовательной ситуации, в которой он находится, но

постоянно действующий, объединенный общими целями, скоординированный коллектив специалистов, реализующий ту, или иную стратегию сопровождения ребенка, и разрабатывающий тактики сопровождения включенного ребенка.

Можно сказать, что если стратегию включения ребенка в определенной степени определяют специалисты ПМПК, «задающие» особые необходимые условия для успешного включения ребенка с ОВЗ в среду обычных сверстников, то разработка *тактических задач сопровождения, конкретизация последовательности подключения того или иного специалиста или условия в*

конкретном ОУ, *подбор конкретных коррекционных программ, тактик, технологий* сопровождения наиболее адекватных особенностям ребенка и всей ситуации его включения в среду обычных сверстников, является задачей именно ПМПк ОУ.

Следует отметить, что консилиум образовательного учреждения действует на основе соответствующего Положения Министерства образования (Приказ 27/901-6 от 27.03.2000). В этом нормативном документе определены все необходимые моменты, режимы деятельности, необходимая документация.

Основным требованием к деятельности подобного образования является необходимость не только истинного понимания ценностных, организационных и содержательных аспектов инклюзивного образования, его приоритетов и принципов, но *собственно задач и логики проведения развивающей и коррекционной работы*, четкой согласованности действий всех специалистов по принципу: «в нужное время в нужном месте».

В состав специалистов ПМПк образовательного учреждения кроме координатора по инклюзии (завуча по инклюзии или старшего воспитателя, руководителя подразделения ППМС-Центра, психолога, логопеда и дефектолога могут входить специалисты, непосредственно работающие с ребенком – воспитатели или учителя, специалист сопровождения (тьютор, социальный педагог, педагог группы продленного дня, педагоги дополнительного образования, медсестра или приглашенный на основе договора врач). Председателем ПМПк может быть назначен координатор по инклюзии в ОУ (старший воспитатель, завуч по инклюзии) или руководитель службы психолого-педагогического сопровождения, завуч начальной школы и иной администратор, педагог-психолог, реально включенный в образовательную деятельность ОУ.

В тоже время необходимо четко определить задачи исключительно компетенции консилиума и задачи общепедагогические, не требующие (или, по крайней мере, минимизирующие) включенность такого «мощного» структурного образования школы как междисциплинарный консилиум.

2.2 Задачи деятельности психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения

К задачам консилиума образовательного учреждения (решающего проблемы не только сопровождения детей, с ОВЗ, включенных в среду обычных сверстников, но и особенностей их социальной адаптации в детском сообществе, отношения в детской группе и ОУ в целом), следует отнести:

- Задачи по уточнению стратегии и определению тактики и технологий, включая режимные моменты оказания специализированной коррекционно-развивающей помощи ребенку с ОВЗ, и необходимость проведения тех организационных мероприятий, которые будут способствовать адаптации включенного ребенка в детской среде и образовательном учреждении в целом;
- Динамическая оценка эффективности предпринимаемых мероприятий в первую очередь по отношению к процессам социальной адаптации ребенка, его истинному включению в среду сверстников и детское сообщество в целом;
- Экспертные задачи по изменению образовательной траектории ребенка с особыми образовательными потребностями в самом ОУ, (при согласии родителей) (например, изменение соотношения индивидуальных и групповых форм работы с ребенком, время пребывания ребенка в среде обычных сверстников (для детей с ОВЗ из групп «Особый ребенок») и т.п.). Если эти решения являются прерогативой ПМПК, то ПМПк просит родителей (законных представителей) ребенка обратиться на ПМПК с соответствующими рекомендациями ПМПк образовательного учреждения.
- Задачи по выделению детей, не проходивших ПМПК и не имеющих статуса «включенный», но, тем не менее, нуждающихся в дополнительной специализированных условиях и помощи со стороны различных специалистов для успешной адаптации ребенка и его обучения. Речь идет о выделении детей, которых реально можно отнести к категории «ограниченные возможности

здоровья», но не имеющих статуса включенного ребенка и об индивидуализации образовательного маршрута для этих детей. Данная задача включает и мониторинг образовательной и социальной адаптации всех детей инклюзивных групп или классов образовательного учреждения;

- Координация взаимодействия специалистов по оказанию дополнительной специализированной помощи детям. В то же время, к одной из основных задач деятельности консилиума следует отнести координацию деятельности всех участников образовательного процесса (принцип междисциплинарности и скоординированного характера деятельности).

Действительно, ведь каждый специалист консилиума, решая в сфере своей компетенции вопросы квалификации состояния и развития ребенка, прогноза его возможностей в плане дальнейшего воспитания, социальной адаптации и обучения, вносить собственное понимание, в целостную картину. Так, в уточнении типа отклоняющегося развития, оценке причин и механизмов конкретного типа отклоняющегося развития, определении направлений психологической коррекционной работы, ее последовательности и тактике ведущая роль принадлежит психологу, в постановке нозологического диагноза решающая роль принадлежит, несомненно, врачу (психиатру, неврологу и др.). Квалификация такого наиважнейшего компонента как речевое развитие возлагается на логопеда, который совместно с учителем-дефектологом (педагогом класса) определяет адекватные возможностям ребенка условия и форму обучения, в рамках данного вида образовательного учреждения². Сформированность образовательных навыков и умений и их соответствие образовательной программе данного учреждения также оценивается педагогом или учителем-дефектологом соответствующего профиля. Социальная ситуация развития, среда, в которой находится ребенок вне образовательного учреждения, особенности социального статуса семьи оцениваются социальным педагогом или социальным работником школы.

² В ситуации наличия у ребенка особенностей слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата к специалистам, определяющим характер обучения ребенка присоединяется специалист соответствующего профиля (медицинского: сурдолог, офтальмолог, ортопед; педагогического: сурдопедагог, тифлопедагог).

Все эти разнородные по своей сути деятельности отдельных специалистов должны быть сведены в единую картину индивидуализированного образовательного маршрута ребенка, где составление *индивидуального учебного плана* – лишь одна, пусть и крайне важная, его часть. Именно в этом состоит одна из его наиважнейших задач консилиумного обсуждения ребенка.

В то же время следует определить и ряд задач, которые выходят, на наш взгляд, за рамки компетенции ПМПк, и которые должны решаться непосредственно педагогами с привлечением других специалистов (по крайней мере, на первом этапе их решения).

К таким задачам следует отнести:

- Сиюминутные проблемы обучения (кратковременное ухудшение усвоения программы обучения: навыков письма, чтения, поведения), которые вызывают тревогу у педагога, но, в связи со своей незначительной продолжительностью, не являются задачей консилиума в целом и психолога, в частности;
- Кратковременные проблемы поведения, связанные, в первую очередь, с временными ситуацией в семье, с начинающимся заболеванием ребенка (а не с постоянным его болезненным состоянием, «отклоняющимся» психическим статусом, которые, естественно, являются задачей углубленного обследования всеми специалистами);
- Разработку программ, воспитательных мер в рамках учебно-воспитательного процесса, рекомендуемых классному руководителю, учителю-предметнику и другим участникам образовательного процесса.

В практике «консилиумной» деятельности часто приходится иметь дело с подобными запросами педагогов и администрации, касающихся, как правило, кратковременных, «сиюминутных» проблем с достаточно ясными причинами. Психолог или социальный педагог или другой специалист ОУ должны, не отказываясь в целом, от консультации, понять уровень системности и сложности возникшей проблемы и определить необходимость ее консилиумного

обсуждения или делегирования этой проблемы педагогическому совету школы или администрации ДООУ.

Одна из основных ролей в деятельности ПМПк ОУ, реализующем инклюзивную практику, принадлежит *психологу*. В целом деятельность психолога в рамках консилиума можно рассматривать как состоящую из ряда последовательных этапов, закономерно вытекающих один из другого. В реальной практике психолога, безусловно, возможны некоторые расхождения с приводимой здесь стратегией работы, которые могут определяться региональными, этническими и социокультурными особенностями семей и т.п.

2.3. Этапы деятельности консилиума образовательного учреждения по сопровождению ребенка с ОВЗ

Совершенно очевидно, что работа консилиума по отношению к включенному ребенку с ОВЗ, может начаться в соответствии с условиями и рекомендациями ПМПк, либо по запросу родителей (лиц их замещающих), либо (с их согласия) по запросу учителя, администрации образовательного учреждения, с согласия родителей. При этом согласие родителей в любом случае должно быть документально зарегистрировано в Карте развития или в каком-либо другом документе, заводимом на ребенка в данном учреждении. Такое письменное согласие родителей или лиц их заменяющих, ставшее уже стандартной процедурой в большинстве учреждений специального образования и ППМС-Центров, позволяет предупредить ряд негативных моментов, связанных, в первую очередь, с конфликтными ситуациями.

Деятельность консилиума образовательного учреждения может также быть для удобства представления «разбита» на несколько этапов.

В первую очередь необходим анализ актуальных ресурсов специалистов в соответствии с рекомендациями ПМПк, которые, в соответствии с Законом об образовании лиц с ОВЗ в Москве становятся обязательными к исполнению в ОУ. Анализ рекомендаций и условий включения, представленный в рекомендациях ПМПк (потребность в сопровождении (тьютор), направленность

коррекционной работы (логопед, психолог, дефектолог, специальный педагог, ЛФК, врач, и т.п., рекомендуемый режим занятий и консультаций, дополнительная помощь специалистов вне ДООУ, дополнительное специальное оборудование и т.п.) для успешного включения ребенка с ОВЗ в детское сообщество конкретного ОУ, группы или класса можно рассматривать как **предварительный этап** сопровождения ребенка.

Помимо этого в настоящее время разработан ряд документов, карт развития и т.п., в которых достаточно подробно и развернуто можно представить необходимые начальные сведения о ребенке и его семье (социальная часть) которые дополняются документами и рекомендациями ПМПК.

Важной проблемой является определение последовательности «прохождения» ребенком различных специалистов. Несомненно, многое зависит от состава специалистов консилиума или образовательного учреждения, принявшее ребенка. В то же время, следует отметить, что в реальном образовательной учреждении ребенок с самого начала знакомится в первую очередь, с педагогом группы или класса, который, естественно, уже имеет предварительные сведения о ребенке, встречался со специалистами ПМПК по этому поводу и знаком с родителями ребенка. Хорошо, если такое знакомство происходит до начала посещения ребенком ОУ.

Первичное обследование ребенка профильными по отношению к его особенностям и ограничениям специалистами (в том числе и психологом) является фактически следующим, **первым этапом** сопровождения.

Кто из специалистов должен проводить так называемый «первичный углубленный диагностический прием»? До сих пор этот вопрос не имеет однозначного решения. Существует два наиболее эффективных варианта. В том случае, когда в учреждении имеется психолог с большим практическим опытом работы, первичный прием имеет смысл проводить совместно с педагогом класса или группы, с которым ребенок уже знаком. Особенно это эффективно на самых начальных этапах включения ребенка. Когда же в силу тех или иных причин психолог не обладает недостаточным опытом работы, первичный прием имеет

смысл проводить любому другому специалисту, в первую очередь, логопеду или дефектологу.

В ситуации, когда первичный прием проводит психолог, в своих рекомендациях он не только может, но и должен в каждом конкретном случае определить необходимость участия в обследовании других специалистов, а в некоторых случаях и определить последовательность (приоритетность) проведения обследований (консультаций) специалистами разного профиля. Несомненно, огромную роль в такого рода координационной работе играет собственный опыт психолога. Психолог, осуществляющий первичное консультирование включенного ребенка с ОВЗ, собирает и дополнительные анамнестические сведения о нем и его семье (психологический анамнез), и частично и социальный анамнез (состав семьи ребенка, кто занимается его развитием и воспитанием и т.п.). В этом случае другие специалисты дополняют и уточняют полученные анамнестические данные.

Разумеется, психологический анамнез нисколько не компенсирует, не «снимает» необходимость сбора классических сведений о заболеваниях ребенка, проводимого врачом (медицинская часть анамнеза). Здесь мы принципиально отмечаем своеобразие психологического анамнеза, его значение, и для построения общей гипотезы обследования, уточнения особенностей психического развития во всех аспектах.

По результатам проведения углубленного обследования каждый специалист, работавший с ребенком составляет развернутое заключение, уточняет рекомендации с точки зрения программ коррекционной и реабилитационной работы ее конкретных направлений и этапов, тактик и технологий работы с ребенком или группой детей. Это позволяет в последствии составить индивидуальную программу коррекции на ближайшее время (четверть, полугодие, месяц...).

Можно вслед за О.Е. Грибовой выделить характер и отличие формы деятельности специалистов консилиума ОУ от деятельности специалистов в составе психолого-медико-педагогической комиссии.

Поскольку в задачи консилиума, прежде всего, входит разработка индивидуальной программы комплексного сопровождения ребенка, то форма организации процедуры обследования чаще всего может быть только индивидуальной для каждого специалиста с последующим коллегиальным обсуждением полученных каждым результатов и выработкой соответствующего решения и комплексных рекомендаций. В данном случае такая форма работы полностью совпадает с индивидуально-коллегиальной формой проведения ПМПК. Это, в свою очередь, требует более длительной и пролонгированной (по крайней мере, в течение нескольких дней) процедуры обследования, изменения самой технологии консилиумной деятельности, по сравнению с работой ПМПК.

Точно также и формулировка коллегиального заключения с развернутой программой сопровождения ребенка каждым специалистом базируется на подробных углубленных заключениях каждого из них и согласованных рекомендациях всех специалистов. В свою очередь, эти условия предъявляют и определенные требования к составу консилиума. Если в случае регулярно действующей *комиссии* состав ее заранее определен и утвержден соответствующим приказом по учреждению, то в *консилиум* включаются все те специалисты, которые работают в той или иной степени с данным ребенком (что также утверждается соответствующим документом). Таким образом, состав консилиума ОУ «от ребенка к ребенку» может варьировать: одни специалисты (например, психолог или врач) работают постоянно, другие (педагог класса, учитель-логопед, воспитатель ГПД и др.) – меняются. Это также накладывает определенные условия на их совместную деятельность и взаимодействие.

Первый этап заканчивается составлением *индивидуальных* заключений всеми специалистами консилиума. В соответствии с принципом *индивидуально-коллегиального обследования* после проведения обследования ребенка специалисты проводят коллегиальное обсуждение полученных результатов. Это обсуждение можно рассматривать в качестве **второго этапа** консилиумной деятельности.

Коллегиальное обсуждение результатов обследования позволяет конкретизировать и уточнить представление о характере и особенностях развития ребенка, определить вероятностный прогноз его дальнейшего развития и комплекс тех развивающе-коррекционных, и абилитационных мероприятий, которые будут способствовать максимальной социальной и образовательной адаптации включенного ребенка. Завершающей частью этого этапа работы консилиума является выработка решения по направлениям индивидуализации образовательного плана, в соответствии с особенностями и возможностями ребенка, а также определение необходимых, на данном этапе, специальных коррекционных и развивающих программ, форма (индивидуальная или групповая) и частота их проведения. Таким образом организованная работа будет способствовать максимальной адаптации ребенка в среде сверстников и его реальному включению в эту среду.

Здесь же обсуждается координация и согласованность последующего взаимодействия специалистов друг с другом. При необходимости определяется последовательность включения различных специалистов в работу с ребенком.

Основным принципом деятельности команды специалистов на этом этапе является принцип мультидисциплинарности, выдвинутый еще в 1968 году ведущими отечественными психологами А.Н. Леонтьевым, А.Р. Лурией, А.А. Смирновым.

Характерной особенностью деятельности психолога в условиях реализации инклюзивного образования является то, что его работа не может протекать изолированно от других специалистов и самое главное от деятельности педагогов и воспитателей. И это касается не только педагога, как «главного» специалиста в образовательном учреждении. Сейчас в образовательных учреждениях (в системе специального образования в обязательном порядке) работают такие специалисты как логопед, социальный педагог, реже - специалисты медицинского профиля (невролог, психиатр и даже педиатр), специалисты по охране здоровья. Часто их работа идет по принципам: «чем больше, тем лучше» и «все сразу вместе», причем каждый из них озадачен,

прежде всего, максимально полным выполнением своего объема работ, зачастую, вне зависимости от того, что делают остальные. Координацией усилий психолога с усилиями логопеда, учителя-дефектолога, врача, сборка всех в единую слаженную команду есть собственно задача консилиумных обсуждений и деятельности координатора по инклюзии, как председателя консилиума. Это требует от него особых управленческих навыков, знаний в смежных областях знаний, умения создать конструктивную атмосферу в деятельности консилиума.

Часто встает вопрос, необходимо ли присутствие ребенка или его родителей (лиц их заменяющих) на таком обсуждении? Наш опыт показывает, что в ситуации, когда коллегиальное обсуждение ребенка проходит непосредственно после обследования всеми специалистами (в течение 3 - 5 дней после последнего обследования, а то и непосредственно после заключительного обследования каким-либо специалистом), более разумно не приглашать родителей на обсуждение, а предоставить им результаты в виде понятного для них заключения. Именно председатель консилиума, часто совместно с педагогом или воспитателем ребенка обсуждают с родителями все интересующие или непонятные им моменты, связанные с содержательными и организационными вопросами. В то же время следует помнить, что *каждый* специалист обязан проконсультировать родителей по результатам собственного обследования и дать ясные и понятные рекомендации по развитию, воспитанию ребенка в сфере своей компетенции, опираясь на решение консилиума. Точно также, с нашей точки зрения, каждый специалист может в доступной краткой форме предоставить родителям информацию о вероятностном прогнозе адаптации ребенка, предполагаемой динамике его состояния. Тем более родителям должна быть донесена информация (естественно, в щадящем режиме) о неблагоприятности того или иного прогноза, возможном ухудшении состояния, динамики развития в целом, в случае невыполнения тех или иных условий рекомендованных ПМПК (в частности касающихся дополнительной помощи специалистов вне стен образовательного учреждения (как пример

можно привести необходимость наблюдения и лечения у врача психиатра, или наблюдения у других врачей, или специалистов).

В ситуации, когда консилиум ОУ не пришел к общему мнению о характере необходимой развивающей и коррекционной работы с ребенком, случай оказался сложным и опыта специалистов недостаточно, специалисты могут обратиться к специалистам территориальной (окружной) ПМПК ОРЦ для повторной консультации. Часто это не требует повторного обследования ребенка на ПМПК ОРЦ (особенно если ребенок был на комиссии недавно), а предполагает консультацию специалистов ПМПК специалистами комиссии. Точно также необходимо поступить и в ситуации конфликтных отношений с родителями ребенка, непринятием родителями рекомендаций консилиума и т.п.

В случае выявления среди детей ОУ детей, испытывающих явные трудности социальной и /или образовательной адаптации и нуждающихся в определении условий их обучения и воспитания специалисты ПМПК ОУ рекомендуют, а часто и убеждают родителей (лиц их заменяющих) обратиться на ПМПК ОРЦ. В этом случае копии полученных результатов в виде общего (коллегиального) заключения консилиума передаются в психолого-медико-педагогическую комиссию Окружного ресурсного центра. Там определяется или уточняется по вновь открывшимся обстоятельствам образовательный маршрут для ребенка и условия, способствующие максимальной социальной и образовательной адаптации ребенка, выдается повторное заключение и дополнительные рекомендации по организации условий для развития, воспитания и обучения ребенка.

Следующим (*третьим*) *этапом* деятельности специалистов консилиума является собственно реализация решений консилиума ОУ в плане развивающе-коррекционных мероприятий силами ДОУ, внеурочного компонента деятельности специалистов школы или включения специальной абилитационной, коррекционной помощи непосредственно в процесс развития, обучения и воспитания ребенка.

Как правило, развивающе-коррекционная работа проходит в индивидуальном или групповом (подгрупповом) режиме. В соответствии с особенностями развития ребенка и наличием соответствующих специалистов в школе определяются уже конкретные программы коррекционной работы того или иного специалиста, технологии и тактики этой работы, интенсивность занятий. Кроме того, должны быть определены как ориентировочная продолжительность отдельного занятия, так и цикла занятий в целом. Все эти показатели должны быть не только отражены, но и обоснованы в программе коррекционной работы того или иного специалиста, в том числе и психолога. Помимо этого в процессе обсуждения и в частных консультациях специалисты фиксируют рекомендации для педагогов (воспитателей), которые работают с ребенком в группе (классе). Это могут быть как рекомендации по использованию отдельных приемов и техник работы с ребенком в рамках деятельности класса (группы), так и рекомендации, включающие в себя необходимость дозирования объема материала или темпа его подачи и т.п.

Использование (а в некоторых случаях и специальная разработка) индивидуально ориентированных программ специальной психологической помощи в преломлении к индивидуальным особенностям ребенка или группы детей также будет способствовать решению задач максимального включения ребенка с ОВЗ в среду своих сверстников. Отсюда, в частности, вытекает важная задача подбора детей для групповой работы, имеющей определенные коррекционные цели. Так даже в группе детей, занимающихся с логопедом можно «подобрать» детей которые станут «опорными» для учителя с точки зрения адаптации и принятия всеми детьми ребенка с ОВЗ.

Крайне важной задачей деятельности психолога и социального педагога консилиума ОУ для помощи в социальной адаптации ребенка является проведение психологической работы не только с ребенком или группой (классом), в котором он включен, но и проведение специальной психологической работы со всеми взрослыми участниками образовательного процесса – воспитателями, учителями, родителями. Это особый вид

деятельности специалистов, в первую очередь, психолога, необходимость в которой может быть определена не только на ПМПк, но и стать решением педсовета или группы администрации.

Своеобразным завершением этого этапа работы каждого специалиста является *динамическое* обследование (оценка состояния ребенка после окончания цикла развивающе-коррекционной работы) или *итоговое* обследование. Результаты деятельности отражаются в соответствующем заключении специалистов по оценке динамики развития и адаптации ребенка.

2.4. Виды консилиумной деятельности

Если по годовым итогам работы с ребенком консилиум проводится в обязательном порядке, то результаты промежуточного обследования требуют проведения консилиума в том случае, если отмечается явно недостаточная или отрицательная динамика развития или социальной адаптации ребенка, его обучения в целом (в этом случае также решение ПМПк ОУ может быть динамическое обследование ребенка на ПМПк в Окружном ресурсном центре).

В ситуации, когда на промежуточном этапе были получены значительные изменения состояния, либо произошли какие-то незапланированные события, сами по себе резко изменившие как состояние, так и условия существования ребенка, вынесение обсуждения ситуации на консилиум всеми специалистами также является необходимым. Таким образом, можно говорить о *плановых* и *внеплановых* консилиумах в образовательном учреждении. Соответствующее разделение консилиумного процесса приводится и в Положении о консилиуме образовательного учреждения (Приказ Минобразования России № 27/901-6 от 27.03.2000).

Можно сформулировать ряд задач, на которые ориентирована деятельность каждого из предлагаемых типов консилиумов.

Так ***плановый консилиум*** решает следующие задачи:

- Уточнение стратегии и определение тактики психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ОВЗ;

- выработку согласованных решений по определению образовательного коррекционно-развивающего маршрута и дополнительных программ развивающей или коррекционной и абилитационной работы;
- динамическую оценку состояния ребенка и коррекция ранее намеченной программы.

Как правило, периодичность плановых консилиумов составляет один раз в полгода.

Внеплановые консилиумы собираются по запросам специалистов (педагога класса, психолога или одного из работающих с ребенком специалистов). Как уже указывалось, поводом для внепланового Консилиума является выяснение или возникновение новых обстоятельств, влияющих на обучение, развитие ребенка, отрицательная динамика его обучения или развития и т.п.

Задачами внепланового консилиума являются:

- решение вопроса о принятии каких-либо необходимых экстренных мер по выявившимся обстоятельствам (в том числе, каким специалистом должен быть проконсультирован ребенок в первую очередь);
- изменение направления ранее проводимой коррекционно-развивающей работы в изменившейся ситуации или в случае ее неэффективности;
- решение вопроса об изменении образовательного маршрута либо в рамках деятельности данного образовательного учреждения, либо иного типа учебного заведения (повторное прохождение ПМПК).

Решение задач динамической оценки состояния ребенка в рамках деятельности консилиума является завершающей ступенью его деятельности в учебном году или на определенной ступени образования. В дальнейшем работа с ребенком продолжается (например, в условиях перехода ребенка в следующий класс) когда ребенок продолжает нуждаться в дополнительной специализированной помощи для решения задач социальной и образовательной

адаптации ребенка с ОВЗ. Консилиумная деятельность может выражаться и в мониторинговом компоненте сопровождения (в реальных условиях – в плановом наблюдении за ребенком со стороны психолога школы). Постоянная деятельность консилиума по отношению к *каждому* ребенку с ОВЗ, детальное обсуждение *всех детей* вне зависимости от динамики их обучения и развития, поскольку они воспитываются и обучаются в инклюзивном ОУ и «нуждаются в постоянном наблюдении» - на наш взгляд не оправдано, избыточно.

В ситуации запроса со стороны педагогов, родителей или воспитателей ГПД, продолжительной болезни, «отбросившей» ребенка назад иных «форс-мажорных» обстоятельств – консилиумная деятельность может быть «запущена» вновь.

Важным аспектом деятельности школьного психолого-медико-педагогического консилиума является форма взаимодействия специалистов. Совместные междисциплинарные консилиумные разборы вовсе не исчерпывают и не формализуют деятельность специалистов по обсуждению стратегии, конкретных шагов и тактик помощи ребенку с ОВЗ или другим детям инклюзивной группы или класса. Скорее наоборот, такая форма работы специалистов позволяет «запустить» процессы консультирования специалистами педагогов и воспитателей и наоборот, позволяя понять ценность каждого специалиста и значимость его видения выхода из конкретной проблемной ситуации. Именно деятельность консилиума ОУ по нашим наблюдениям и опыту позволяет педагогам, воспитателям более четко представлять сферы компетенции различных специалистов сопровождения, дает возможность обращения за консультациями по поводу конкретных или более общих вопросов не только более адресно, но и с четким запросом. Такие же процессы взаимного консультирования запускаются и между другими специалистами консилиума ОУ.

Одним из основных, как показывает, практика вопросов, возникающих практически у каждого специалиста в процессе деятельности, и ПМПк ОРЦ, и ПМПк ОУ, является вопрос: как терминологически более адекватно, и что

более важно, более эффективно для сопровождения детей с ОВЗ, включенных в инклюзивную практику, обозначать ту или иную категорию отклоняющегося развития (дизонтогенеза)? Адекватно ли использование в своей деятельности медицинской (клинически ориентированной) терминологии, нозологических диагнозов? Ответ на эти вопросы посвящен следующий раздел пособия.

РАЗДЕЛ 3. ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

3.1. Модель анализа и общая характеристика групп отклоняющегося развития

В отечественной клинической и специальной психологии и психиатрии выделялись три основных группы отклоняющегося развития: *недостаточное, асинхронное и поврежденное развитие*, определяемых спецификой, последовательностью и темпом формирования всей иерархической структуры психического развития ребенка. К этим категориям следует добавить и *дефицитарное* (как сложившийся в рамках дефектологии критерий выделения типа развития).

Предлагаемая типология «исходит» из исторически предшествующих типологий психического дизонтогенеза Г.Е.Сухаревой, М.С.Певзнер, К.С.Лебединской и В.В.Лебединского, Д.Н.Исаева.

Сущность предлагаемой типологии состоит в том, что при анализе психического развития в целом можно выделить особые структурные образования, своего рода «единицы» анализа, которые можно рассматривать как внутренние закономерности психического развития. В нашей модели отклоняющегося развития они получили название «базовая структурная организация психического» (*Семаго, Семаго, 1999-2010*). К этим структурам мы относим: регуляторное обеспечение психической активности; ментальные структуры (в соответствии с моделью М.А. Холодной (*Холодная, 2002*); аффективную организацию (в соответствии с моделью О.С. Никольской (*Никольская, 2000*)). В реальности деятельности специалистов сопровождения (в

наблюдаемой феноменологии) эти структуры «проявляются» в виде возможности произвольно регулировать свою психическую активность (от регуляции движений до возможности регулировать свою коммуникацию с другими людьми и регуляции межличностных отношений), в пространственно-временных представлениях ребенка (от сформированности схемы тела до возможности оценки межличностного пространства), в эмоционально-поведенческих проявлениях (эмоциональном настрое, общем психическом тоне, аффективных реакциях и различных эмоциональных проявлениях).

Эти структуры можно определить как основу, «каркас», соответственно, регуляторной, когнитивной и аффективно-эмоциональной сфер. А сформированность последних, в соответствии с возрастом и социально-психологическим нормативом (СПН по К.М. Гуревичу) является одним из основных критериев выделения различных групп отклоняющегося психического развития. Нами рассматриваются и другие критерии. Практически для всех категорий отклоняющегося развития важным показателем, который также можно рассматривать в качестве дифференциально-диагностического критерия, является характер и особенности раннего (от рождения до 3-х лет) развития, а также такие показатели как обучаемость, критичность ребенка, в первую очередь, к результатам собственной деятельности и адекватность его поведения.

Так для группы **недостаточного развития** характерна та или иная структура недостаточности (по отношению к соответствующему социально-психологическому нормативу) функциональных систем и психических процессов и, соответственно, недостаточность их базовых компонентов – регуляторного обеспечения психической активности и ментальных структур, определяющих, в первую очередь, сформированность познавательной деятельности. При этом для подгруппы **тотального недоразвития** – грубо недостаточно сформированы именно произвольная регуляция психической активности и пространственно-временные представления, которые являются основой развития регуляторно-волевой и когнитивной сфер ребенка. Для

подгруппы **задержанного развития** несформированность этих же базовых компонентов, и регуляторной, и когнитивной сфер не так велика по сравнению со средненормативной и с возрастом (в 9-10 лет) полностью компенсируется (откуда эта группа и получила название «задержанное развитие»). В том случае, когда недостаточно сформированы лишь отдельные компоненты базовых структур, можно говорить о **парциальной недостаточности отдельных компонентов психической деятельности** (либо регулятивного, либо когнитивного компонента).

Асинхронное развитие получило свое название в связи с нарушением основного принципа развития (гетерохронии), когда наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития – то есть дисгармонии или даже искажения самого хода психического развития и определяющих его закономерностях как в формировании отдельных процессов и функций, так и целых функциональных систем. В этом случае преимущественно оказывается недостаточно сформированной аффективная организация, что проявляется в недостаточности регуляторно-волевой и аффективно-эмоциональной сферах и, соответственно, в поведении и эмоциональных реакциях ребенка.

В вариантах **дисгармоничного развития** в первую очередь следует говорить о дисфункциональном формировании аффективной организации при сохранности ее общей структуры и взаимосвязей.

Наличие же искажений в формировании (в первую очередь – искажения в структурной организации базовых компонентов психического развития) не только аффективной организации, но и остальных компонентов, приводящее к искажению пропорций и последовательности развития и когнитивной, и регуляторно-волевой, и аффективно-эмоциональной сфер, позволяет выделить подгруппу так называемого **искаженного развития**.

Основанием выделения группы **поврежденного развития** служит наличие повреждающего влияния на центральную нервную систему (в первую очередь, головной мозг) того или иного фактора, затрагивающего, в первую очередь,

органические основы развития, а вторично (в зависимости от большого количества факторов: локализации, сроков, объема, выраженности, качества повреждения и т.п.) воздействующего на всю структуру психического развития. В то же время к категории поврежденного развития может быть отнесена и **психическая травма** – как результат именно повреждения (а не неправильного формирования) системы аффективной организации.

Под **дефицитарным развитием** подразумевается исходная (фактически с момента рождения или периода раннего возраста) недостаточность **сенсорных** (слуховых и зрительных), **опорно-двигательных и иных** систем. В этом случае традиционно выделяемые в специальной психологии и дефектологии категории детей с тяжелыми нарушениями сенсорных и опорно-двигательной систем могут быть отнесены, в соответствии с логикой предлагаемой типологии к *раннедефицитарному* или *позднедефицитарному развитию*.

К этой же категории относят и детей с **множественными (сложными, сочетанными) нарушениями развития**. В этой наиболее сложной и тяжелой для организации их образования группе могут наблюдаться самые разнообразные сочетания недоразвития (недостаточности) слуха или зрения и когнитивных предпосылок, дефицитарности опорно-двигательного аппарата и слуха или зрения, а также любые другие сочетания дефицитов.

В свою очередь, каждая приведенная здесь подгруппа отклоняющегося развития (в соответствии с принципиально отличающимися качественными характеристиками) может быть подразделена на отдельные типы и варианты, формы. Общая схема типологии отклоняющегося развития приводится ниже (Рис 1).

Важным для деятельности ПМПК ОРЦ и консилиума ОУ в подобном подходе к типологизации отклоняющегося развития являются следующие соображения.

1. Подобные обозначения типологических групп имеют длительную историю и достаточно понятны для большинства специалистов сопровождения (в первую очередь, медиков, логопедов и дефектологов). Это чрезвычайно

важно, поскольку речь идет о согласованной междисциплинарной деятельности команды специалистов и возможность общей договоренности и согласия стоят на первом месте;

2. Мы принципиально хотим «уйти» от бытующей до сих пор медицинской терминологии, поскольку, с одной стороны, медицинский анализ и соответствующая терминология не являются приоритетными для педагогической деятельности учреждений образования – не несут в себе никакого психолого-педагогического содержания и не помогают в психолого-педагогическом сопровождении детей с ОВЗ. С другой стороны – чрезвычайно тяжелы для родителей таких детей, что не способствует их полноценному включению (совместно со специалистами) в процесс помощи ребенку, поскольку традиционно для нашей культуры являются сугубо негативными ярлыками.

3. Помимо всего этого многие до сих пор используемые клинические термины и подходы быстро устаревают и в многих случаях уже не соответствуют реальности, в частности, реалиям коррекционной деятельности.

Рис 1. Общая схема типологизации отклоняющегося развития (показаны основные варианты для каждой из групп)

4. В то время как предлагаемая модель анализа и соответствующие ей терминологические обозначения, являясь исключительно психологическими по своей сути, уже показали свою эффективность в коррекционно-развивающей деятельности специалистов.

3.2. Описание вариантов отклоняющегося развития³

3.2.1 Недостаточное развитие

В группе недостаточного развития выделяется такая подгруппа, как ***тотальное недоразвитие***. Совершенно очевидно, что основным диагнозом, выставляемым медиками для этой категории детей, является «умственная отсталость», которая в МКБ -10 имеет шифр: (F70.x - F79.x). Знаки после точки (ставящиеся вместо буквы x), указывают степень выраженности нарушений поведения (0 – минимальные нарушения поведения или их отсутствие; 1 – значительные поведенческие нарушения) (Многоосевая классификация психических расстройств ..., 2003). Иногда при неявно выраженных нарушениях медиками может быть выставлен диагноз «Легкое когнитивное расстройство» (шифр F06.7). Следует отметить, что данный диагноз не совсем «подходит» к описываемой категории детей, но в настоящее время стал все чаще встречаться в медицинских заключениях. Иногда, при сопутствующих специфических расстройствах поведения может быть выставлен и диагноз: «Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (шифр F84.4). В этом случае всегда следует проводить дифференциальную диагностику с нарушениями преимущественно аффективно-эмоционального развития (расстройства аутистического спектра – см. далее).

В соответствии с нашей моделью анализа психического развития эта категория детей будет демонстрировать грубую недостаточность (недоразвитие) и произвольной регуляции психической активности

³ Отдельные наиболее важные для анализа компоненты описания вариантов отклоняющегося развития выделены в тексте прописными буквами.

(деятельности), и пространственно-временных представлений. Эти компоненты психического развития оказываются для этой категории детей дефицитарны начиная с самых «глубоких», рано формирующихся уровней: регуляции движений (в первую очередь, возможности осуществлять сложные двигательные программы) – в регуляторной составляющей и уровня «схемы тела» - ее сенсомоторной интеграции – в когнитивной составляющей познавательной деятельности в целом. Точно также у детей этой подгруппы могут наблюдаться и различные варианты специфики формирования аффективной организации. Особенно это характерно для детей с аффективно-возбудимым и тормозимо-инертным вариантами (*см. далее*).

Несомненно, что выраженность проявлений подобной недостаточности чаще всего прямо пропорциональна массивности поражения центральной нервной системы как одной из наиболее важных причин отклоняющегося развития. В то же время следует отметить, что и социальные условия развития, особенности пространственно-функциональной организации мозговых систем, могут внести свой специфический вклад в степень выраженности тотального недоразвития⁴.

При сборе анамнестических сведений у родителей детей с тотальным недоразвитием наиболее существенным и типичным оказывается наличие значительного количества признаков, отражающих неврологическое неблагополучие (чаще всего признаки раннего повреждения ЦНС), а также выраженное замедление сроков формирования всех психологических образований первого - третьего года жизни. Существенно замедленные темпы моторного развития – сроки, в которые ребенок садится, самостоятельно встает, начинает ходить, то есть сроки, в которые ребенок начинает произвольно (то

⁴ Особенности пространственно-функциональной организации мозговых систем отражаются в сформированности латеральных предпочтений ребенка – право-левых предпочтениях в действиях рук, ног, ведущем ухе или глазе. Это является важной составляющей психической деятельности ребенка и должно в обязательном порядке учитываться в работе с ним всеми специалистами сопровождения. Влияние социальных условий особенно отчетливо проявляется в связи с нарастанием иммиграционных процессов, маргинализацией общества. Сюда же можно отнести значительное несоответствие стандартных педагогических технологий этническим особенностям детей при, например, обучении детей народов Севера, детей иммигрантов из стран ближнего зарубежья, не владеющих русским языком и т.п.

есть целенаправленно) регулировать свою двигательную активность. При этом отставание в моторном развитии может быть различным – вплоть до грубого отставания, однако во всех случаях это отставание обусловлено не первичным (исходным) поражением двигательной системы, а именно недостаточностью интегративных форм сенсомоторной деятельности.

Сильно сдвинуты во времени и сроки предречевого и собственно речевого развития – гуление, лепет, первые слова, задерживаются и понимание речи взрослого.

При оценке аффективного развития – значительно отодвинут во времени возраст возникновения комплекса оживления, другие адекватные, дифференцированные социально-эмоциональные реакции (в тяжелых случаях они вообще могут не формироваться). В целом можно говорить о значительном снижении и даже отсутствии познавательного интереса к окружающему, отсутствии проявлений специфичных для детей «исследовательских» форм поведения, а в целом – о выраженной недостаточности «активности к развитию», усугубляемых низкими ресурсными возможностями ребенка.

На сегодняшний день нами выделяются три варианта тотального недоразвития:

- ***простой уравновешенный*** (без поведенческих нарушений);
- ***аффективно-возбудимый***;
- ***тормозимо-инертный***.

В двух последних вариантах имеют место значительные поведенческие нарушения. При этом практика нашей деятельности показала, что для решения задач образования и определения индивидуально ориентированного образовательного маршрута в целом вполне достаточно рассматривать три степени выраженности тотального недоразвития: легкое недоразвитие, недоразвитие средней выраженности (умеренное) и выраженное недоразвитие.

Для ***простого уравновешенного варианта*** наиболее характерным является относительная уравновешенность в поведении ребенка, сочетающаяся с

непосредственностью реакций, характерной для детей значительно более младшего возраста, или, наоборот, «сниженностью», приглушенностью ориентировочного реагирования. Их деятельность долго носит манипулятивный, подражательный характер. Дети, как правило, зависимы, несамостоятельны. Они весьма ориентированы на оценку другого человека и достаточно правильны в поведении.

При оценке *внешнего вида* часто отмечается наличие внешней стигматизации, диспластичность элементов головы, лица (сдавленные виски, своеобразная форма носа или ушей, специфичный разрез глаз, приоткрытый рот, нередко слюнотечение, слишком близко или слишком широко расставленные глаза, измененные зубы, необычная структура тела, форма ладоней). Могут наблюдаться признаки эндокринопатии (в частности ожирения). Ребенок держится без дистанции, быстро становится «дурашливым». Часто видны признаки полевого, нецеленаправленного поведения. Однако ребенок, как правило, управляем взрослым, доступен процедуре обследования. В целом поведение такого ребенка в процессе диагностики можно описать как условно «правильное». Общая моторика дисгармонична, мелкая моторика развита слабо, ребенку с трудом удаются точные, координированные движения.

Темп деятельности, как правило, замедленный, хотя ребенок может быть и быстрым, импульсивным. Последнее часто наблюдается вследствие некритичности к результатам собственной деятельности – ребенок выполняет задания достаточно быстро, но неправильно. Возможные колебания темпа деятельности, как правило, не зависят от сложности и характера предлагаемых заданий.

Работоспособность может быть как сниженной, так и нормативной. Часто такие дети мало пресыщаемы, могут долгое время заниматься однотипной несложной «механической» деятельностью.

Наличие левосторонних *латеральных* (как моторных, так и сенсорных) *предпочтений* встречается не чаще, чем в целом по популяции, но является осложняющим общую картину поведения и динамику развития в целом

фактором.

Самостоятельный контроль за результатами собственной деятельности малодоступен. Иногда ребенок с трудом работает даже под контролем взрослого, не удерживает алгоритм задания, не в состоянии сравнить полученный результат с требуемым. На фоне утомления его деятельность становится выражено импульсивной.

Хотя для простого уравновешенного варианта тотального недоразвития специфично наличие достаточно адекватных форм поведения на бытовом уровне, в целом *адекватность* поведения недостаточна.

Критичность ребенка, в первую очередь, к результатам своей деятельности чаще всего грубо снижена, хотя он адекватно реагирует на похвалу или неодобрение со стороны взрослых.

Обучаемость ребенка также выражено снижена, перенос освоенных навыков на аналогичный материал порою грубо затруднен даже при подаче его в наглядно-действенной форме. Темп обучения значительно замедлен. Следует отметить, что подобное значительное снижение этих трех показателей (критичность, адекватность и обучаемость) является специфичным для всех вариантов тотального недоразвития.

При данном варианте тотального недоразвития отмечается грубая недостаточность (дефицитарность) всех психических процессов. Несмотря на то, что (как отмечается практически во всех исследованиях) страдают, «сложные» аналитико-синтетические (интегративные) уровни когнитивной сферы, связанные с обобщением, анализом и синтезом, значительном снижении уровня понятийного мышления в целом следует отметить и выраженную недостаточность элементарных компонентов (предпосылок) познавательной деятельности (восприятия, памяти, внимания).

Речь, как правило, простая, обедненная, но может быть и обильной, плохо регулируемой, словарный запас выражено ограничен, качество звукопроизношения недостаточно в разной степени, часто нарушена слоговая структура слова. Фраза аграмматичная, могут наблюдаться и нарушения

фонематического восприятия. Затруднено понимание даже относительно сложных речевых конструкций, вследствие выраженной недостаточности всей сферы пространственных представлений. Часто дети имеют логопедический диагноз: «Вторичное, системное недоразвитие всех сторон речи».

Отмечается значительное снижение результативности выполнения заданий вербального-логического, и перцептивно-действенного характера и стратегии их выполнения.

Игра таких детей, как правило, примитивна, сюжетно и эмоционально обеднена, манипулятивна. Ребенок не принимает условности игры, в дошкольном возрасте мало использует предметы в качестве игровых заместителей. При этом дети в общих играх достаточно не критичны к своей несостоятельности, часто ведут себя неадекватно игровой ситуации. В играх с другими детьми ребенок часто выполняет пассивную роль, нуждается в тщательной организации и планировании игры.

При анализе *аффективно-эмоциональной сферы* отмечаются признаки эмоциональной уплощенности, ребенок зависим, несамостоятелен. При этом незлобен, чаще благодушен, чем раздражен. Самооценка неадекватна, в основном ориентирована на оценку другого человека, в том числе и другого ребенка. В силу снижения критичности притязания на успех неадекватны, могут быть завышены.

При проведении *развивающей* и *коррекционной* работы следует учитывать особенности сформированности, и регуляторного, и когнитивного компонентов познавательной деятельности. Может быть использован широкий спектр развивающе-коррекционных направлений работы, но можно говорить и о приоритетных для этих детей. К ним могут быть отнесены программы по развитию межанализаторных взаимодействий (зрительно-, слухо-моторные координации), развитие произвольных форм регуляции психических процессов и собственного поведения, в том числе функций программирования и контроля, а также формирование пространственных и временных представлений. В качестве программы развития аффективно-эмоциональной сферы необходимо

выделить, в первую очередь, «тоническую стимуляцию» за счет организации ритма аффективной жизни, подключение к работе опоры на чувственный опыт ребенка. Ведущим специалистом при сопровождении такого ребенка является дефектолог.

Прогноз развития и адаптации. При данном варианте тотального недоразвития следует ожидать достаточно медленную динамику развития. При адекватно подобранных темпах и программах развития и, самое главное, адекватной образовательной программе – образование и социальная адаптация будут удовлетворительными. При неблагоприятных условиях возможна девиация состояния в сторону аффективно-возбудимого, реже – тормозимо-инертного варианта недостаточного развития, что может значительно осложнить социальную адаптацию. При анализе условий необходимых для лучшей адаптации можно выделить потребность в большом объеме помощи взрослого при обучении, особых дидактических и методических приемах и необходимость индивидуализации учебного плана.

Аффективно-возбудимый вариант тотального недоразвития характеризуется, в первую очередь, выраженной импульсивностью – достаточно грубыми нарушениями целенаправленности, самоконтроля, регуляции и организации своего поведения и деятельности в целом при явном дефиците познавательной деятельности. Характерны немотивированные перепады настроения от эйфории к дисфории и наоборот. Дети, как правило, быстро пресыщаемы – именно на фоне пресыщения или истощения чаще всего и возможны аффективные вспышки деструктивного характера. У детей наблюдается расторможенность витальных влечений – жажды, пищевых потребностей и т.п. А в подростковом возрасте особенно ярко проявляется расторможенность сексуальных влечений.

В целом дети этой категории демонстрируют более низкие результаты выполнения тех или иных действий и заданий, по сравнению с детьми, с простым уравновешенным вариантом, в силу более грубого недоразвития собственной регуляции, выступающих на первый план поведенческих проблем.

Среди этой категории детей значительно чаще встречаются дети с органическими заболеваниями и ранними повреждениями ЦНС. Тип латеральных предпочтений – часто смешанный. Оба фактора негативно сказываются, и на актуальном состоянии ребенка, и на прогнозе его развития в целом.

Как и в предыдущем случае, достаточно часто отмечается наличие внешней стигматизации, диспластичности, каких-либо выделяющихся внешних особенностей строения лица и тела. Еще чаще, чем у предыдущего варианта, наблюдаются признаки эндокринопатии.

При этом поведение, как правило, носит полевой характер, ребенок импульсивен, эйфоричен или, наоборот, дисфоричен, может быть агрессивен. Очень легкий переход от эйфории к дисфории, часто не имеющий под собой актуальной причины.

В целом поведение такого ребенка в процессе диагностики можно описать как «неадекватное, грубо импульсивное и полевое». Ребенок держится без дистанции, упрям, упорен в своих желаниях и потребностях, грубо не критичен в своих естественных проявлениях (может рыгнуть, выпустить газы, обмочиться во время обследования, ничуть не смущаясь этого). Ориентировочная реакция повышена, неадекватна силе побуждающего воздействия среды. Наблюдаются выраженные признаки полевого, нецеленаправленного поведения, ребенок с трудом управляем взрослым, порой недоступен процедуре обследования. Отмечается и выраженная моторная неловкость.

Как уже говорилось снижение (в большей или меньшей степени) показателей *адекватности и критичности* при анализе особенностей детей с тотальным недоразвитием является специфичным. Однако для детей с аффективно-возбудимым вариантом эти показатели наиболее ярко выражены.

Темп деятельности, как правило, грубо неравномерен, чаще импульсивно убыстрен. Нецеленаправленный характер деятельности и даже высокий темп не сказываются на продуктивности и результативности деятельности. Она остается малопродуктивной и хаотичной. В основном работа идет путем хаотичных,

нецеленаправленных проб и ошибок. Присутствует грубая некритичность, по сути, отсутствие мотивации к улучшению результатов.

Темп внеучебной деятельности и работоспособность могут быть фактически не сниженными, ребенок может быть достаточно работоспособен в своей привычной и предпочитаемой деятельности, но при необходимости удерживать логику поведения, необходимую для какой-либо продуктивной работы крайне быстро устает и демонстрирует при этом весь репертуар своих поведенческих особенностей. Дети быстро пресыщаемы, не могут даже недолгое время заниматься однотипной несложной деятельностью, достаточно быстро проявляя негативизм и аффективные разного рода вспышки. В целом, характеристики работоспособности этих детей и особенности их темпа деятельности будут тем грубее снижены, чем больший вес приобретает повреждающий ЦНС фактор.

Для них еще более специфичным является наличие признаков смешанных латеральных предпочтений, чем при простом уравновешенном варианте тотального недоразвития.

Обучаемость, как специфичный для этих детей показатель, грубо нарушена и замедленна, как и темп обучения (в том числе и за счет неадекватности некритичности ребенка к результатам собственной деятельности, и отсутствия мотивации к работе). Общее впечатление об обучаемости, как правило, хуже, чем объективно может быть на самом деле, именно вследствие поведенческих особенностей.

Познавательная деятельность характеризуется не только тотальным недоразвитием всех ее компонентов, но и имеет ряд отличительных особенностей. Отмечается низкая результативность выполнения как вербальных, так и невербальных заданий (сопровождающаяся специфичным поведением). Как уже отмечалось, ребенок работает методом хаотических проб и ошибок, что не может не сказаться на результатах выполнения заданий.

То есть при аффективно-неустойчивом варианте тотального недоразвития отмечается грубая несформированность регуляции на всех уровнях, сопровождающаяся иерархичным недоразвитием высших психических функций

(включая языкоречемыслительную деятельность, различные виды памяти, внимания, слухового и зрительного гнозиса, конструктивного праксиса и т.п.).

Тот факт, что чем глубже степень тотального недоразвития, тем больше с возрастом ребенок отстает по всем параметрам когнитивного развития от нормативных показателей данного возраста, проявляется при данном варианте тотального недоразвития еще в большей степени, усугубляясь проблемами поведенческого характера.

Характер *игры* по содержанию мало чем отличается от игры детей с простым вариантом тотального недоразвития, но в общении со сверстниками часто такой ребенок чаще может быть деструктивен, агрессивен и вспыльчив. Практически невозможен самостоятельный продуктивный контакт с другими детьми за счет грубой некритичности. Игра носит одновременно манипулятивный, и деструктивный характер. Такой ребенок не столько стремится занять ведущую позицию в игре, сколько некритично относясь к своим игровым возможностям, достаточно грубо импульсивен (именно вследствие этого игра чаще всего деструктивна).

Ребенок вспыльчив, неуправляем, легко переходит от эйфории к дисфории и агрессии. Эмоциональный фон нестабилен. Проявляется крайняя импульсивность во всех сферах. Ребенок чрезвычайно зависим от своих витальных потребностей, не способен их контролировать. Отсрочка или невыполнение желаний вызывает бурные аффективные вспышки, порой не только с элементами агрессии, но и аутоагрессии.

Для таких детей принципиально целесообразно любую коррекционную работу проводить на фоне или непосредственно после курсов как специфической, так и неспецифической медикаментозной терапии. Следовательно, при определении последовательности включения в работу с детьми специалистов разного профиля приоритет отдается детскому психиатру и неврологу. Дальнейшая работа должна быть направлена, на формирование произвольной регуляции деятельности и функций программирования и контроля, поскольку без этой «базы» деятельность олигофренопедагога и

логопеда может стать просто невозможной. Необходимо также проведение массивной психотерапевтической работы с семьей ребенка, в первую очередь, чтобы обосновать необходимость лечения ребенка. Такая же работа показана и при психолого-педагогическом сопровождении. Это необходимо вследствие общей дизадаптации, и самого ребенка, и его родителей, значительных искажений социальных контактов семьи с социумом (связанных не только со спецификой поведения ребенка, но и с чрезвычайно низкой положительной динамикой развития и обучения ребенка).

В качестве ведущего для этой категории детей необходимо признать, в первую очередь, психиатра и лишь при значительном уменьшении поведенческой неадекватности, создании самой возможности управления ребенком возможно проведение коррекционных занятий учителем-дефектологом, логопедом и психологом (в частности, проведение коррекционной работы по формированию произвольной регуляции).

Прогноз развития и адаптации, в первую очередь, определяется своевременным обращением к психиатру и/или неврологу и адекватным подбором методов лечения. В целом при раннем начале коррекционной работе всеми специалистами возможно фронтальное обучение в адекватном возможностям ребенка виде образовательного учреждения (специальная коррекционная школа 8-го вида, индивидуальное обучение и т.п. (см. *Приложения 1,2*). Прогноз социальной адаптации может быть даже удовлетворительным. В противном случае (учитывая низкую динамику развития, осложненную поведенческими проблемами) приходится говорить о неблагоприятном прогнозе, недостаточной для самостоятельного существования социальной адаптации.

Спецификой детей с ***тормозимо-инертным вариантом тотального недоразвития*** является (помимо выраженных проблем формирования всех сторон познавательной деятельности) еще и значительная вялость, заторможенность, инертность (ригидность), низкий уровень психической активности в целом. Достаточно часто при этом варианте отклоняющегося

развития в качестве причин выявляется такое специфическое органическое поражение ЦНС как эпилепсия или различные формы эпилептического синдрома. Это, в свою очередь, приводит к формированию истинной инертности, ригидности, «тугоподвижности» протекания мыслительных процессов,

В раннем возрасте наблюдаются признаки поражения ЦНС вследствие пре- и перинатальной патологии. Часто отмечаются не только признаки гиповозбудимости, - низкая двигательная и психическая активность, но и признаки сниженного мышечного тонуса.

Как и при вышеописанных вариантах тотального недоразвития могут присутствовать признаки внешней стигматизации, часто отмечается повышенная саливация, дети бывают повышено упитаны. Ребенок выглядит как тихий, заторможенный, вялый и неактивный. В контакт вступает медленно, не сразу понимает, что от него хотят, очень долго «въезжает» в ситуацию. Часто ребенок чрезмерно зависим от взрослого. Выявляются множественные признаки моторной неловкости – дети выражено неуклюжи, двигательная активность явно недостаточна.

По мере вступления в контакт ребенок может заинтересоваться предлагаемыми играми и заданиями, становится управляемым взрослым, доступен процедуре обследования.

Для этого варианта развития наиболее специфичным является как низкий *темп деятельности*, так и выраженная инертность, склонность к реакциям тормозимого типа: замыкание в себе, прекращение какой-либо деятельности. В то же время ребенок одновременно легко отвлекаем и тормозим.

Работоспособность невысокая, но в отдельных случаях может быть достаточной. Как правило, дети быстро пресыщаемы. Общий уровень психической активности и психического тонуса выражено снижен.

Наличие большого числа левосторонних *латеральных предпочтений* для такого ребенка становится отягощающим фактором, еще более осложняющим весь ход развития.

Порой создается впечатление достаточной *адекватности* ребенка, но при тщательном анализе видно, что в целом адекватность явно недостаточна, хотя ее формирование лучше, чем при аффективно-возбудимой форме. Ребенок адекватен к ситуации. В некоторых ситуациях, например, на уроке ребенок может быть тих, покоен, но, в то же время, не включен в учебную деятельность.

Иногда создается такое же ошибочное впечатление достаточной *критичности* ребенка (может быть за счет трудности вхождения в контакт, инертной привязанности к матери, что «ширмует» собственно недоразвитие, создавая картину псевдоневротических расстройств). При этом ребенок свои ошибки замечает с трудом, может долго не продолжать работу после сделанного замечания. Обычно такого рода поведение объясняется родителями природной застенчивостью ребенка. В целом критичность к результатам своей деятельности значительно снижена, равно как и критичность к самой ситуации обследования.

Обучаемость такого ребенка (как основной показатель детей с тотальным недоразвитием) новым видам деятельности выражено снижена даже по сравнению с обучаемостью детей с простым уравновешенным типом тотального недоразвития именно в силу инертности деятельности в целом. По этой же причине существенно затруднен и перенос освоенных навыков на аналогичный материал. Ребенок испытывает большие (не сказать огромные) трудности при переключении от одного типа задания к другому. Иногда такое переключение вообще недоступно.

В целом развитие *познавательной деятельности* у детей этой категории наряду с общими характеристиками, свойственными подгруппе в целом, отягощается инертностью и тугоподвижностью и высокой тормозимостью всех психических процессов.

Здесь можно увидеть грубую несформированность всей иерархической структуры психических процессов. При работе над теми или иными заданиями страдают, и наиболее «сложные» интегративные уровни когнитивной сферы, связанные с обобщением, анализом и синтезом, и большинство элементарных

базовых компонентов. При этом чисто внешне создается ошибочное впечатление более благополучного состояния развития когнитивной сферы в силу трудности вхождения в контакт, высокой ориентации на взрослых, значительной «правильности» поведения ребенка (в особенности по сравнению с детьми с аффективно-возбудимым вариантом тотального недоразвития). Такие дети (учитывая их склонность к однообразной, инертной деятельности) до определенного момента условно удовлетворяют требованиям образовательной среды (ДООУ или даже начальной школы), особенно по параметрам поведения. В то же время результативность выполнения заданий в соответствии с образовательными возрастными нормативами явно недостаточна.

В силу малой контактности и тормозимости ребенка недостаточное внимание уделяется оценке речевой дефицитарности. Речь, как правило, примитивна по своей структуре. В речевом отношении ребенок малоактивен, можно констатировать выраженное недоразвитие всех средств языка.

Как и при других вариантах тотального недоразвития отмечается значительное снижение, и продуктивности, и результативности выполнения заданий вербального и невербального характера. Типичным и для детей этой категории тотального недоразвития является тот факт, что с возрастом более отчетливо на первый план выступает именно когнитивная несостоятельность ребенка, оставляя на втором плане поведенческие особенности. Степень этих трудностей, безусловно, находится в прямой зависимости от выраженности самого тотального недоразвития.

Нередко дети стараются вообще не участвовать в *играх*, минимально контактировать со сверстниками и скорее склонны к нахождению рядом со взрослым (воспитателем, учителем). Порой это принимает внешний характер помощи взрослым (наводить порядок, сортировать, раскладывать какие-либо предметы и т.п.). В играх пассивны, игра в основном манипулятивная, подражающая, инертная, имеет не столько собственно сюжетное содержание, сколько представляет собой инертное соблюдение формальных признаков того или иного действия. Эмоциональные проявления обеднены. При этом ребенок

подражает взрослым во внешнем рисунке их действий. Крайне редко предметы используются в качестве игровых заместителей. При легкой степени выраженности недоразвития игра может соответствовать игре детей более младшего возраста, однако всегда отмечается инертность деятельности ребенка и его тормозимость. В играх с другими детьми оказывается в пассивной роли и нуждается в организации и планировании игровых действий взрослым.

Общий фон настроения часто снижен, дети плаксивы, долго успокаиваются, в то же время, им не свойственны резкие перепады настроения (в отличие от детей с другими вариантами тотального недоразвития). Ребенок с трудом вступает в контакты, инертен в своих предпочтениях и интересах, мало пресыщаем, склонен к монотонной однообразной деятельности и испытывает дискомфорт при ее прерывании. В эмоциональных реакциях ребенок также инертен. Сами эмоциональные реакции значительно уплощены. От контактов с детьми часто уклоняется, эти контакты можно назвать «формальными». Склонен находиться рядом со взрослым или рядом с ребенком, к которому привык и от которого зависим. Очень ориентирован на реакции взрослого.

Важной особенностью формирования *развивающих* и *коррекционных* программ (при отсутствии неврологических противопоказаний) является включение разнообразной сенсорной стимуляции (за исключением случаев эпилептиформных расстройств). Это позволяет обеспечить необходимую тонизацию, повышение уровня общей психической активности ребенка. Эта работа должна проводиться уже на первом этапе деятельности специалистов. В дальнейшем для детей этой категории показаны все возможные варианты развивающе-коррекционной работы: арттерапия, музыкотерапия, логоритмика, программы по формированию произвольной регуляции деятельности, функций программирования и контроля, различные формы двигательных и когнитивных занятий, в том числе формирование пространственных представлений. Общепринятые методы дефектологии и программы специального коррекционного образования, несомненно, должны иметь приоритетное значение.

Лишь при создании достаточного уровня психической активности возможно полномасштабное подключение учителя-дефектолога и логопеда, эффективность работы которых только в этом случае будет максимальной. Таким образом, часто на первый план выступают такие специалисты как арттерапевты, музыкотерапевты и т.п. В этом же ряду находится и врач-невролог (психиатр), который определяет возможность и необходимость соответствующей медикаментозной поддержки.

Прогноз развития и адаптации. При данном варианте тотального недоразвития следует ожидать достаточно медленную динамику развития. При адекватно подобранных темпах и программах развития и, самое главное, адекватной образовательной программе образование и социальная адаптация будут удовлетворительными. При наличии органического заболевания или поражения ЦНС (в частности, эпилептической болезни или вариантах эпилептического синдрома) прогноз дальнейшего развития ребенка в значительной степени зависит от адекватности и эффективности лечебных мероприятий. При анализе условий необходимых для лучшей адаптации условий также можно выделить потребность в большом объеме помощи взрослого при обучении, особых дидактических и методических приемах и необходимости индивидуализации учебного плана.

Подгруппа **«Парциальное недоразвитие (недостаточность) компонентов психической деятельности»** в соответствии со спецификой (дефицитарностью) тех или иных базовых компонентов психического развития, может быть разделена на следующие типологические варианты:

- ***Парциальная недостаточность преимущественно регуляторного компонента деятельности;***
- ***Парциальная недостаточность преимущественно когнитивного компонента деятельности;***
- ***Парциальная недостаточность смешанного типа.***

В качестве причин варианта ***парциальной недостаточной преимущественно регуляторного компонента деятельности***, в первую

очередь можно выделить различной степени выраженности недостаточность нейробиологической составляющей развития – центральной нервной системы и/или какой-либо из соматических систем (от легкой дисфункциональности до выраженной недостаточности, вплоть до повреждения).

Чем более выражена недостаточность ЦНС, тем больше будет и недостаточная сформированность не только регуляторной сферы и поведения, но в целом страдать развитие познавательной деятельности.

Основными медицинскими диагнозами являются: «синдром гиперактивности и дефицита внимания», «минимальная мозговая дисфункция»⁵, «гиперкинетические расстройства» - (F90) (МКБ-10), «Специфические нарушения развития моторной функции» (F82). Уже в младшем школьном возрасте и позднее можно встретить диагноз «Расстройства поведения» (F91), «Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, возникающие обычно в детском и подростковом возрасте» (F98).

Совершенно очевидно, что при анализе особенностей развития такого ребенка следует учитывать, что страдает как произвольная регуляция «базисных» компонентов психической, в том числе, познавательной деятельности (восприятия, памяти, внимания), так и иерархически более «высоких»: целеполагания, программирования и контроля. В то же время, (и это является характерной особенностью именно этого типологического варианта) при достаточной внешней организации деятельности, ее жестком и поэтапном контроле со стороны взрослого – дети в целом способны к выполнению познавательных задач, соответствующих возрасту.

Наиболее показательны для этих детей признаки неврологического неблагополучия в *раннем возрасте*. Чаще отмечается мышечный гипертонус, или дистония (неравномерность мышечного тонуса). Достаточно часто уже на ранних этапах развития ребенку ставится диагноз ПЭП (перинатальная энцефалопатия).

⁵ Такие диагнозы вообще не существуют в МКБ-10 и не могут выставляться врачами. А понятие «гиперактивность» всего лишь прямой перевод с англоязычного: “hyperactivity”. На наш взгляд, к состоянию и к оценке деятельности этих детей содержательно адекватнее подходит термин расторможенность.

Наличие значительного количества признаков неврологического неблагополучия и изменение сроков моторного развития, чаще всего «ускорение» сроков - раннее вставание и начало ходьбы и т.п. является специфичным для данного варианта дизонтогенеза. Следует отметить, что при этом последовательность моторного развития (сел – пополз – встал – пошел) может оставаться неизменной.

Внешний вид и особенности поведения. Физическое развитие в целом соответствует возрасту, но в поведении наблюдается выраженная двигательная и/или речевая расторможенность, импульсивность. Чем младше ребенок, тем больше его поведение носит характер полевого. Ребенок легко отвлекаем, не удерживает данные ему инструкции, для выполнения какой либо продуктивной деятельности нуждается не только во внешней мотивации, но и во внешнем программировании и контроле деятельности. Общая моторика, как правило, неловкая, негармоничная, а мелкая моторика страдает, и в звене тонуса, и в звене направления движения (особенно на письме). Часто поведение такого ребенка выглядит как неадекватное, и ситуации, и возрасту.

Такой ребенок и пресыщаем, и истощаем. Такое снижение *работоспособности* еще более негативно сказывается на возможности произвольной регуляции самой деятельности, приводит к инертным ее формам.

Наличие большого количества левосторонних латеральных предпочтений не специфично для этой категории детей, а, как и в других случаях, являетсяотягощающим фактором дальнейшего развития.

Такие показатели как *адекватность и критичность* оказываются сниженными в силу импульсивности ребенка и трудности целенаправленности деятельности, особенно в ситуации утомления. При правильно организованных условиях проведения диагностического обследования, правильном «расчете» сил ребенка и адекватной мотивации, показатель обучаемости в целом должен соответствовать возрасту. Очевидно, что на фоне выраженного утомления и полной невозможности организации деятельности ребенка об обучаемости вообще трудно говорить. Именно в этой ситуации возникают дифференциально-

диагностические ошибки и ребенку могут быть выставлены такие диагнозы как «умственная отсталость» и «ранний детский аутизм»⁶.

Совершенно естественно, что в целом *познавательная деятельность* оказывается дефицитарной именно в звене регуляции – страдают произвольное запоминание, произвольное внимание и т.п. Часто вообще невозможно выполнение заданий, требующих собственно программирования, выстраивания алгоритма деятельности. В ситуации, когда деятельность ребенка жестко организована и контролируется взрослым, – результативность выполнения заданий может соответствовать условно нормативным показателям.

В игре ребенок выражено непоследователен, легко сходится с детьми, но по пустякам также легко и расходится. Часто отсутствует учет ответных реакций других детей, затруднено, а зачастую невозможна антиципация эмоциональных и поведенческих реакций других детей в ответ на собственное поведение. В целом игра характеризуется как импульсивная, в игре ребенок расторможен, «заводится» сюжетом, часто не улавливает момента, когда другим детям игра уже надоела. В большинстве случаев относительно долго удерживать роль «в определенном ключе» ребенок вообще не в состоянии.

Эмоциональные особенности. Ребенок часто может быть возбужден, эмоционально лабилен. Так называемая агрессивность такого ребенка, хотя именно эти дети чаще всего презентуют агрессивные формы поведения, не является истинной агрессивностью. Подобные «псевдоагрессивные» проявления возникают именно потому, что ребенок не может произвольно регулировать себя, произвольно остановить свой аффективно-двигательный «порыв» в нужный момент, когда, например, вошла воспитательница или учитель.

В первую очередь, грубо дефицитарна именно произвольная регуляция психической активности. Несформированность произвольной регуляции диагностируется, уже начиная с трудностей удержания простой двигательной программы (жестко заданной последовательности двигательных актов). В

⁶ И наоборот часто расторможенным детям с тотальным недоразвитием и детям с истинным РДА выставляется более «легкий» диагноз – СДВГ, что также неправомерно.

большом количестве случаев затруднена и регуляция силы мышечного тонуса, регуляция направления движения (точностные движения). Очевидно, что иерархически более высокие уровни произвольной регуляции деятельности: регуляция психических функций, поведения, собственной эмоциональной экспрессии и межличностных коммуникаций оказываются недостаточно сформированы, а в тяжелых случаях грубо дефицитарны. В этих случаях несформированность произвольной регуляции не может не оказывать влияния на структуру формирования пространственно-временных представлений, как основы когнитивной сферы. Последние оказываются в ситуации «невыраженного» дефицита. Недостаточен преимущественно уровень вербализации пространственных представлений, что влечет за собой трудности понимания пространственно-временных и сложных речевых конструкций. Таким образом, несформированность структур регуляции и вследствие этого когнитивных структур приводит к дефицитарности познавательной деятельности в целом.

Развивающая и коррекционная работа с такими детьми должна быть направлена на формирование произвольной регуляции деятельности в целом. Причем, работа должна проводиться с привлечением вначале двигательных, телесных уровней регуляции и только далее высших – основанных на ролевом подходе. Подобная работа точно также должна учитывать уровневое строение и принцип последовательности развития произвольной регуляции психической деятельности (Семаго, Семаго, 2000). Элементом коррекционного воздействия может стать и структурирование образовательной среды, режима повседневной жизни и т.п.

При выраженных неврологических нарушениях ведущим специалистом может быть врач-невролог или психиатр – часто без медикаментозной коррекции эффективность работы всех других специалистов может быть «нулевой». При минимальных неврологических нарушениях ведущий специалист – психолог знакомый с особенностями работы по формированию регуляторных структур.

Подключение логопедической помощи (при наличии несформированности речи) на начальных этапах помощи ребенку можно считать нецелесообразным, в силу крайне низкой ее результативности вследствие выраженной регуляторной незрелости – вначале психолог (и невролог) должны создать определенную «базу» для деятельности логопеда.

Прогноз развития и адаптации тем благоприятнее, чем раньше начата специфическая коррекционная работа, сопровождаемая медицинским сопровождением. В запущенных случаях или в случае, когда работа начинается после 8 - 9 лет, возможна девиация развития в сторону асинхронного с «переходом» с возрастом ребенка в соответствующую категорию асинхронного развития. В этих случаях большое значение имеет представленность и выраженность таких отягощающих развитие ребенка факторов, как наличие признаков атипичного формирования межфункциональных взаимодействий (проявляющее себя в наличии большого количества левосторонних латеральных предпочтений), неблагоприятная социально-педагогическая ситуация развития, неадекватная коррекционная работа.

Причиной выделения детей с ***парциальной недостаточностью преимущественно когнитивного компонента деятельности*** является несформированность (дефицитарность) всей системы пространственных (пространственно-временных) представлений как одной из основных предпосылок и составляющих познавательной деятельности.

Одним из основных факторов, приводящих к этому варианту отклоняющегося развития, является специфика формирования пространственно-функциональной организации мозговых систем. Феноменологически это часто проявляется наличием ***большого***, чем в среднем по популяции, количества левосторонних или смешанных латеральных предпочтений (в целом по анализу ведущей руки, ноги, глаза, уха). Отдельно следует выделить и социальные условия развития, которые также вносят определенный вклад как причины, формирования данного варианта. В первую очередь следует отметить степень «жесткости» требований и соответствующей «структурированности»

отечественной образовательной среды, социокультурную обстановку, связанную с получением образования и, соответственно, отношение родителей к развитию ребенка, к его соответствию образовательным требованиям.

В общепринятом смысле значительная часть этой категории детей относятся к детям *с нарушениями речи*. Дети этой категории являются одной из наиболее представительных (по запросам родителей и педагогов) групп в образовании. Как правило, причиной обращения служат не трудности организации поведения ребенка в образовательных учреждениях или дома, а трудности овладения соответствующим программным материалом. Чаще всего эти дети уже в дошкольном возрасте обращают на себя внимание особенностями речевого развития, Именно эти дети направляются в специализированные логопедические сады (группы), где с ними проводится логопедическая работа.

Основным является логопедический диагноз: «общее недоразвитие речи» различной степени выраженности, В школьном возрасте этим детям ставятся такие диагнозы как «дисграфия и/или дислексия на фоне некомпенсированного общего недоразвития речи». В соответствии с МКБ-10 могут быть поставлены такие диагнозы «специфические расстройства речи» - (F80), «специфические расстройства развития учебных навыков» - (F81).

При анализе истории развития отмечается изменение *последовательности моторного развития* – так ребенок может вначале научиться садиться, а только потом – переворачиваться со спинки на животик. Наиболее часто такое изменение последовательности формирования моторных навыков касается и акта ползания. При этом ребенок чаще всего просто «пропускает» стадию ползания, но иногда родители отмечают, что он вначале пошел, а лишь после этого пополз. В данном случае причины такой специфики формирования моторной последовательности будут лежать не в «плоскости» неврологических проблем, а, как уже было сказано, в специфике формирования межфункциональных мозговых взаимодействий.

Темповые показатели деятельности ребенка могут быть снижены в особенности при работе с вербальными заданиями. А на фоне утомления может появляться как негрубая импульсивность, так и выраженная вялость, потеря интереса к предлагаемым заданиям.

С точки зрения специфики *профиля латеральных предпочтений* при этом варианте отклоняющегося развития чаще всего встречается смешанная или неустоявшаяся латерализация. То есть, наличие неправосторонних латеральных (сенсорных и моторных) предпочтений встречается у этих детей существенно чаще, чем в среднем по популяции.

В целом *характер деятельности* такого ребенка мало чем отличается от нормативного, хотя порой отмечается незначительная недостаточность регуляторных функций, что чаще всего проявляется на фоне утомления. Как в ситуации обследования, так и в поведении в целом сказываются трудности собственной речевой регуляции своего поведения, что иногда может выглядеть как недостаточная *адекватность* и *критичность*, хотя при внимательном взгляде специалиста видно, что эти показатели в целом нормативны. При наличии тревожных (интропунитивных) черт у ребенка возможны даже проявления сверхкритичности к результатам своей деятельности.

Обучаемость новым видам деятельности может быть несколько замедлена. В особенности если дело касается заданий вербального типа. Но даже в случае работы с так называемыми, «невербальными» заданиями, (заданиями действенного, образно-логического характера) обучаемость может быть низкой, поскольку при их выполнении возникает необходимость пространственного анализа и синтеза.

Очевидно, что вся *познавательная деятельность* страдает «под знаком» дефицитарности речезыковых структур. Отмечаются также сужение объема активного внимания, проблемы мнестического характера. Выраженная несформированность пространственных и квазипространственных представлений приводит к трудностям правильного употребления предлогов и аграмматизмам в речи в целом. Велики трудности понимания и актуализации

причинно-следственных отношений, понимание сложных речевых конструкций в целом. Затруднено выполнение заданий конструктивного характера.

Спецификой *игры* являются трудности собственно речевой регуляции. Ребенок не может выразить свою точку зрения, не всегда запоминает правила. В игре чаще берет на себя пассивную роль. И в двигательных играх, на уроках физкультуры такой ребенок также нередко бывает несостоятелен, что не может не сказаться на взаимоотношениях со сверстниками.

Такие дети могут быть неуверены в себе, тревожны. Хотя иногда мы видим и обратную ситуацию. Контакты со сверстниками, как правило, не нарушены. На фоне утомления может проявляться эмоциональная неустойчивость. Такой ребенок редко участвует в праздниках, не любит выступать перед людьми. Однако в общении с людьми может быть активен и адекватен, хотя коммуникативная сторона речи страдает.

Очевидно, что описываемый вариант парциальной недостаточности характеризуется, в первую очередь, выраженной несформированностью пространственных и пространственно-временных представлений. Причем у детей наблюдается несформированность даже наиболее простых уровней овладения пространством. В некоторых случаях можно говорить даже о несформированности схемы тела и лица «по вертикали» даже на уровне представлений «над-под» по отношению к собственному телу. Понятно, что все последующие уровни пространственных представлений также оказываются в ситуации выраженной несформированности. Как мы уже говорили, это вероятнее всего может иметь тесную связь с нарушенной последовательностью раннего моторного развития в онтогенезе, определяемую, в свою очередь, особенностями формирования межфункциональных взаимодействий мозговых систем.

При этом аффективная организация, проявляющая себя в поведенческо-эмоциональных реакциях и регуляторное обеспечение психической деятельности, выражающееся в сформированности произвольной регуляции на всех уровнях, не будут иметь выраженной дефицитарности, хотя и могут не

совпадать с онтогенетической программой развития в целом, иметь ту или иную неярко выраженную индивидуальную специфику.

Основным направлением *развивающей или коррекционной работы* должно стать формирование пространственных и пространственно-временных представлений в соответствии с пониманием не только нормативного развития этой составляющей, но и знания того, с какого именно «места» (уровня, подуровня) необходимо начинать коррекционную работу. В зависимости от характера и особенностей нарушений речи (устной или письменной) возможны разнообразные технологии логопедической работы.

Назначение *ведущего специалиста* зависит не только от возраста ребенка и выраженности речевых нарушений, но и определяется показаниями к специфической психологической коррекции. Соответственно, ведущим специалистом будет, либо логопед, либо (на первом подготовительном этапе коррекционной работы) психолог. В реальной практической деятельности часто оба эти специалиста рассматриваются в качестве ведущих.

Прогноз развития и адаптации детей представляется благоприятным в том случае, когда правильно построен «сценарий» и стратегия работы (адекватная последовательность подключения специалистов – логопеда и психолога, а в некоторых случаях и невролога в работу с ребенком), а сама работа начинается относительно рано, то есть, создается прочная основа для овладения соответствующими образовательными программами.

Очевидно, что у детей, относимых нами к *парциальной недостаточности смешанного типа* предполагается недостаточность, дефицитарность, как регуляторного, так и когнитивного компонентов деятельности. Учитывая, что оба компонента являющихся основными «составляющими» познавательной деятельности понятно, что в данном случае дети демонстрируют *большую* несформированность познавательной деятельности (другими словами, интеллектуальную недостаточность) чем другие варианты парциальной несформированности. Выраженная недостаточность обоих компонентов феноменологически часто выглядит как пограничный с тотальным

недоразвитием вариант дизонтогенеза, что во многих случаях является причиной диагностических ошибок. Это самая сложная в дифференциально-диагностическом плане категория детей. Ведь характер несформированности обоих компонентов может в значительной степени различаться, что может служить основанием для дальнейшей дифференциации данного варианта отклоняющегося развития (Основы специальной психологии, 2002).

Именно в этом случае можно говорить о максимально выраженных признаках, и неврологического неблагополучия, часто сочетающихся с проблемами социальной ситуации развития, и со спецификой пространственно-функциональной организации мозговых систем. У данной категории детей максимально представлены проблемы, связанные как с операциональными характеристиками деятельности – *работоспособностью, темповыми характеристиками*, пресыщаемостью и истощаемостью в целом (низкими нейродинамическими показателями), так и с недостаточностью регуляторного и когнитивного компонентов деятельности в целом. А при наличии неблагоприятных социальных условий развития, социального или семейного неблагополучия (маргинальности семьи, социально-эмоциональной депривации, социального сиротства и т.п.) вся феноменология может быть схожей с вариантами тотального недоразвития легкой степени.

Именно эту категорию детей К.С. Лебединская (1980, 1982) относил к варианту «задержки психического развития церебрально-органического генеза», хотя эту группу тем более неправомерно обозначать как «задержку психического развития». Это тяжелое для обучения и воспитания ребенка состояние не может быть временным и не «закончится», ни в 9-10 лет, ни позднее, как это определяли в свое время классики отечественной дефектологии.

Приведем диагнозы других специалистов, которые могут регистрироваться у детей этой категории: «задержка психоречевого развития», «ЗПР церебрально-органического генеза»; медицинские диагнозы: «неврозоподобный (астенический) синдром», «специфические расстройства учебных навыков» - (F81) (МКБ-10); «дизграфия», «дислексия» (клинико-педагогический

логопедический диагноз) и т.п. Часто таким детям в дошкольном возрасте может быть ошибочно поставлен диагноз «легкая умственная отсталость» - (F70) (МКБ-10), что определяет весь жизненный путь ребенка и его семьи.

Особенности раннего развития детей этой категории, как правило, схожи с обоими описанными выше вариантами парциальной недостаточности и не имеет выраженной специфики по сравнению с ними. В раннем возрасте мы можем наблюдать и те и другие особенности (*см. выше*), часто усугубляющие одни другие.

Такие дети очень быстро истощаются и могут начать демонстрировать феномены, похожие на особенности детей с тотальным недоразвитием. Они двигательнo неуклюжи, неловки, часто неаккуратны во внешнем виде (особенно в маргинальной семье).

Отмечаются резко сниженная работоспособность и темп деятельности. Часто это сочетается с импульсивностью и расторможенностью.

При этом варианте дизонтогенеза наблюдается большое количество детей с преимущественно левосторонними предпочтениями или смешанной (неустоявшейся) латерализацией вне зависимости от возраста.

Иногда даже нормативные в начале работы *адекватность* и *критичность* на фоне истощения снижаются, вплоть до выраженной неадекватности, некритичности. То есть можно говорить о выраженной динамике изменения этих показателей в процессе диагностического обследования и в процессе любой деятельности в целом. Но, в отличие от детей с тотальным недоразвитием, их адекватность и критичность пусть даже явно недостаточные, но принципиально сохранны. Это может быть использовано специалистом при самых различных вариантах развивающей работы.

Обучаемость замедлена, дети лучше используют показ, чем речевое объяснение. В случаях выраженной парциальной недостаточности смешанного типа характер обучаемости оказывается значительно снижен, как и у детей с тотальным недоразвитием. Тогда только показатели адекватности и критичности позволяют разграничить эти две категории.

Таким образом, у детей этой категории страдают все компоненты *познавательной деятельности*, причем часто в зависимости от метеорологических изменений, фаз луны и т.п.

Игра часто упрощена. Дети часто предпочитают «облегченные» игры двигательного характера (догонялки, возню, «вопилки» и т.п.). В играх растормаживаются и становятся плохо управляемы.

Для таких детей характерны как определенная неадекватность и завышенность притязаний и самооценки, черты инфантильной демонстративности, так и неуверенность в себе, боязливость, тревожность, опасения несоответствовать требованиям взрослых.

Произвольность психических процессов и регуляция собственного поведения выражено незрелы, однако может наблюдаться достаточная сформированность произвольной регуляции на двигательном уровне (если нет выраженной неврологической патологии). Пространственные представления сформированы недостаточно (часто, начиная от уровня «схемы тела»). Таким образом, эти два компонента как наиболее важные для познавательной деятельности в целом могут «страдать» в различных сочетаниях степени выраженности.

Очевидно, что при анализе необходимых *коррекционно-развивающих мероприятий* и комплексной помощи эффективным следует считать вначале повышение общего уровня активности и продуктивной работоспособности ребенка, и лишь затем собственно психолого-педагогическая коррекция. Здесь чаще всего необходима помощь, и врача-невропатолога, и педиатра, гомеопата, назначение неспецифических общеукрепляющих и режимных мероприятий, разумная дозировка нагрузок и т.п. Без этих мер, только нагружая ребенка дополнительными коррекционными занятиями, эффективность коррекционной помощи будет низкая, а иногда (при чрезмерно быстром истощении ребенка) и отрицательной.

Из специальных видов психологической помощи показано как формирование произвольной регуляции деятельности, так и формирование

пространственных представлений (как основы для развития когнитивной сферы). Когда речь идет о детях школьного возраста, следует говорить об интегрированном варианте коррекционной работы (специфическая работа психолога, логопедическая коррекция, при необходимости, помощь дефектолога или репетиторство) Следует отметить, что именно дети с этим вариантом парциальной недостаточности часто нуждаются в организации индивидуализированных форм обучения (не путать с индивидуальным обучением на дому!).

Если все замечания об оказании помощи этой группе детей учтены, сама работа начата не позднее 6,5 – 7,5-летнего возраста, то можно предполагать достаточно благоприятный *прогноз дальнейшего развития и адаптации* ребенка. В противном случае (позднее обращение к специалистам, неблагоприятные социальные условия) возможна девиация развития в сторону еще большего (в соответствии с социально-психологическими, в том числе и образовательными нормативами и требованиями) недоразвития, часто осложненного личностной дисгармонией и нарушениями поведения. Велика вероятность формирования на этой почве асоциальных форм поведения, вовлечение такого ребенка в различные виды зависимого поведения (алкоголизм, токсикомания, употребление психоактивных веществ).

3.2.2. Асинхронное развитие

Как уже было сказано выше, группа асинхронного развития рассматривается нами как состоящая из подгруппы *дисгармоничного развития* и *искаженного развития*⁷ (Семаго, Семаго, 1999, 2005).

Из вариантов асинхронного развития в данной работе, посвященной исключительно инклюзивной практике, мы рассматриваем только подгруппу **искаженного развития**, поскольку все варианты дисгармоничного развития нельзя рассматривать как категорию детей, нуждающихся в инклюзивном

⁷ Подгруппа *дисгармоничного развития*, в свою очередь, дифференцируется на: экстрапунитивный вариант дисгармоничного развития; интропунитивный вариант дисгармоничного развития; вариант дисгармонии, связанный с недостаточностью психического тонуса.

образовании. Тем более, что юридически и фактически варианты дисгармоничного развития нельзя отнести к категории «ограниченных возможностей здоровья». Это, как правило, дети с такими поведенческо-эмоциональными особенностями, которые не нуждаются в создании особым образом организованной образовательной среды, фактической индивидуализации образовательных программ и т.п. Это не означает, что дети с вариантами дисгармоничного развития не нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении в целом. Но, по крайней мере, не нуждаются в таком характере сопровождения, который является предметом данного пособия.

При искаженном развитии, в первую очередь, наблюдается повреждение структур аффективной организации как одного из базовых компонентов психического развития в целом (Эмоциональные нарушения ..., 1990, Никольская, 2000), но, в то же время, и диспропорциональность и нарушения (искажения) законов формирования всех остальных базовых структур – и регуляторного обеспечения психической активности, и ментальных структур. Именно искажение наиболее общих законов развития и дало наименование данной подгруппе асинхронного развития.

С известной долей вероятности можно выделить, по крайней мере, три варианта искаженного развития:

- *искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы;*
- *искажение преимущественно когнитивной сферы;*
- *мозаичные (смешанные) варианты искаженного развития.*

Ниже приведены «идеализированные» описания каждого из варианты. В реальности каждый из описываемых вариантов имеет множество различных привнесений, особенностей, которые приводят к значительным трудностям отнесения развития ребенка к тому или иному варианту. Наверно поэтому в настоящее время для этих категорий детей все больше используется обобщенное (и достаточно щадящее) наименование подобного типа психического развития как *расстройства аутистического спектра* (сокращенно – РАС).

В основе *искажения преимущественно аффективно-эмоциональной сферы* лежит «... тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порогов аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояния тревоги, страха перед окружающим... стремление стереотипизировать и упрощать эти контакты» (Эмоциональные нарушения ..., 1990, С.66). Следует сразу сказать, что именно этот вариант расстройств в литературе имеет название *ранний детский аутизм* (РДА).

По классификации О.С.Никольской все разнообразие детей с РДА может быть условно отнесено к 4-м группам (по специфической для каждой группы сформированности всей системы аффективной организации поведения и сознания (Никольская, 2000)). В данном пособии мы рассмотрим обобщенную характеристику детей каждой группы РДА, которые стали все чаще встречаться в деятельности ПМПК⁸.

Специалистами выделяются наиболее общие черты уже сложившегося синдрома этого расстройства. Они определяются следующим образом (здесь и далее в разделе цитаты приводятся по книге Е.Р. Баенской (Баенская, 2001):

- « ...- нарушение способности к установлению эмоционального контакта;
- стереотипность в поведении. Она проявляется как выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и непереносимость малейших его изменений; как наличие в поведении ребенка однообразных действий - моторных (раскачиваний, прыжков, постукиваний и т.д.), речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом; однообразных игр; пристрастий к одним и тем же объектам; стереотипных интересов, которые отражаются в разговорах на одну и ту же тему, в одних и тех же рисунках;
- совершенно особые нарушения речевого развития (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица,

⁸ В данной работе мы лишь констатируем этот очевидный для всех специалистов-практиков факт, поскольку обоснование его и выявление причин такого резкого увеличения детей с РАС на консультативных приемах в ППМС-Центрах выходит за пределы данного пособия.

специфика интонаций), суть которых является нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации»;

- всеми исследователями подчеркивается, что детский аутизм – это, прежде всего, нарушение психического развитие, которое проявляется очень рано.

Признаки необычности проявляются у этих детей достаточно рано. Даже, если врачи оценивают такого ребенка как здорового, с самого рождения специалисты могут увидеть его «особость», признаки искажения норм развития. Это является и одним из основных дифференциально-диагностических критериев, позволяющих разграничить разные типы искаженного развития. Для таких детей характерно изменение порогов чувствительности на внешние стимулы, в том числе на силу внешнего раздражителя (гипо-или гиперостезия). Такие дети могут быть как сверхпассивными, неотзывчивыми, так и гипервозбудимыми со склонностью к паническим реакциям даже на несильные воздействия извне. Часто пассивность ребенка производит впечатление спокойности. Характерным для речевого развития является в той или иной степени выраженность стереотипность речи, склонность к словотворчеству и неологизмам. Почти у всех детей становление речи проходит через период эхоталий, встречаются нарушения звукопроизношения, темпа, плавности и других особенностей просодической стороны речи. Нарушение коммуникативной стороны речи, как одна из основных проблем этих детей, проявляет себя в автономности, недостаточной связи с ситуацией, эгоцентричности, позднем появлении личных местоимений, в особенности местоимений первого лица.

С возрастом проявляется все больше различий в особенностях как поведения в целом, так и способов взаимодействия с миром, так и защит, специфичных для детей, относимых к различным группам.

В МКБ-10 Это расстройство рассматривается в рамках группы «общие расстройства психологического развития» (F84). Детям могут быть поставлены диагнозы: «детский аутизм» - (F84.0, F84.01, F84.02), «Атипичный аутизм»

(F84.1). У детей 4-й группы (см. далее) учитель-логопед часто констатирует «Общее недоразвитие речи». Детям, условно относимым к 3-й группе часто выставляется диагноз «синдром Аспергера» - (F84.5), «шизоидная психопатия».

При этом, наиболее тяжелые и сложные нарушения эмоционального развития, которые возникают, например, при раннем детском аутизме и становятся очевидными часто уже к 2- 2,5-летнему возрасту ребенка, «...могут вырастать из едва уловимых, тонких признаков аффективного неблагополучия на самых ранних этапах онтогенеза. Их часто нельзя зафиксировать по каким-либо формальным критериям - так как развитие такого ребенка может вполне укладываться в границы нормы, а иногда выглядеть по ряду параметров и как опережающее. Даже очень внимательные родители не всегда могут правильно оценить своеобразные черты поведения ребенка, характер его реагирования на близких и окружение в целом. Порой значимые признаки специфического аффективного развития вначале ошибочно воспринимаются как положительные качества малыша - крайне спокойного, «удобного», не просящегося на руки или бесстрашного» (Баенская, 2001).

Особенности развития и поведения детей 1-ой группы (по О.С. Никольской)

Типичные особенности раннего развития. Со слов родителей такой ребенок с раннего возраста поражал окружающих своим «внимательным взглядом, взрослым, осмысленным выражением лица». Он был спокоен, “удобен” «...достаточно пассивно подчинялся всем режимным требованиям, был пластичен и податлив манипуляциям мамы, покорно принимал нужную позу у нее на руках. Он рано начинал реагировать на лицо взрослого, отвечать улыбкой на его улыбку, но активно контакта не требовал, на руки сам не просился».

«...Такой малыш легко заражался от любого улыбающегося взрослого, от общения взрослых между собой, от оживленной беседы вокруг. Близкие, характеризуя такого ребенка, часто рассказывают, что это был «лучезарный» мальчик», «сияющий ребенок»..., «очень общительный малыш». Ребенок мог

спокойно пойти на руки к незнакомому человеку, у него не появлялся страх чужого, и позднее такой малыш мог легко уйти за руку с посторонним человеком. До года такой ребенок обычно не тащит предметы в рот, его можно было оставить на довольно длительный срок, зная, что он не будет протестовать. Он активно ничего не требовал, был очень удобен. Уже в самом раннем возрасте отмечалась специфическая чувствительность к сенсорным стимулам повышенной интенсивности, особенно к звукам. Часто близких удивляет созерцательность ребенка, как бы «за мороженность» отдельными сенсорными впечатлениями. Как отмечает Е.Р. Баенская: «...В дальнейшем, когда ребенок попадал в районе года под влияние окружающего сенсорного поля и полностью погружался в переживание ..., эта изначальная сензитивность к отдельным впечатлениям терялась, и на поверхность выступало отсутствие реакции ребенка на сильный раздражитель, даже отклика на боль или холод».

« ...Такие дети, как правило, не пользовались активно игрушками, вообще не стремились взять что-то в руки, но уже до года проявляли особый интерес к книгам, любили слушать чтение хороших стихов, классическую музыку. Рано отмечалась особая очарованность светом, движением: ребенок изучал блики, играл со своим отражением в стекле дверцы шкафа, с тенью на стене. Пока такой ребенок вел «сидячий» образ жизни, он не доставлял близким никаких хлопот. Но как только он осваивал навыки ходьбы, ситуация резко менялась. Ранее пассивный, спокойный, умиротворенный малыш становится практически неуправляемым. Он начинает отчаянно карабкаться на мебель, убегать, не оглядываясь, и кажется, что у него совершенно отсутствует чувство реальной опасности... Отдельно изредка возникающие слова уходят и не возвращаются, потому что не могут быть привязаны к регулярно воспроизводимому жизненному стереотипу. Поэтому из наиболее характерных признаков данного варианта аутистического развития является так называемый мутизм» (Баенская, 2001).

Внешний вид, специфика поведения. Для детей **1-й группы** характерны проявления полевого поведения, ребенок отрешен, автономен, не ступает в

контакт не только с чужим человеком, но с близкими, не откликается на обращение и зов, но, в тоже время, может реагировать на неречевые звуки, особенно на музыкальные, хотя и отсрочено по времени (латентно). «Случайно» столкнувшись с каким бы то ни было предметом, в том числе и заданием, может как бы не фиксируясь, выполнить его (например сложить доску Сегена, или пазл и т.п.). Предметы и игрушки не провоцируют его на специфические действия, а могут просто все сбрасываться на пол, при этом создается впечатление, что именно акт падения и привлекает ребенка, но он, как правило, не смотрит на сам процесс. При попытке взрослого вмешаться в действие, или пассивно уходит от контакта, «утекает» (как говорят специалисты), или не реагирует вовсе. У детей порой даже старшего дошкольного возраста могут вызываться смех и признаки удовольствия на простейшие тактильные ритмичные воздействия по типу раскачивания, кружения и т.п.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность или критичность ребенка оценить, как правило, не удастся, в силу невозможности установления какого либо продуктивного контакта с ним.

При описываемом варианте РАС (1-я группа) достоверно чаще, чем в среднем по популяции, отмечаются как чисто *левосторонние латеральные предпочтения*, так и смешанные латеральные предпочтения, что свидетельствует и о специфике формирования межполушарных взаимодействий и специфики становления функциональной асимметрии.

Характер деятельности ее целенаправленность также трудно оценить однозначно. Произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль чаще всего вообще невозможно проверить какими-либо диагностическими методами или приемами. Создается впечатление абсолютной произвольности поведения, зависимости от поля внешних предметов и стимулов в целом.

Ребенок явно *неадекватен* в поведении и не может быть вписан в какие-либо «шаблоны» адекватности.

Оценить *обучаемость* ребенка также достаточно трудно вследствие уже фиксированных ранее трудностей оценки продуктивности деятельности, но со слов родителей ребенок «как бы произвольно схватывает на лету» те или иные навыки и иногда может их повторить. Но произвольно «вызвать» повторение – практически не удастся.

Познавательная деятельность. Выявить уровень развития отдельных психических процессов и функций, как правило, чрезвычайно трудно, но часто ребенок демонстрирует блестящую механическую и сенсомоторную память, иногда внезапно (как бы произвольно) может прочесть название или вывеску, начать перечислять предметы и т.п. В целом можно говорить о грубейшей неравномерности в развитии психических процессов, отягощенных искажением не только аффективного развития, но и грубом искажении сферы произвольной регуляции – так ребенок который «не может» повторить простой узор берет каким-то своеобразным, вычурным захватом карандаш и рисует транзисторный приемник в трехмерной проекции.

Игровая деятельность такого ребенка скорее похожа на перебирание предметов: длительное без пресыщения выстраивание гармоничных узоров из мозаики, аналогичные действия с неигровыми предметами, пересыпание, игры с бликами света.

Особенности эмоционального развития. Совершенно очевидно, что именно искажение и «поломка» в развитии уровневой структуры аффективной организации на самых глубоких уровнях (Никольская, 2000) и является специфичным для данной категории детей. Эмоциональное реагирование такого ребенка отчасти может быть описано как схожее со способами реагирования, характерными для существенно более раннего возраста. Так ребенок 4-5-ти лет может «вестись» на приемы специфичные для выстраивания контакта с детьми совсем раннего возраста (игры в «ку-ку», тормошение, раскачивание и т.п.).

Прогноз дальнейшего развития и адаптации таких детей представляется нам чрезвычайно сложным. Он будет зависеть от своевременности начатой психолого-педагогической и медицинской помощи. Большую роль играет

возможность подключения эффективных медикаментозных и дополнительных средств (например, гомеопатия или пищевые добавки) и своевременность начатых мероприятий. При этих условиях ребенок начинает проявлять большую дифференцированность и избирательность в отношениях, приобретать стереотипные способы деятельности.

При анализе условий необходимых для адаптации ребенка 1-ой группы в образовательном учреждении необходимо учитывать, что такой ребенок как бы адаптируется в любой новой ситуации, но все же лучше себя чувствует в привычной, предсказуемой обстановке. Среди условий (см. Приложение 1) можно особо выделить необходимость присутствия специалиста сопровождения (тьютора) при посещении группы детей, дозирование времени пребывания в группе, индивидуальные занятия со специалистами, «простраивание» алгоритма простой продуктивной деятельности, формирование стереотипных игровых, а впоследствии и простых учебных навыков, адекватное медикаментозное сопровождение.

Особенности развития и поведения детей 2-й группы (по О.С. Никольской)

Особенности раннего развития детей так называемой 2-ой группы протекает куда более драматично и проблем, связанных с уходом за такими детьми, значительно больше. Они активнее, требовательнее в выражении своих желаний и неудовольствия, избирательнее в первых контактах с окружающим миром, в том числе, и с близкими. «... Такой ребенок выражено беспокоен в раннем возрасте, часто чрезвычайно мало спит, много и беспричинно плачет, очень чувствителен к внешним стимулам, в особенности звуковым. С трудом такой ребенок переживает и изменения в режиме, в том числе в режиме кормления – очень часто не принимают никакого прикорма, отказываясь есть что-либо, кроме материнского молока, иногда вовсе не принимает прикорма. Такой младенец рано начинает выделять маму, но привязанность, которая формируется по отношению к ней, носит характер примитивной симбиотической связи. Постоянное присутствие матери необходимо для него

как основное условие существования. С возрастом эта тенденция не только не сглаживается, но может даже усиливаться. К двум-трем годам требования сохранения постоянства деталей окружения (в том числе, и постоянного присутствия матери) нарастает и уже выглядит как патологический симптом нарушения развития. Обычно это дети характеризуются большой (не сказать огромной) избирательностью в еде (вплоть до того, что единственной едой ребенка может стать определенной сорт печенья, причем только одной формы и размера), использованием одних и тех же слов, одежды и т.п. Могут формироваться и достаточно сложные ритуалы, которые ребенок воспроизводит в определенных ситуациях и они могут выглядеть и достаточно приемлемо и совершенно нелепо, неадекватно» (Баенская, 2001).

Уже в раннем возрасте у детей с данным вариантом развития проявляются достаточно сложные и разнообразные стереотипные формы аутостимуляции. Наиболее ранние и частые из них – раскачивания, прыжки, потряхивания ручками перед глазами. Затем постепенно нарастает особое сосредоточение на ощущениях от напряжения отдельных мышц, суставов, застывание в характерной позе вниз головой. Одновременно ребенка начинает привлекать скрипение зубами, онанирование, игра с языком, он как бы занимается поиском особых тактильных ощущений, возникающих от раздражения поверхности ладони, от фактуры бумаги, ткани, сжимания целлофановых пакетов, верчения колесиков и т.п.

«...Чрезмерная чувствительность таких детей к сенсорной стимуляции является причиной того, что страхи легко провоцируются раздражителями повышенной интенсивности: громким звуком, насыщенным цветом...». Нередко выраженный дискомфорт и страх может вызывать даже умеренный раздражитель (прикосновение к голове, капля сока или воды на коже). В большинстве случаев отмечаются упорные страхи горшка, мытья головы, стрижки ногтей, волос и т.п.

Внешний вид, специфика поведения. Внешне такие дети выглядят как наиболее страдающие – они напряжены, скованы в движениях, но при этом

демонстрируют стереотипные аутостимулирующие движения, может проявляться двигательное беспокойство, в том числе стереотипные прыжки, бег по кругу, кружение, пронзительный крик и страх войти в кабинет. Речь – эхολаличная и стереотипная, со специфичной скандированностью или монотонностью, нередко «телеграфная», часто не связанная по смыслу с происходящим. Речевые стереотипии могут выглядеть, и как повторение одного и того же фрагмента, или выступать как аутостимуляция звуками («тики-тики», «диги-диги» и т.п.).

Темповые характеристики деятельности, работоспособность или критичность оценить у детей достаточно трудно, так как малейшее напряжение вызывает усиление стереотипий, эхολалий и других способов аутистической защиты. Контакт с ребенком часто носит абсолютно формальный характер, скорее «по поводу» предмета, а не с человеком.

При описываемом варианте РАС также как и в предыдущей группе достоверно чаще, чем в среднем по популяции, отмечаются как смешанные или *левосторонние латеральные предпочтения*.

Характер деятельности – произвольность регуляции собственных действий и целенаправленность, самоконтроль также чаще всего трудно проверить диагностическими методами и приемами. Но ребенок захвачен уже не впечатлениями идущими от поля внешних стимулов, но собственными стереотипными способами аутистической защиты. При этом вмешаться в деятельность ребенка возможно лишь подключившись к его стереотипиям. В этом случае ребенку обычно удается удержать простые алгоритмы деятельности, заданные взрослым.

Оценить *обучаемость* ребенка также достаточно трудно, вследствие трудностей организации продуктивной деятельности. Часто (со слов родителей) ребенок обучается бытовым и социальным навыкам, но жестко привязывает их к конкретной ситуации и они не переносятся в какие-либо другие ситуации.

Познавательная деятельность. У такого ребенка отмечается значительная неравномерность и специфика в развитии психических процессов. Восприятие

как правило фрагментарно, избирательно, речь эхололична, часто не привязана к контексту и стереотипно-скандированна или монотонна, нередко «отраженная», часто не связанная по смыслу с происходящим. Задания конструктивного плана выполняет механистично, часто, даже после пяти лет, действуя методом проб и ошибок. Механистичность и буквальность проявляются и в мышлении. При этом ребенок может и предпочитает самостоятельно классифицировать предметы по различным признакам.

Игровая деятельность чаще всего представляет долгое «зависание» на отдельных манипуляциях. Для такого ребенка типично выстраивание предметов рядами, стереотипные действия с предметами, возможно и достаточно сложные. Фактически невозможно игровая символизация.

Особенности эмоционального развития. Искажение в развитии всей уровневой структуры аффективной организации является специфичным и для данной категории детей. Но здесь контакт с миром уже есть, как и оценка «знака» этих контактов. Отмечается большая чувствительность и ранимость в контактах, непереносимость глазного контакта, хотя ребенок «по-раннему» выражает свои переживания, часто переходит на крик, реже на аутоагрессию. Недоступно считывание контекста ситуации, но ребенок как бы чувствует «эмоциональный знак» ситуации.

Прогноз дальнейшего развития и адаптации будет зависеть как от своевременности начатой психолого-педагогической, так и медицинской, в том числе, медикаментозной помощи и включенности семьи в коррекционную работу. При этих условиях ребенок начинает не только расширять зоны своих стереотипов, но возможно и формирование различных новых бытовых и учебных стереотипов, что позволяет подготовить ребенка к включению в минигрупповую деятельность. При анализе условий необходимых для адаптации ребенка 2-ой группы в образовательном учреждении необходимо учитывать, что такой ребенок трудно адаптируется в любой новой ситуации и при любых изменениях старой ситуации, легче себя чувствует в привычной, предсказуемой обстановке. Среди условий можно особо выделить необходимость постоянного

присутствия с ребенком специалиста сопровождения (тьютора) при посещении группы детей, дозирование времени пребывания в группе. Показаны индивидуальные занятия со специалистами, «простраивание» алгоритма продуктивной деятельности, формирование стереотипных игровых, а впоследствии и учебных навыков. Возможны и необходимы занятия ребенка с логопедом (по развитию привязанной к ситуации, осмысленной речи).

Особенности развития и поведения детей 3-й группы (по О.С. Никольской)

Специфичным для *раннего развития* детей **3-й группы** является снижение порогов восприятия – возникает так называемая «сенсорная ранимость». В первые месяцы жизни наблюдается беспокойство, напряженность. Отмечается повышенный тонус. Двигательное беспокойство ребенка может сочетаться с «нечувствованием» опасности края. При этом онтогенетически типичный страх чужого лица в определенном возрасте, порой, не возникает вообще. Ребенок рано выделяет близких, но именно для родителей этих детей характерны тревоги относительно эмоциональной адекватности и эмоциональной «отдачи» ребенка. Он как бы дозирует свое общение. Когда ребенок начинает ходить, он порывист, экзальтирован и не видит препятствий на пути к желаемому впечатлению. Иногда возникает впечатление бесстрашия ребенка.

Такой ребенок и в речевом отношении может опережать сверстников. Так первые слова нередко появляются до года, быстро растет словарь, фраза быстро становится правильной и сложной. Речь малыша удивляет своей взрослостью. Однако уже в этот период родители отмечают, что, несмотря на «развитую» речь, поговорить с ним невозможно. При этом речь активно используется для аутостимуляции: они дразнят близких, произнося «плохие» слова. Речь остается эхоталичной и стереотипной. Уже в возрасте до трех лет для ребенка характерны длинные монологи на аффективно значимые для него темы, использование штампов и цитат. Характерно и повышенное внимание к собственно звуковой стороне слова.

Внешний вид и особенности поведения. Дети **3-й группы** демонстрируют псевдообращенность к собеседнику, выражение «энтузиазма» с высокой «... одухотворенностью на лице, утрированное оживление, которое носит несколько механистичный характер, но может оцениваться как высокое интеллектуальное развитие в силу того, что речь подчеркнута взрослая, с большим запасом слов, «высоко интеллектуальными» интересами, которые демонстрирует ребенок» (Баенская, 2001). Но, в то же время, именно речевая деятельность привлекает внимание своей спецификой: оторванностью от конкретной ситуацией, маломодулированностью, иногда своей скандированностью, как правило, на высоких тонах. Внешне обращает на себя внимание «горящий взор», блестящие глаза и выражение постоянного энтузиазма. При этом, по сути дела, для ребенка взрослый выступает не как субъект общения, а лишь как «реципиент» его интеллектуальной продукции. У детей **3-й группы** феноменологическая картина, порой, ошибочно производит более благоприятное впечатление с точки зрения коммуникации ребенка и уровня его развития. Именно у детей этой группы часто выявляют варианты парциальной одаренности. Такие дети часто выглядят как захваченные своими собственными стойкими интересами, и их родители обращаются уже не за помощью вследствие отставания в общем развитии ребенка, а в связи с трудностями во взаимодействии с таким ребенком, его конфликтностью, невозможностью уступить, не понимания правил социума в целом, резкой дизадаптацией в среде сверстников.

Моторное развитие также специфично: дети моторно неловки, отмечается нарушения мышечного тонуса, недостаточность координации движений, трудности «вписывания» в пространство. В частности, всегда поражает несоответствующая интеллектуальному уровню бытовая неприспособленность, невозможность выработать простые навыки самообслуживания (как показатель именно искажения этой сферы). При этом у них меньше моторных стереотипий, скорее им свойственны стереотипии речевые.

Особенности внешнего вида и поведения детей. Дети **3-й группы** часто оживлены, многословны, громки. Создается ощущение их активности и

деятельности, хотя, и продуктивность деятельности, и ее темп, и работоспособность чаще всего не соответствуют возрасту. Активны и неустойчивы эти дети исключительно в сфере своих стереотипных интересов. Их речь на «излюбленные» темы становится быстрой, движения энергичными. Ребенок много жестикулирует. То есть в рамках своего стереотипа ребенок может быть достаточно работоспособен.

Все компоненты *произвольной регуляции* у детей **3-й группы** оказываются явно недостаточно развиты. Они не в состоянии соотносить свое поведение и регулировать его в соответствии с требованиями окружающей обстановки (ситуации). Например, они совершенно не в состоянии произвольно остановить свой речевой поток даже после того, как активный слушатель уйдет, но продолжают воспроизводить его снова и снова. В рамках своих стереотипных переживаний и нечасто возникающих поведенческих ритуалов программа такой деятельности удерживается, но очень негибко (как и в любом ритуале). Регуляция своего движения также сформирована недостаточно как в крупной, так и в мелкой моторике. Их трудно обучить моторным навыкам, в том числе, простым графическим навыкам письма.

Латеральные предпочтения (специфика функциональной организации мозговых взаимодействий). В обеих представляемых группах достоверно чаще, чем в среднем по популяции, отмечаются как чисто левосторонние предпочтения, так и смешанные латеральные предпочтения, что свидетельствует о значительной специфике формирования межполушарных взаимодействий и специфики становления функциональной асимметрии.

Оценка *адекватности* детей условно относимых к **3-й группе** представляется как в целом недостаточная. Они демонстрируют неадекватность (различной степени выраженности) даже в процессе доброжелательного взаимодействия. Их развернутая речь и соответствующая ей деятельность не ориентированы на реакцию собеседника, оторваны от ситуации взаимодействия, от ее темы и контекста.

Критичность детей **3-й группы** также снижена. Их вообще мало интересует собственно результативность какой-либо деятельности, в особенности в тех случаях, когда они оказываются «заряженными» самим процессом выполнения задания. Ошибок своих они не замечают (хотя следует отметить, что в целом эти дети оказываются достаточно успешны в выполнении большого ряда собственно интеллектуальных заданий) и могут «убежденно» отстаивать (но без критики) свое решение. Наименее критичны дети к своим стереотипным агрессивным переживаниям, изощренным рассуждениям о своей мести кому-либо и т.п.

Обучаемость. Дети **3-й группы** могут легко обучаться сложным вещам (например, сложным видам вычислений или чтению сложных по своей структуре текстов), но, в то же время, с трудом обучаться элементарным навыкам (как-то: графическим навыкам, навыкам самообслуживания, включая даже завязывание шнурков и т.п.). И у этих детей наблюдаются выраженные трудности обучения, связанные с пониманием условностей, скрытого смысла рассказов, подтекстов и метафоризации в подаче материала.

У детей **3-й группы** также отмечается своеобразие *познавательной сферы*. Это очень «вербальные» дети, их речь изобилует книжными цитатами, сложными малочастотными словами. Развитие мыслительной деятельности наиболее искажено. Ребенок может понять закономерности и причины того или иного и, в то же время, не соотносить все это с действительностью. «...Эти умные дети часто проявляют большую ограниченность, выхолощенность в понимании происходящего. Часто они не чувствуют подтекста ситуации, проявляют большую социальную наивность ... при попытке воспринять одновременно несколько смысловых линий в происходящем» (Никольская, Баенская, Либлинг, 1997, С. 60). Сфера пространственных, пространственно-временных представлений сформирована неравномерно, чаще недостаточен уровень телесных интеграций. В то же время, результативность выполнения невербальных (перцептивно-логических) заданий может быть достаточно

высокой. Могут наблюдаться и легкие проявления искажения мыслительной деятельности. Чаще всего отмечается хорошая слухоречевая память.

Игра у детей 3-й группы вообще представлена недостаточно. Нередко встречается одержимость «игровым занятием», которую очень трудно прервать. При этом (особенно, в раннем возрасте) отдается предпочтение неигровым предметам. Крайне затруднено игровое замещение предметов. Иногда возможны длительные игровые перевоплощения (в основном, в животных). Часто подобные перевоплощения носят навязчивый и некритичный характер.

Особенности эмоционального развития. Именно эта сфера оказывается максимально «затронутой» при данном варианте искаженного развития. На первый план у детей, относимых как к *3-ей группе*, так и к *4-ой группе* выступает невозможность организовать полноценную и адекватную коммуникацию с окружающими (порой, одинаково трудно организовать общение, и с детьми, и со взрослыми). Причем каждая из описываемых групп характеризуется собственной спецификой проявлений проблем в межличностных отношениях с окружающими. Эмоциональная сфера отличается выраженной спецификой: буквальное понимание образных выражений, принятие всего на веру, определенная наивность, доходящая до гротескной, непонимание юмора и шуток, метафоричности высказываний и выражений. Значительные трудности ребенок испытывает при необходимости «считывания», понимания эмоций и чувств окружающих его людей. При этом ребенок часто ориентируется на оценку фрагментарных характеристик общения или настроения – так, громкий голос может для него означать, что человек сердится, вне зависимости от эмоциональной окрашенности сообщения, сказанного этим громким голосом и т.п.

При этом детей, относимых к *3-ей группе* можно чисто внешне охарактеризовать, как эмоционально «стеничных», упорных, активных и энергичных детей, хотя их преимущественно речевая активность носит своеобразный аутостимуляционный характер. На самом деле и эти дети уязвимы к неожиданным изменениям ситуации, подвержены страхам, только их тревога

проявляется в подобных «активных» формах. Ребенок, по образному выражению специалистов, своей многоречивостью, «зацикленностью» на определенных темах «...не заглушает неприятные и пугающие его впечатления, а наоборот, как бы взбадривает себя ими» (Никольская, Баенская, Либлинг, 1997, С. 61). Такой ребенок по-своему сильно привязан к близким, хотя в быту именно с близкими складываются у него не простые, зачастую «провокационные» отношения.

Особенности развития и поведения детей 4-ой группы (по О.С. Никольской)

Для детей **4-й группы** характерна чрезвычайная тормозимость, пугливость (особенно в контактах), ощущение несостоятельности, необходимость постоянной поддержки со стороны взрослых. Родители, приходящие с этими детьми, чаще жалуются не на трудности эмоционального контакта, а на задержку психического развития в целом. Все это в значительной степени усугубляет дизадаптацию ребенка в целом. При этом существенным является то, что дети этой группы, несмотря на аутистическую «болезненность» контактов с окружающими, пытаются все же строить правильные формы поведения в обществе. Но поскольку это происходит на фоне трудностей адекватного «эмоционального гнозиса» (восприятия и эмоциональной оценки выражения лица) – это значительно усложняет их адаптацию.

Внешний вид, специфика поведения. Для детей **4-й группы** чаще характерна физическая хрупкость, болезненность внешнего вида. Они выглядят скованными, их движения неловки и угловаты. Для них характерна вялость, замедленность речи, проблемы плавности речи, в частности, ее просодической стороны. Взгляд на лицо взрослого прерывистый, они могут отвечать полуотвернуто от взрослого («удерживая» его в периферических полях зрения), но, в то же время, в целом производят впечатление патологически робких и застенчивых. В поведении бросается в глаза отрешенность ребенка, отсутствие (или чрезвычайная кратковременность) контакта «глаза в глаза», невозможность установить эмоциональный контакт с окружающими, чрезмерная зависимость,

привязанность к матери. В тревожащих ребенка ситуациях наблюдаются двигательные стереотипии (преимущественно руками) или речевые стереотипии, всегда усиливающиеся в сложных, незнакомых ситуациях.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность. Эти дети замедлены в своей деятельности, застревающие в ней, быстро утомляемые, отвечают с большой отсроченностью (латенцией), нередко невпопад. Часто их замедленность обусловлена неуверенностью, ожиданием поддержки со стороны близких. Для них характерна общая вялость, которая, порой, сменяется перевозбуждением. Работают, как правило, тщательно, как бы боясь что-либо сделать неправильно. Поощрение зачастую вызывает убыстрение деятельности. Темп деятельности пропорционален зависимости от взрослого, боязни ошибиться. Работоспособность может быть снижена. Даже речь таких детей замедленна и тиха.

Характер деятельности (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль). Характер деятельности детей **4-й группы** нельзя оценить однозначно. Если говорить о возможности следования инструкции или выполнения последовательности определенных мыслительных операций, то имеет смысл говорить о более или менее достаточной сформированности регуляции собственной деятельности. В то же время, отмечается фактическая невозможность регуляции себя на двигательном уровне, тем более невозможность собственно аффективной регуляции. Это и свидетельствует именно об искажении в самой системе формирования произвольной регуляции деятельности как базового компонента деятельности вообще.

Адекватность. В целом эти дети демонстрируют относительную адекватность по отношению к предлагаемым заданиям, хотя часто излишне тревожны, легко тормозимы, требуют поддержки (часто очень объемной) со стороны близких. На фоне волнения и неуверенности часто возникают двигательные (реже речевые) стереотипии. В то же время, собственно в общении, оценке ситуаций, в особенности юмористического или переносного ее подтекста, оценке эмоционального состояния окружающих и т.п. они

оказываются *выражено неадекватными*. В силу этого они проявляют свою неадекватность практически в любой ситуации взаимодействия, и с детьми, и со взрослыми.

Им свойственна чрезмерная *критичность*, особенно по отношению к результатам собственной деятельности, хотя, порой, как и дети с тотальным недоразвитием, они скорее будут ориентироваться на оценку взрослого, чем на собственно результат своей деятельности. Отчасти можно сказать, что эти дети критичны и по отношению к оценке своих взаимодействий с окружающими, но понять причины своей несостоятельности, в частности в игре или в общении со сверстниками, они не могут. То есть они не могут критично отнестись к себе как к субъекту общения, в том числе и за счет невозможности считывания эмоционального контекста ситуации.

Обучаемость детей **4-й группы** может быть достаточной в том случае, когда педагог понимает особенности ребенка и знает о трудностях восприятия им фронтальной инструкции (то есть подходит индивидуально в рамках обучения в классе, в небольшой группе). Часто обучаемость бывает несколько замедлена не только в силу стереотипности, инертности деятельности, но и за счет специфики речевого развития и понимания условностей, невозможности понять метафоризации в подаче материала, свойственной нашей культуре.

Основным в квалификации *познавательной деятельности* детей **4-й группы** является то, что часто возникает ощущение, непонимания этими детьми инструкции и потребности (иногда неоднократным) ее повторения. При этом невербальные (перцептивно-действенные и перцептивно-логические) задания могут выполняться достаточно хорошо. Это часто и является причиной диагностической ошибки и квалификации состояния ребенка как традиционной ЗПР (или ОНР). Специфично и восприятие такого ребенка: часто отмечаются трудности целостного восприятия, фрагментарность зрительного восприятия. Налицо проблемы речевого развития: речь бедна, аграмматична, часто имеются нарушения звукопроизносительной стороны речи. Наблюдаются и трудности работы с вербально организованным материалом, а также трудности

интерполяции и предвосхищения, дословное понимание метафор, образных выражений, недоступность понимания скрытого смысла и подтекстов тех или иных рассказов, пословиц, поговорок. За счет сниженных операциональных характеристик деятельности и общей вялости ребенка возможны и иные негативные проявления при исследовании познавательной деятельности такого ребенка. Представления о потенциальных возможностях детей обычно связаны с невербальной сферой (музыкой, изодетельностью, конструированием).

Игра детей часто носит стереотипный, монотонный характер. Для ребенка дошкольного возраста фактически невозможна игра со сверстниками, но есть «игра рядом», а не вместе. В то же время, нельзя говорить и об отсутствии потребности в совместной игре. Дети в игре робки, часто очень формально следуют правилам, чем и раздражают сверстников, а это, в свою очередь, усиливает неуверенность в коммуникациях и увеличивает уязвимость ребенка. В игре с трудом учитывается обратная связь (как эмоциональная, так и сюжетная).

Естественно, что отмечаются специфичные *особенности эмоционального развития* детей **4-ой группы** – повышенная ранимость, тревожность, неуверенность в себе, тормозимость, которая как бы «прикрывается» внешней отрешенностью. Специфично и наличие страхов, в том числе конкретных. Часто присутствует страх громкого голоса, внезапного, пусть даже и негромкого звука. Почти всегда наблюдается сверхзависимость от матери, реже от какого-либо другого близкосвязанного с ним человека. Дети очень привязываются к специалистам, которые с ними занимаются, глубоко переживают прекращение занятий, страдают от этой разлуки, реже – проявляют свою обиду – обходят стороной или делают вид, что не заметили, но делают это неловко и (с эмоциональной точки зрения) наивно. Их можно охарактеризовать, как эмоционально «астеничных», утомляемых даже желанным взаимодействием. Основным радикалом этого варианта отклоняющегося развития следует считать огромные трудности организации продуктивного взаимодействия при одновременном наличии выраженной потребности в общении.

Прогноз дальнейшего развития и адаптации детей **3-й и 4-й групп** будет зависеть от огромного числа не столько объективных факторов, сколько собственных ресурсных возможностей ребенка. Большую роль играет подбор эффективной медикаментозной терапии и своевременность начатого лечения. При благоприятных обстоятельствах и оптимально созданных условиях дети могут достаточно успешно закончить среднюю общеобразовательную школу.

При анализе *условий* необходимых для *адаптации* детей этих групп в образовательном учреждении необходимо учитывать, что такой ребенок трудно адаптируется в любой новой ситуации, и при ее изменении, легче себя чувствует в привычной, предсказуемой обстановке, поэтому лучше ведет себя на уроке, чем на перемене. Такие дети имеют трудности восприятия фронтальных инструкций и заданий, но даже в случае индивидуализации задания часто не демонстрирует то, что мы понимаем, как внимание. При ответах наблюдается латентность, иногда, наоборот, – мгновенность, по сравнению с другими детьми. Ребенок имеет очень неровный темп и продуктивность деятельности в целом. В то числе и поэтому нуждается в индивидуализации учебного плана.

Наиболее адекватной *развивающей и коррекционной работой* психолога при данном варианте отклоняющегося развития следует считать уровневый подход к коррекции эмоциональных нарушений, детально разработанный школой К.С. Лебединской – О.С. Никольской, тем более что именно модель раннего детского аутизма лежит в основе этой работы. Также возможна работа, основанная на бихевиоральном подходе, поведенческая терапия. Кроме того не исключены такие «экзотические» формы терапевтического вмешательства как иппотерапия, общение с дельфинами и т.п. Необходимо только помнить, что любые дополнительные виды поддержки такого ребенка не являются самодостаточными и могут лишь разумно дополнять основное направление коррекционной работы.

Часто необходимо подключение медикаментозной терапии, которую может назначить и проводить исключительно врач-психиатр. Важно, чтобы все

специалисты одинаково понимали сущность проблем такого ребенка, что позволит им эффективно взаимодействовать между собой.

Психическое развитие детей с *искажением преимущественно когнитивной сферы*, несомненно, по многим проявлениям схоже с вышеописанным вариантом искаженного развития. Следует понимать, что под этим вариантом отклоняющегося развития в первую очередь понимается наличие процессуального, «текущего» заболевания, определяемого медиками как «детская шизофрения» (Башина, 1989). В данной ситуации мы вынуждены апеллировать к психиатрической терминологии и понятиям, поскольку в языке клинической психологии не существует на настоящий момент специальных терминов, обозначающих данное или близкие к ним состояния. Мы глубоко убеждены, что психолог, не только клинический, но и психолог образования должен знать основы детской психиатрии, но ни в коем случае не должен в своей повседневной деятельности, ни с самими детьми, ни с их родителями, ни с коллегами-педагогами употреблять психиатрической терминологии.

Именно поэтому мы попытались ввести адекватную с нашей точки зрения этим феноменам собственно психологическую терминологию.

В связи со значительным разнообразием форм, степеней выраженности и динамики течения данного варианта дизонтогенеза в настоящей работе приводится описание наиболее типичных особенностей развития детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста, с которыми с наибольшей вероятностью работают специалисты ПМПК (когда необходимо решение непосредственно образовательных, но не лечебных задач). Описание специфики тех или иных проявлений, начиная со специфики внешнего вида и заканчивая особенностями эмоционально-личностной сферы и прогноза развития, приводятся с учетом вышеизложенных ограничений (исходя из предположения, что данный вариант искаженного развития обладает минимальной динамикой (проградиентностью) нарастания дефекта). Мы отдаем себе отчет, что при таком подходе к описанию недостаточно учитывается динамика состояния, возраст ребенка и стаж его заболевания, что создает

некоторую «статичность» картины состояния. Безусловно, при углубленном психологическом обследовании учет всех этих факторов и особенностей анамнеза является обязательным для эффективного анализа результатов и постановки окончательного психологического диагноза.

Трудности оценки состояния данной категории детей, порой, не только психологической, но и психиатрической квалификации заключаются в том, что в большинстве случаев для окончательной верификации состояния ребенка как *искажения преимущественно когнитивной сферы* часто бывает недостаточно однократной (пусть даже и достаточно длительной) встречи с ребенком. Чаще всего, требуется наблюдение за его поведением в различных, как учебных, так и внеучебных ситуациях на протяжении определенного времени - «диагностического срока».

Основным специфичным показателем, отличающим данный вариант искаженного развития от *искажения развития преимущественно аффективно-эмоциональной сферы* является период нормативного (во многих случаях даже опережающего) психоречевого и собственно когнитивного (познавательного) развития. Достаточно часто именно при этом варианте отклоняющегося развития существует как бы «спусковой механизм» или момент начала, от которого родители и «отсчитывают» начало изменений в ребенке. Таким провокатором чаще всего являются какие-то внешние события (испуг ребенка, укус собаки или тяжелое инфекционное заболевание, прививка, любое другое сомато- или психотравмирующее воздействие, в том числе, помещение в детский сад или разлука с близким человеком). Именно после этого, как бы провоцирующего момента, и возникают более или менее отчетливые изменения в поведении ребенка, а в дальнейшем, и в познавательной, и в аффективно-эмоциональной сферах. В то же время, подобные изменения в ряде случаев могут начаться и постепенно, без действия каких-либо внешних факторов. С точки зрения динамики непосредственно познавательного развития, как правило, более развитый именно в интеллектуальном или речевом плане ребенок, начинает не только замедляться в своем когнитивном развитии, но

постепенно начать терять, как познавательные интересы, так и имеющийся к этому моменту интеллектуальный «багаж». С возрастом постепенно или достаточно резко может начать снижаться и продуктивность интеллектуальной деятельности в целом – ребенок начинает, как говорят психиатры «регрессировать». Именно такое специфичное «искажение» нормативной динамики и характера интеллектуального развития и легло в основу выделения и «номинации» данного варианта искажения в группе асинхронного развития.

Начало болезненных проявлений отмечается чаще в 2-4 года и фиксируется чаще всего в расстройствах сна – ребенок начинает плохо засыпать, часто, беспричинно просыпается, сон становится тревожным, возникают и трудности засыпания. Может проявиться потеря аппетита, изменение вкусовых пристрастий, появление значительной избирательности в еде. Часто отмечается резкая слабость, потеря эмоциональной живости и интереса к окружающему. Изменяется и характер речевой активности – до того разговорчивый, ребенок становится молчаливым, (в крайних случаях может быть констатирован даже мутизм), меняется интонационная окраска речи, ее неравномерность и неадекватность по высоте или темпу высказываний.

У части детей, наоборот, возникает двигательное и психоречевое возбуждение, не имеющее под собой никаких явных причин. Такое психомоторное или речевое возбуждение может совпадать с неадекватно повышенным фоном настроения, сниженной критичностью. Часто возникают необъяснимые страхи, порой генерализованные, с бурной эмоциональной реакцией на, казалось бы, самые обыкновенные события или явления – шум дождя за окном, звуки урчащей водопроводной трубы и т.п. Поведение ребенка может становиться странным до нелепости.

Начало проявлений может возникнуть и в таких кризисных возрастах как 6-7 лет и 10-13 лет. Следует иметь в виду, что, к сожалению, на начальных стадиях проявлений подобного рода состояний, редко кто из родителей обращается не только к психиатру, но даже и к психологу. Хотя обращение именно к врачу-психиатру является наиболее адекватным. Описаны случаи

(Сухарева, 1974), когда начало заболевания скорее проявляется по типу выраженного дисгармоничного развития с патологическим фантазированием и психомоторной расторможенностью, как правило, сопровождаясь при этом, как патологией влечений, так и грубой эйфорией (или же, наоборот, дисфорией). При этом ребенок нарушает все социальные нормы и абсолютно «невыносим» в своем поведении.

Как было сказано, для этого варианта искаженного развития характерно наличие периода условно-нормативного развития (обычно до возраста 1,5– 3-х лет). Хотя, строго говоря, уже в раннем развитии можно обнаружить диссоциацию между ускоренным интеллектуальным развитием и более поздним созреванием моторики. Такие дети часто демонстрируют раннее речевое развитие – первые слова появляются до года, и как правило они не типичны. Это могут быть сложные для произнесения или малочастотные слова. Фразовая речь с «не по-детски» богатым запасом слов может быть сформирована уже к 1,5 – 2-м годам. Такие дети рано и, как правило, очень легко (фактически, самостоятельно) научаются читать, реже – считать. Они любознательны, их интересы намного «опережают» возрастные, они часто бывают поглощены чтением книг, предпочитая чтение энциклопедий и «околонаучной» литературы игре. В тоже время, их двигательное развитие достаточно специфично: в движениях часто нет детской пластики, движения порой чрезмерно «остры», порывисты, в них нет плавности. Эти дети плохо координированы, неуклюжи, угловаты и позже, чем другие дети, овладевают даже элементарными навыками самообслуживания. Можно отметить и свойственную таким детям избирательность в общении, в частности, предпочтение общения со взрослыми.

Внешний вид, специфика поведения. Уже на уровне внешнего вида обращает на себя внимание дискретность, дисгармоничность движений, в грубых случаях возможно застывание в отдельных позах и их вычурность. Часто наблюдаются стереотипные движения разной степени выраженности, вплоть до сложных стереотипных поведенческих актов. Речь, как уже отмечалось, может быть в разной степени развернутой, в том числе и обильной, с использованием

вычурных, штампованных оборотов, с резонерством, пустым философствованием. Голос часто недостаточно или специфично модулирован, а лицо при этом может быть как амимичным, так и выражать испуг. Ребенок может быть «зациклен» на своих интересах даже в ситуации общения со специалистом. В отдельных случаях совершенно серьезно может считать себя чем-то или кем-то иным (как правило, животным), а не самим собой. Нередко наблюдается «отчужденность» взгляда, иногда, наоборот, «горящий» взгляд, а лицо при этом может оставаться неадекватно амимичным. Некоторые дети старшего дошкольного возраста или даже младшего школьного возраста демонстрируют на приеме выраженные, неадекватные ситуации страхи, боязнь чужих, незнакомых людей. Они прячутся, стараются убежать, иногда даже могут истошно кричать и долго не могут успокоиться.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность. Операциональные характеристики деятельности значительно чаще бывают замедленными, но темп деятельности при этом может быть очень неравномерен – ребенок, например, может молниеносно выполнять задание, которое по какой-то непонятной причине стало ему интересно, причем при этом работать не пресыщаясь. В то же время, чаще для детей характерно медленное выполнение заданий, практически полное отсутствие интереса к ним, или даже отказ от выполнения. В случае же заинтересованности их крайне трудно оторвать от одного задания и переключить на что-либо другое. Помимо темпа часто снижается и продуктивность психической деятельности, при этом формально нарушений работоспособности может и не наблюдаться. В первую очередь этот параметр деятельности зависит от того, насколько ребенок «заразился» данной деятельностью. При отсутствии же интереса, как правило, работоспособность невысокая.

Латеральные предпочтения (специфика функциональной организации мозговых взаимодействий). При анализе детей с данным вариантом искаженного развития многими авторами отмечается, что достоверно чаще, чем в среднем по популяции, у детей отмечаются как чисто левосторонние

предпочтения (истинное левшество), так и смешанные латеральные предпочтения, что свидетельствует об определенной специфике становления функциональной асимметрии.

Характер деятельности (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль). Характер деятельности нельзя оценить однозначно. Имеет смысл говорить о более или менее достаточной сформированности произвольной регуляции собственной деятельности. В то же время, часто отмечается фактическая невозможность регуляции себя на двигательном уровне. Необходимо отметить, что на всех уровнях регуляции собственной деятельности можно говорить о диссоциации между возможностью выполнения целенаправленной деятельности (которая в большинстве случаев оказывается сниженной) и деятельностью «внутри» присущего ребенку поведенческого (в том числе и речевого) стереотипа, который может представлять чрезвычайно сложно организованный ритуал, произвольный в истинном смысле этого слова. Более того, некоторые дети школьного возраста уже сами могут отмечать насильственность, «несвободность» (навязанность) от подобных стереотипов и ритуалов.

Иногда такие дети могут демонстрировать достаточную *адекватность*, например, неуверенность и опасение в новой, незнакомой ситуации. Но значительно чаще они оказываются неадекватными в своем эмоциональном реагировании, в поведении, в общении со сверстниками. При тщательном анализе формальная адекватность в поведении со взрослыми также оказывается явно недостаточной для возраста ребенка.

Критичность в целом оказывается чаще сниженной, и к результатам своей деятельности, и к поведению в целом. Почти всегда критичность снижена к своим аффективно заряженным переживаниям, «зонам» сверхценных интересов.

Обучаемость, как правило, достаточно высокая даже вне сферы особых интересов ребенка. В отдельных случаях (после стрессогенных событий, семейных неурядицах, после тяжелого заболевания) обучаемость, как и

продуктивность мыслительной деятельности в целом может более или менее резко снижаться.

Познавательная деятельность. Из собственно специфики когнитивного развития (при достаточном «стаже» заболевания) выделяется, в первую очередь, нарушение динамики мыслительной деятельности, опора на латентные признаки объектов и ситуаций при их анализе. Последнее, может быть отчасти объяснено фрагментарностью восприятия в целом (не только зрительного, но и слухового), искажениями формирования, в том числе, и пространственных, пространственно-временных представлений. У детей младшего школьного возраста помимо этого могут наблюдаться уже и элементы разноплановости мышления, паралогизмы. Порой, возможны эхоталии. Тогда же ребенок становится существенно менее активным, резко снижается ранее свойственные ему познавательные интересы. Мышление может стать тугоподвижным. При хорошей результативности выполнения заданий конструктивного (схематизированного) плана дети затрудняются в выполнении заданий требующих выявления конкретных взаимосвязей между предметами или явлениями. Отмечается наличие сверхценных образований, преимущественно интеллектуального плана, философской интоксикации (в подростковом возрасте).

Речь достаточно специфична со склонностью к резонерству или «мудрствованию». Она характеризуется взрослостью, использованием сложных, иногда «вычурных» или, наоборот, штампованных оборотов, наличием собственного словообразования (в основном, до 3-4 лет).

В то же время, при благоприятном течении заболевания у значительной части детей можно констатировать высокий уровень интеллектуального развития, достаточную креативность мышления, что в ряде случаев оценивается как парциальная одаренность в какой-либо сфере.

Отмечается и специфика графической деятельности: дети предпочитают рисовать схемы, карты, топографические планы. Рисунок стереотипен, эмоционально выхолощен. В рисунках минимально присутствуют изображения

человека. Часто рисунок фактически отражает страхи ребенка, хотя и прямо не представленные в изображениях и темах.

Игровая деятельность. В дошкольном возрасте дети преимущественно играют в одиночестве, оказывая выраженное предпочтение неигровым объектам, часто игры приобретают ритуальный характер. Игра в этом возрасте достаточно специфична – с предпочтением неигровых предметов (выключатели, веревочки, пульты дистанционного управления и т.п.).

Трудности в совместной игровой деятельности со сверстниками вплоть до полной невозможности игровой коммуникации могут быть объяснены не только уходом от общения, своеобразной прогрессирующей «аутизацией», но и эмоциональной выхолощенностью и уплощенностью. В самостоятельной, одиночной игре ребенок часто отражает «зоны» собственных страхов и/или сверхценных интересов, порой, в игре отражается свойственная ребенку патология влечений. Если ребенок все же каким-то образом включен в игру (пусть даже с помощью и при поддержке взрослого), то часто наблюдается невозможность выйти из заданной роли, в том случае, если она совпадает со сферой сверхценных интересов. Часто дети предпочитают в играх псевдоинтеллектуальные занятия (рисование схем, планов внутренних строений и т.п.) и эти изображения также отражают зоны интересов или переживаний, в том числе и патологических влечений.

Особенности эмоционально-личностного развития. Специфичным является наличие «зон» сверхценных интересов и увлечений, от которых ребенок не в силах «отлепиться» и «внедрение» в которые часто является средством установления контакта специалиста с ребенком. Такими увлечениями, «зонами» могут стать насекомые или динозавры, микробы или сложные технические схемы. Рисунки, как уже говорилось, в этом случае будут отражать эти «сверхценности» или проецировать страхи ребенка. В аффективно-эмоциональной сфере достаточно рано начинает обращать на себя внимание эмоциональная выхолощенность, снижение яркости аффекта, вплоть до полного отсутствия аффективных реакций, даже в стрессогенной ситуации. Часто

отмечается подавленность настроения, которая по своей структуре может быть близка к дисфорической. При этом ребенок может проявлять злобность и агрессивность, направленную не только на окружающих, но и на самого себя (аутоагрессия).

Наиболее ярко, особенно у детей дошкольного возраста, проявляют себя страхи, возникающие без действия каких-либо внешних факторов и не имеющие какого-либо внешнего повода (так называемые беспредметные страхи). У детей школьного возраста страхи не только достаточно выражены, но и несут определенное содержание. Причиной страхов, как правило, бывает болезнь или смерть близких, после которых возникает страх собственной смерти, страх неблагополучия и нездоровья близких. Часто близкие отмечают эмоциональную холодность по отношению к ним и, в то же время, «привязанность» к малознакомым людям или даже предметам.

Часто отмечается повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к немотивированным аффективно возбудимым вспышкам, патология влечений.

При анализе самооценки могут присутствовать разнообразные ее варианты: от «я ничего не могу» до «я могу все» (то есть некритичности).

Поскольку дети с этим вариантом искаженного развития, в первую очередь, нуждаются в наблюдении и лечении у врача-психиатра (последний, в данном случае, выступает как ведущий специалист), вопросы условий включения такого ребенка в образовательную или социальную среду и особенностей коррекционной работы должны решаться по согласованию с лечащим врачом.

Прогноз развития и социальной адаптации целиком и полностью зависит от возраста начала проявлений заболевания, характера его течения и своевременности начала лечения и определяется, в первую очередь, врачом-психиатром ПМПК или лечащим врачом ребенка. В ряде случаев образовательный маршрут «сводится» к организации адекватных форм обучения. Так индивидуальная форма обучения с постепенным включением в среду сверстников во внеурочной деятельности может стать частью

коррекционной программы для детей с выраженными нарушениями адаптации при этом варианте искаженного развития (более детально образовательный маршрут см. Приложения 1,2).

О мозаичных вариантах искаженного развития можно говорить тогда, когда до определенного момента развития крайне затруднительно оценить - это вариант *преимущественного искажения эмоционально-аффективной сферы* или вариант *преимущественного искажения когнитивной сферы*. Этому варианту искаженного развития свойственны как черты первого, так и второго типа.

В периоды обострения заболевания (как правило, в осеннее-весенние периоды) возможен значительный «откат», и в общей динамике развития, и в способах взаимодействия с миром, в целом в приобретенных социальных навыках.

В этом случае также детский психиатр определяет весь «рисунок» помощи ребенку. С точки зрения психологической помощи характер коррекционной работы, аналогичен вышеописанным.

Прогноз, как и в предыдущем случае, в огромной степени зависит, в первую очередь от возраста начала проявлений заболевания, характера его течения и своевременности начала лечения. Большое значение для прогноза социальной адаптации имеет не только своевременное начало лечения ребенка, но и как можно более раннее подключение адекватных состоянию ребенка коррекционных занятий, в соответствии с пониманием механизмов возникновения проблем.

3.2.3 Поврежденное развитие

Одной из наиболее сложных для типологизации группой отклоняющегося развития является те варианты, в которых в качестве основного классификационного признака выделяется фактор повреждения.

Вслед за классиками отечественной психиатрии и психологии к поврежденному относят варианты отклоняющегося развития, возникшие при

патологическом повреждающем воздействии, когда значительная (**большая**) часть функциональных систем уже была сформирована (до момента повреждения) и, таким образом, развитие имеет период условно нормативного. Точно также в большинстве случаев можно выделить (по крайней мере, в анамнезе) собственно повреждающий фактор. Традиционно считается, что феномены повреждения могут возникать только при воздействии повреждающих факторов после возраста 2-3 лет. При этом понятно, что фактор возраста при котором возникло поражение играет огромную роль, поскольку длительность формирования той или иной функции или системы различна. При этом становится очевидным, что чем длиннее период формирования функции (или системы функций), тем большая вероятность недоразвития по отношению к повреждению и, соответственно, чем короче этот период, тем вероятнее мы будем иметь повреждение данной системы (*Лебединский, 2007*). Таким образом могут быть определены (исключительно на качественном уровне) дифференциально диагностические признаки *повреждения* или *недостаточности развития*. Это имеет огромное значение для проведения дифференциальной диагностики не только психологом, но и другими специалистами.

При этом психические функции и процессы, имеющие достаточно длительный период развития, при более раннем повреждении окажутся в ситуации стойкого недоразвития. Именно это сближает феноменологические проявления детей с ранним повреждением ЦНС с группой тотального недоразвития и иногда, как уже указывалось, может служить причиной диагностической ошибки. А относительно рано формирующиеся функции, имеющие «короткий» период развития (в том числе функции подкорковых структур), чаще подвергаются **повреждению** (порой, даже с элементами распада), что также сближает проявления поврежденного развития с некоторыми вариантами тотального недоразвития или грубыми вариантами парциального недоразвития смешанного типа.

На наш взгляд в качестве определяющего, ведущего признака следует считать признак времени (возраста) и объема (массивности) повреждения.

Кроме того специфика поврежденного развития будет определяться:

- локализацией повреждения, как одного из наиболее значимых факторов;
- периодом, прошедшим после повреждающего воздействия (стажем заболевания);
- наличием или отсутствием, в связи с этим, общемозговых проявлений;
- особенностями психического и физического развития, предшествующими повреждению (преморбидные особенности).

При учете фактора объема повреждения, как наиболее существенного, мы можем разделить группу *поврежденного развития* на две подгруппы:

- ***локально поврежденное развитие;***
- ***диффузно поврежденное развитие.***

Очевидно, что чем больше объем поражения, тем тяжелее общее состояние ребенка и влияние поражения на характеристики продуктивной активности, целенаправленности, темпа и работоспособности в целом (проявления астенизации, инертности и т.п.).

Такое обилие параметров, определяющих характер поврежденного развития, определяет значительную сложность и неоднозначность выделения специфических для данной группы показателей развития.

Следует отметить, что при ***локально поврежденном развитии*** объем так называемых «общемозговых проявлений» как правило, будет меньшим и, вследствие этого, общий прогноз развития ребенка при адекватном лечении будет более благоприятным. Показатели *критичности, адекватности и обучаемости* не являются специфичными для данного типа отклоняющегося развития в том случае, если это не локальное повреждение передних структур мозга (лобных систем). Однако в каждом конкретном случае может выявляться специфика этих характеристик.

Точно также и специфика формирования когнитивной сферы, в первую

очередь, будет определяться локализацией поражения, но и ресурсными, компенсаторными возможностями ребенка в целом. Характерной особенностью для этого типа отклоняющегося развития следует считать «мозаичность» феноменологической картины *познавательной деятельности*.

В эмоционально-личностном плане может наблюдаться самый широкий спектр проявлений от вариантов условно-нормативного развития до brutальных форм личностных изменений.

Говоря о последовательности каких либо психологических *развивающе-коррекционных мероприятий* следует хорошо понимать, что они чаще всего могут быть начаты только в случае снятия остроты состояния и при обязательном согласовании с врачом-неврологом. Показана коррекционная работа, основанная на нейропсихологическом подходе (в первую очередь когнитивная), формирование произвольной регуляции деятельности с опорой на актуальный уровень ее развития, при необходимости работа учителя-дефектолога, логопеда, общеукрепляющие мероприятия, психотерапевтическая работа с родителями и семьей в целом. При инвалидизирующих вариантах поврежденного развития психотерапевтической работе должно быть уделено преимущественное значение.

При неблагоприятных ситуациях развития детей этой категории (неадекватном лечении, несвоевременной развивающей и коррекционной помощи, неадекватном типе образовательного учреждения, социальных условиях развития в целом) вероятен неблагоприятный *прогноз развития*. Так, например, ребенок, имеющий по данным параклинических исследований (в первую очередь, электроэнцефалографического исследования (ЭЭГ) наличие очаговой эпилептической активности, будет по своему состоянию «девиировать» в группу «диффузно поврежденного развития» со всеми вытекающими отсюда последствиями.

В всех случаях поврежденного развития должен выставляться неврологический диагноз, отражающий характер поражения или заболевания нервной системы и/или органов чувств.

Несомненно, что ведущим специалистом при данном типе развития следует считать специалиста медицинского профиля (невролога, психиатра, врача восстановительного лечения). Вторым по значению – является учитель-дефектолог соответствующего профиля.

Наиболее типичными среди феноменологических проявлений, характерными для *диффузно поврежденного развития* являются, в первую очередь, изменения операционально-технических характеристик психической деятельности разной степени выраженности. Выраженность этих проявлений находится в прямой зависимости от ранее перечисленных факторов. Эти особенности проявляются в грубых колебаниях *работоспособности*, общем ее снижении вплоть до невозможности организации продуктивной деятельности, резким снижением *темпа психической деятельности*, его неравномерности, так и в неравномерности (колебаниях) психического тонуса.

Как правило, при этом варианте развития *регуляторные функции* оказываются выражено поврежденными, что проявляется не только в трудностях регуляции собственной психической активности, как на познавательном, так и на аффективном уровне, но и собственно трудностями программирования и контроля деятельности в целом.

Показатели *критичности, адекватности, обучаемости* в случаях выраженных, мало компенсированных повреждений будут значительно снижены.

После перенесенного повреждения или заболевания с точки зрения развития *познавательных процессов* наблюдается не только грубое изменение операциональных характеристик деятельности, но и, в тяжелых случаях, распад отдельных уже сформированных функциональных систем и процессов вплоть до *органической деменции*, в сочетании с грубым недоразвитием еще не сформировавшихся. При более мягких вариантах отмечается снижение темпа формирования высших психических функций наряду с частым сопровождением развития ребенка инертностью психической деятельности в целом.

В этом же ключе отмечаются и *особенности эмоционально-личностного и*

мотивационно-волевого развития: с одной стороны можно говорить о значительной эмоциональной инертности, вязкости, с другой – об эмоциональной лабильности нестойкости аффекта, наличии значительных колебаний настроения и аффективного тонуса в целом. Достаточно часто в подростковом возрасте на фоне подобной эмоциональной лабильности может возникнуть формирование дисгармонических черт личности и, при неблагоприятных условиях девиация развития в сторону стойкой дисгармонии.

Аналогично предыдущему варианту поврежденного развития, в первую очередь, необходимо адекватная система лечебных, режимных и восстановительных мероприятий. В дальнейшем, как только что было показано, приоритет психологической коррекционной работы лежит в сфере формирования произвольной регуляции, формировании программирующих и контрольных функций. Однако в неярко выраженных случаях порой бывает достаточно просто выполнение режимных мероприятий, заключающихся в снижении объемов и учебных и прочих нагрузок, учете особенностей работоспособности и возможного темпа деятельности, адекватного отношения к эмоциональным перепадам. В этом случае роль психолога чрезвычайно возрастает не как специалиста по коррекционной работе, а как координатора и психотерапевта в осуществлении взаимопонимания и взаимодействия родителей и педагогов, пониманию и теми и другими специфики состояния ребенка.

Прогноз дальнейшего развития ребенка, в большинстве случаев в целом менее благоприятен, чем при локально поврежденном развитии, но чрезвычайно разнообразен, и зависит об огромного числа факторов, в том числе и компенсаторных возможностей ребенка. Поэтому возможна как практически полная компенсация повреждения, так и «выход» в органическую (в том числе эпилептическую) деменцию в наиболее тяжелых случаях. Прогноз, в первую очередь, будет определяться интенсивностью повреждающего воздействия, его длительностью, адекватностью (а иногда и просто самой возможностью)

лечебных мероприятий, так и собственными ресурсными и компенсаторными возможностями ребенка.

Огромную роль, естественно, будет играть и социальные условия развития, как один из определяющих факторов компенсации. В качестве примера можно привести отсутствие адекватных лечебных мероприятий как при несоответствии медицинского оборудования или врачебной квалификации состоянию ребенка в нужный момент, так и при попустительстве родителей, недооценки ими возможных последствий.

Как правило, в этих случаях ставится соответствующий неврологический диагноз. В связи с разнообразием тяжести состояния и прогноза развития ребенка как в неврологическом, так и в психолого-педагогическом плане ведущим специалистом остается медицинский работник (профильный специалист) и педагог-дефектолог. Психолог чаще всего является вспомогательным специалистом, способствующим адаптации ребенка и семьи в целом.

3.2.4. Дефицитарное развитие

Под дефицитарным развитием, как уже говорилось, подразумевается различной этиологии и степени недостаточность сенсорных, опорно-двигательных и иных систем.

Очевидно, что при различных вариантах *дефицитарного и поврежденного развития* система не только педагогической, но и специальной коррекционно-развивающей помощи и комплексного сопровождения специалистами и условия включения ребенка в среду обычных сверстников будут обладать своей уникальной спецификой.

В этом случае традиционно выделяемая в отечественной специальной психологии категория детей с *дефицитарным развитием*, (связанное с тяжелыми нарушениями сенсорных и опорно-двигательной систем) должна

быть отнесена, с точки зрения логики предлагаемой классификации к типу *раннего дефицитарного развития* (Рис. 1).

В то же время, случаи позднего *повреждения* различных систем (как анализаторных, так и опорно-двигательных), приводящих к специфически проявляющемуся варианту дефицитарности в той же логике должны быть отнесены к типу *позднего дефицитарного развития*, (в таком случае скорее относящемуся и к категории поврежденного, хотя традиционно рассматриваемого и в рамках дефицитарного развития). В этом случае следует говорить как об отличающейся феноменологической картине проявлений, так и всей системе специальной педагогической и коррекционно-развивающей работы. В свою очередь последнее предъявляет особые требования к психологической оценке развития тех и других категорий детей.

Точно также, вся система условий включения и комплексного психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка в образовательной среде будут в значительной степени различаться.

Поэтому нам кажется принципиально важным тщательное разграничение детей с различными видами дефицитарного и поврежденного развития по соответствующим категориям, что должно быть сделано в процессе дифференциальной диагностики соответствующих категорий детей.

Мы считаем необходимым привести имеющуюся на настоящий момент в специальной психологии и коррекционной (специальной) педагогике психолого-педагогическую классификацию дефицитарного развития и, насколько это возможно, «типологизировать» эту очень неоднородную категорию детской популяции. Как правило, специалисты общего образования не имеют достаточного опыта работы с этими детьми, но часто встречаются с ними не только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, но и в обычных общеобразовательных дошкольных учреждениях и в школах, что требует от специалиста значительного расширения своих знаний и умений в понимании и сопровождении этих категорий детей.

Таким образом, в рамках дефицитарного развития в соответствии с имеющейся в коррекционной (специальной) педагогике и специальной психологии психолого-педагогической классификацией выделяют детей с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата. В категорию дефицитарного развития также включают группу детей со сложной структурой нарушения.

Дети с нарушениями слуха⁹

Дети с нарушениями слуха – группа, разнообразная по степени слухового дефекта и уровню речевого развития. Разнообразие в речи детей обусловлено сочетанием следующих факторов: 1) степенью нарушения слуха; 2) временем возникновения слухового дефекта; 3) педагогическими условиями, в которых находился ребенок после появления слухового нарушения; 4) индивидуальными особенностями ребенка (приводится по психолого-педагогической классификация Р.М. Боскис). В соответствии с этими критериями Р. М. Боскис выделила две основные группы детей с недостатками слуха глухие и слабослышащие (Психология глухих детей, 1971).

Глухие (неслышащие) – дети, нарушение слуха которых не позволяет естественно воспринимать речь и самостоятельно овладевать ею. В зависимости от состояния речи среди глухих выделены дети без речи - ***ранооглохшие***, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития. Вторая категория — дети с речью — ***позднооглохшие***, потерявшие слух в период, когда их речь была сформирована.

Слабослышащие – дети с частичным нарушением слуха, при котором возможно самостоятельное речевое развитие, хотя бы в минимальной степени. Состояние слуха слабослышащих детей характеризуется большим разнообразием: от небольшого нарушения восприятия и понимания шепотной речи до резкого ограничения восприятия и понимания речи разговорной громкости. В зависимости от состояния речи выделяются две категории слабослышащих детей:

⁹ Раздел написан совместно с к.п.н., доцентом Е.В. Кулаковой.

- **слабослышащие дети с тяжелым недоразвитием речи** (отдельные слова, короткие, неправильно построенные фразы, грубые нарушения лексического, грамматического, фонетического строя речи);
- **слабослышащие дети с незначительным недоразвитием речи** (владеют развернутой фразовой речью с небольшими отклонениями в грамматическом строе, фонетическом оформлении).

Существует медицинская классификация нарушений слуха (1991), в которой выделяются I-я, II-я, III-я и IV-я степени снижения слуха (тугоухости) и глухота.

Таблица 1. Слуховое восприятие при различной степени потери слуха (в соответствии с Международной медицинской классификацией 1991г.)

<i>степень потери слуха</i>	<i>средние потери слуха</i>	<i>восприятие разговорной и громкой речи</i>	<i>восприятие шепотной речи</i>
I	26-40 дБ	На расстоянии от 6м до 3м	От 2м до непосредственно у уха
II	41-55 дБ	На расстоянии от 3м до непосредственно у уха	Только непосредственно у уха
III	56-70 дБ	громкая речь у уха	отсутствует
IV	71-90 дБ	крик у уха	отсутствует
глухота	> 91 дБ	отсутствует	отсутствует

Приведем краткую характеристику особенностей слухового восприятия для каждой из степеней снижения слуха.

I-я степень снижения слуха — ребенку доступно восприятие речи разговорной громкости на расстоянии 6м и более, и даже шепот. Однако в шумной обстановке он испытывает серьезные затруднения при восприятии и понимании речи. При этом дети могут общаться при помощи устной речи.

2-я степень снижения слуха — ребенок воспринимает разговорную речь на расстоянии менее 6м, некоторые дети — также шепотную — до 0,5 метра. Могут испытывать затруднения при восприятии и понимании речи в тихой обстановке. Для этих детей уже необходимо **обязательное использование**

слуховых аппаратов на уроке! Эти дети могут общаться при помощи устной речи, но при этом сама речь будет иметь специфические особенности.

3-я степень снижения слуха — дети воспринимают речь разговорной громкости неразборчиво на расстоянии менее 2 м, шепот не слышат. Обычно понимают речь, когда видят лицо говорящего. Необходимо **обязательное постоянное** (выделено авт.) использование слуховых аппаратов для общения с окружающими и успешного обучения. Развитие устной речи у этих детей возможно при условии специальной систематической коррекционной работы с сурдопедагогом и логопедом.

4-я степень снижения слуха – у этих детей восприятие речи разговорной громкости неразборчиво даже у самого уха, шепот не слышат. Понимают речь при наличии слуховых аппаратов, когда видят лицо говорящего и тема общения понятна. Показано обязательное слухопротезирование или кохлеарная имплантация. Устная речь развивается только в условиях систематической коррекционно-реабилитационной работы.

Глухие (неслышащие) дети реагируют на голос повышенной громкости у уха, но не различают, ни слов, ни фраз. Для глухих детей использование слухового аппарата или кохлеарного импланта **обязательно**.

Однако, даже при использовании слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов глухие дети испытывают трудности в восприятии и понимании речи окружающих. Устная речь у этих детей развивается в результате длительной систематической коррекционной работы.

Таким образом, этих детей по нашей типологии можно отнести к категории **локально поврежденного** типа развития (когда повреждающий фактор вне зависимости от его этиологии и выраженности воздействует после того, как системообразующая группа функций – в данном случае речемыслительная деятельность в определенной степени – уже сформировалась). Отечественная сурдопедагогика также выделяет эту категорию детей в отдельную группу в отношении формирования речи, поскольку, несмотря на то, что у них может быть различная степень нарушения (повреждения) слуха и разный уровень

сохранности речи (которая без специальной педагогической поддержки начинает распадаться), все они имеют навыки словесного общения, и, в той или иной степени сформировавшееся словесно-логическое мышление.

Следует понимать, что нарушение слуха – это не просто количественное снижение возможности слухового восприятия, а качественные необратимые стойкие изменения слуховой системы, влияющие на все психическое развитие ребенка. Это объясняется ролью слуха в развитии человека. Слуховое восприятие способствует формированию целостной картины мира: обеспечивает условия адекватного поведения в окружающем мире; дает возможность определить наличие в пространстве звуковых источников, место возникновения звука и расстояние до него, направление перемещения звуковых объектов, изменение громкости и тембра звучания; способствует оценке и измерению характеристик, свойств предмета по его звучанию; способствует формированию пространственно-временных представлений; дает возможность воспринимать и понимать речь и контролировать собственную речь.

Основные особенности развития детей с нарушениями слуха

Внешний вид и поведение ребенка с первого взгляда могут быть обычными, но быстро обращает на себя внимание специфика речи ребенка, особенности просодической ее стороны, звукопроизношения, зрительно-слуховой способ восприятия обращенной речи. Зрительный анализатор у слабослышащего ребенка становится ведущим и в познании окружающего мира и в овладении речью, а само развитие зрительного восприятия у детей с нарушением слуха имеет ряд особенностей: аналитический тип восприятия преобладает над синтетическим - даже рисунки глухих детей содержат больше частных и деталей, чем рисунки слышащих сверстников. На слухо-зрительной основе должен строиться коммуникативный и учебный процесс для детей с нарушениями слуха.

У неслышащих и слабослышащих детей отмечаются отставание и своеобразие в развитии движений: некоторая дискоординация движений,

неуклюжесть и неловкость походки, трудности сохранения равновесия, низкий уровень пространственной ориентировки. У большинства - имеется отставание в развитии мелких движений пальцев рук, артикуляционного аппарата. У детей с нарушениями слуха отмечается замедленная (по сравнению со слышащими) скорость выполнения отдельных движений, что влияет на темп деятельности в целом — он оказывается более медленным. Двигательные ощущения играют важную роль в овладении глухими детьми устной речью, являясь для них средством самоконтроля, базой, на которой формируется устная речь.

Характер деятельности (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль) в целом несколько снижены. Однако при условии ранней диагностики и начала коррекционно-абилитационной работы с ребенком показатели характера деятельности могут приближаться к норме.

Есть трудности распределения внимания – это особенно проявляется при различных видах деятельности, в частности невозможности одновременно слушать и писать. Глухие и слабослышащие переключаются медленнее с одного вида деятельности на другой, чем их слышащие сверстники.

Латеральные предпочтения (специфика функциональной организации мозговых взаимодействий) наличие левосторонних латеральных предпочтений не специфично для детей с нарушениями слуха. А их преобладание осложняет ход развития и усиливает трудности адаптации ребенка.

Критичность редко бывает недостаточной, как и *адекватность* в целом.

Обучаемость ребенок с нарушением слуха нуждается в специальных методах приемах и технологиях обучения с учетом особенностей развития понимания речи и т.п.

Темп деятельности обычно снижен, так как ребенку с нарушением слуха требуется определенное время для окончания одного учебного действия и перехода к другому.

Развитие *познавательной деятельности* в значительной степени определяется особенностями развития речи, уровень развития которой зависит от степени снижения слуха - чем меньше снижен слух у ребенка, тем при

прочих равных, выше уровень его речевого развития; времени повреждения слуха - чем позже возникает нарушение слуха, тем менее пагубно оно влияет на состояние речи ребенка. Условий развития ребенка, в том числе начала коррекционной работы - при своевременном и адекватном начале коррекционной работы и ее систематическом проведении в течение длительного времени уровень речевого развития даже глухого ребенка может быть максимально сближен с нормой. Недостаточен и лексический запас ребенка с нарушением слуха. В словаре неслышащего или слабослышащего ребенка может «не хватать» многих слов. И даже в средней школе учитель будет довольно часто обнаруживать это как в устных и письменных высказываниях детей, так и при чтении ими стихов, рассказов, сказок. Качественное своеобразие словаря проявляется в своеобразии воспроизводимого речевого материала, так как какие-то звуки ребенок не улавливает совсем, другие воспринимает неправильно, слышит только ударные части слова. Иногда слова используются не в том значении, в котором они употребляются в нашей обычной речи.

Очевидно, что вся система пространственных представлений у детей с нарушениями слуха формируется специфично, а понимание сложных пространственно-временных и причинно-следственных конструкций чаще всего бывает значительно ограничено. При этом схема тела (уровень телесности), как базовый уровень формирования пространственных представлений, как правило, достаточно сформирована.

Отмечается и специфика мышления ребенка - наглядное мышление сформировано гораздо лучше, чем словесно-логическое, а уровень развития словесно-логического мышления зависит от развития речи плохослышащего ребенка. Эти дети длительное время мыслят не словами, а образами. А это, в свою очередь обуславливает отставание в речи в словесно-логическом мышлении, а мыслительные операции имеют специфические особенности за счет преобладания образного мышления над понятийным. В учебной ситуации для детей с нарушением слуха огромную компенсирующую роль играет

осознанное усвоение ими того материала, который недоступен непосредственному восприятию; догадки по контексту; соотнесения по ситуации путем сопоставления с тем, что было сказано ранее, соотнесение своих ответов с ответами других детей и т. п. А в устном общении ребенку помогает понять речь окружающих: привычный темп и тембр голоса говорящего; возможность видеть лицо говорящего и его мимику; понимание контекста ситуации, в которой происходит разговор; если говорит один человек, а не несколько человек одновременно; естественные жесты говорящего; эмоциональные проявления на речь собеседника других людей.

Отмечается сниженный объем внимания и меньшая его устойчивость, низкий темп переключения а, следовательно, большая утомляемость, так как получение информации происходит на слухо-зрительной основе. У ребенка с нарушением слуха постоянно задействованы оба анализатора;

Особенности развития *аффективно-эмоциональной сферы* обусловлены трудностями опознания интонационных и эмоциональных характеристик речи других людей, безусловно связаны со спецификой воспитания в семье.

Межличностные отношения характеризуются тем, что часто в первую очередь ребенок выстраивает их со взрослыми, а на их основе уже формируется модель отношений с детьми. Специалисты отмечают, что у неслышащих и слабослышащих детей необоснованно долго сохраняется завышенная самооценка. Это объясняется тем, что с раннего возраста они находятся в зоне положительного оценивания своих достижений со стороны взрослых. Возможны проявления агрессивного поведения, связанное с реальным оцениванием возможностей ребенка с нарушением слуха со стороны учителя и одноклассников. Ребенок с нарушением слуха не может дифференцировать тонкие эмоциональные проявления достаточно долго, а в подростковом возрасте это проявляется особенно ярко. Он не всегда понимает эмоциональные проявления окружающих в конкретных ситуациях и, следовательно, не может сопереживать им. Иногда возникают ситуации так называемой «неагрессивной агрессивности» - когда ребенок с нарушением слуха использует невербальные

средства для привлечения внимания собеседника (может схватить за руку, постучать по плечу, подойти очень близко, заглядывать в рот сверстника и т.д.), что воспринимается слышащими как проявление агрессивности. Очень часто для плохослышащего ученика педагог играет значительную роль в формировании межличностных отношений (в формировании оценки одноклассников и самооценки) на протяжении длительного времени, вплоть до старших классов, а приоритетное общение с учителем в свою очередь, ограничивает взаимодействия с одноклассниками.

Прогноз развития и адаптации в целом достаточно благоприятный, но тем благоприятнее, чем меньше нарушения слуха и раньше начаты реабилитационные мероприятия. Среди дополнительных условий способствующих адаптации ребенка в школе можно отметить необходимость формирования мотивации учебной деятельности и устойчивых познавательных интересов; важность формирования у ребенка навыков самостоятельной деятельности, в частности самоконтроля; важным параметром является организация и структурирование учебного материала, подбор ярких примеров.

Крайне важно, что плохо слышащему ребенку легче воспринимать речь окружающих, если он хорошо видит лицо говорящего, а ошибочные ответы или затруднения в ответах детей нередко вызваны незнанием лексических значений отдельных слов, незнакомой формулировкой высказывания, непривычной артикуляцией собеседника. Ребенку с нарушением слуха трудно воспринимать и понимать продолжительный монолог.

Дети с нарушениями зрения

К категории детей, с нарушениями зрения в тифлопсихологии относят слепых, слабовидящих и детей с амблиопией (оптически некорректируемое, функциональное снижение остроты зрения) и косоглазием (Солнцева, 1998). Помимо этого среди нарушений зрения выделяются:

- Миопия (близорукость);
- Нистагм;

- Частичная атрофия зрительного нерва и др.

В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории детей:

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

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

- **Абсолютно, или тотально, слепые** – дети с полным отсутствием зрительных ощущений;
- **Частично, или парциально, слепые** – дети, имеющие светоощущения, форменное зрение (способность к выделению фигуры из фона) с остротой зрения от 0,005 до 0,04;

Слабовидящие – дети с остротой зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущения, периферического и бинокулярного зрения). Остаточное зрение нельзя рассматривать только как крайнюю степень ослабления нормального зрения. Оно представляет некоторое интегральное свойство глубоко поврежденной зрительной системы, особенностью которого является неравнозначность нарушений различных зрительных функций, лабильность и неустойчивость отдельных компонентов и зрительного процесса в целом, тенденция к наступлению быстрого утомления (*Солнцева, 1998*). Можно выделить несколько форм остаточного зрения при остроте зрения 0,04 и ниже в зависимости от сложности нарушений зрительной функции. Главное отличие данной группы детей от незрячих детей: зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

Другая категория детей в зависимости от времени наступления поражения: *ослепшие* – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже. Это позволяет отнести данную категорию детей к категории *локально поврежденного* типа развития. Этим детям более поздние нарушения зрения позволяют использовать уже ранее сформировавшиеся связи на основе зрения при осуществлении деятельности познания и образуют иные системы связи при компенсации дефекта (Солнцева, 1998).

Также как и в случае позднооглохших детей, *ослепшие* дети обладают определенными особенностями развития психики, которые отличают их, как от детей с врожденными или ранними повреждениями зрения, так и от других категорий детей с дефицитарными типами развития.

Общие особенности развития

Специфичное влияние нарушений зрения проявляется практически во всех психических сферах психического развития ребенка, поскольку глубина и характер поражения зрительного канала восприятия определяют ведущий тип познания окружающего, его модальность и полноту образов внешнего мира. Очевидно, что при нарушениях зрения снижается не только количество, но и в первую очередь качество получаемой ребенком информации о картине мира в целом. Происходят качественные изменения межанализаторных взаимоотношений, возникает специфика развития понятий, речи, формирования образов и предметного восприятия, мышления, памяти и воображения. В своей исследовательской активности ребенок часто становится осторожным, пассивным, снижается интерес к окружающему. В связи с этим вся сфера пространственных представлений оказывается дефицитарна, а оценка пространственных характеристик мира не «подтверждается» зрением. Специфичными оказываются и моторика ребенка, его походка и движения, а его несамостоятельность, зависимость от взрослых в свою очередь ограничивает сферу предметной деятельности.

Далее мы в первую очередь будем говорить о детях с тяжелыми врожденными нарушениями зрения.

Внешний вид и поведение определяются степенью его зрительных дефицитов. Так незрячие дети чрезвычайно осторожны в новой ситуации, походка неуверенная, предпочитают держаться близких, прислушиваются к голосам и интонациям чужих людей, привыкают к ним, прежде, чем вступить в контакт. Нуждаются в достаточном периоде ознакомления с помещением, его пространственными и предметными характеристиками. Ребенок нуждается в подбадривании со стороны близких, часто в их прямом сопровождении. Желательно, чтобы во взаимодействие с ребенком вначале вступал лишь один незнакомый взрослый, при этом ребенок может отказываться от деятельности, капризничать. Ребенок нередко плохо управляет своей мимикой («не держит лицо»), не использует общепринятые жесты. В тяжелых случаях поведение ребенка может носить аутоподобный характер - наблюдаются двигательные, реже речевые стереотипии, ребенок беспокоен, не идет на контакт, демонстрирует множество страхов и.т.п.

Темповые характеристики деятельности, у детей с нарушениями зрения могут значительно различаться, как и в норме, но в целом темп деятельности вообще, и в незнакомой ситуации в частности замедлен, ребенок осторожен.

Работоспособность ребенка с нарушением зрения выявляется не сразу и требуется достаточное время для ее определения. Часто дети быстро устают, в том числе и за счет большой эмоциональной нагрузки, жалуются на усталость, но бывает, что жалобы на усталость являются привычным для ребенка способом «ухода» от трудных заданий и новых контактов.

Латеральные предпочтения (специфика функциональной организации мозговых взаимодействий) наличие левосторонних латеральных предпочтений не специфичны для детей с нарушениями зрения, но их преобладание, как и в случае других типов отклоняющегося развития, осложняет ход развития и усиливает трудности адаптации ребенка.

Характер деятельности (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль). Обычно при раннем начале абилитационных и коррекционно-развивающих мероприятий у детей старшего дошкольного и

младшего школьного возраста произвольный компонент деятельности оказывается сформированным достаточно (в случае отсутствия признаков неврологического неблагополучия и сочетанных нарушений).

Адекватность и критичность ребенка в огромной степени связана и зависит от специфики эмоциональных и аффективных особенностей ребенка. В целом, чем младше ребенок, тем менее адекватно он может себя вести в незнакомой для него ситуации, среди чужих людей и в незнакомом помещении.

Обучаемость ребенка с выраженными нарушениями зрения при отсутствии сочетанных нарушений в целом не нарушена, но значительно специфична, ввиду описываемых ниже особенностей развития психических функций и познавательной деятельности.

Познавательная деятельность. В целом следует отметить, что прямой зависимости между степенью нарушения зрения и уровнем развития познавательной деятельности чаще всего не наблюдается. Часто дети с нарушениями зрения имеют низкий уровень психической активности, что сказывается и на уровне познавательных интересов. Кроме того, имеются определенные особенности восприятия, в значительной степени определяющие специфику развития познавательной сферы – процесс восприятия в целом замедлен, формируются обедненные, часто деформированные и неустойчивые образы объектов, нарушается цельность в их восприятии, часто отсутствуют второстепенные, но неотъемлемые детали предметов. Это сказывается на трудностях выделения существенных качеств и признаков определяет недостаточность обобщенности образов предметного мира для ребенка с нарушенным зрением. При нарушении бинокулярного зрения нарушается восприятие перспективы и глубины пространства. В целом в развитии картины мира большую роль играют осязание, слух и проприоцептивные ощущения, даже обоняние, а это, в свою очередь, сказывается на развитии всех психических функций и процессов ребенка. Отмечая особенности внимания, следует сказать, что произвольное внимание, как правило, не страдает у детей с нарушениями зрения, при отсутствии других органических нарушений. Как правило,

способность долго и сосредоточенно опознавать предмет во всех его свойствах – формируется достаточно рано. Активность, широта и направленность внимания, возможность переключения и сосредоточенность оказываются развиты достаточно. Однако, все же отмечается снижение объема и устойчивости внимания.

У детей с нарушениями зрения затруднено формирование образов, основанных на чувственном опыте и, соответственно, образного мышления. Встречается как расширение, так и сужение объема понятий, недостаточная обоснованность суждений, формальность умозаключений. Анализ решения задач слабовидящими школьниками показывает, что если они уяснили смысловое и конкретное содержание условия, то их рассуждения, и умозаключения не отличаются от рассуждений обычных школьников, а формирование формально-логических речевых операций происходит позже и протекает более длительное время. Недостаточность в сенсорно-перцептивной сферы проявляются в неточности, фрагментарности, малой обобщенности пространственных представлений. Таким образом, сфера пространственных представлений оказывается не только недостаточно сформированной, но и, порой, специфичной.

Специфично развивается и *речь* такого ребенка. Хотя часто не изменен темп развития речи, она своеобразна в своей словарно-семантической составляющей. Непонимание чувственной ткани слова и его смысловой стороны приводит к неправильному использованию слов, появляется «формализм» - накопление большого количества слов, не связанных с конкретным содержанием и смыслами. Очень часто отмечается излишняя компенсаторная многоречивость – своеобразный «вербализм», уровень спонтанной речи, особенно с позиций содержания, отличается фрагментарностью, походящий порой на разноплановость, непоследовательность мышления (наблюдаемую у детей с вариантами искаженного развития).

Помимо этого, в речи имеют место проблемы отражения динамики событий, отмечаются трудности выделения главного и трудности в соблюдении

логически связной речи, недостаточное использование мимики и пантомимики при общении.

Поскольку в жизни и деятельности детей с нарушениями зрения к памяти предъявляются **б**ольшие требования, чем к обычным детям, часто ребенок обладает уникальными мнестическими возможностями (словесной, слуховой, тактильной) памяти. Таким образом, объем памяти часто оказывается избыточным, а представления не «наполнены» чувственным опытом и, соответственно, смыслами, что также способствует формированию вербализма.

Особенности эмоционально-личностного развития. Эмоциональные особенности в значительной степени зависят от уровня психического тонуса и активности ребенка. Среди эмоциональных особенностей детей с нарушениями зрения, особенно в дошкольном возрасте, часто можно отметить наличие аутоподобных черт, что свидетельствует о специфике формирования всей аффективной сферы (недостаточность тонизации всей деятельности ребенка аффективной организацией). Ребенок легко тормозим, тревожен, часто испытывает страхи, зависим от близких взрослых, чрезмерно к ним привязан, стереотипен в своих привычках и интересах. Кроме этого для самого ребенка невозможно или крайне затруднено визуальное считывание эмоциональных выражений лиц собеседников, что, в свою очередь, затрудняет коммуникации ребенка и дополнительно способствует компенсаторному формированию вербализма и/или дисгармонических черт характера – тревожности, неуверенности, пассивности и т.п. Помимо этого эмоциональные переживания самого ребенка недостаточно отражаются в его мимике, что затрудняет считывание их другими людьми, осложняя взаимодействие с ними. В то же время, сами дети часто обнаруживают большую чувствительность к эмоциональным модуляциям речи другого. Уровень притязаний на успех у слабовидящих детей, как правило, невысокий, а самооценка – может быть достаточно высокой. Часто присутствуют «социальные» страхи – особенно у подростков. Разумеется, что все эти особенности непосредственно зависят и от

условий развития ребенка, типа воспитания и отношения к проблемам ребенка в семье.

Прогноз развития и адаптации зависит от степени нарушения зрительного восприятия, времени возникновения этих нарушений и времени начала (и интенсивности) абилитационной и коррекционно-развивающей работы ребенка с профильными специалистами.

Среди условий адаптации ребенка с нарушениями зрения в общеобразовательной среде в первую очередь, необходимо использование специальных техник, методик и приемов обучения, разработанных специально для детей с нарушениями зрения. Кроме этого необходимо учитывать, что их деятельность протекает в более медленном темпе. Необходимо учитывать особенности зрения при «рассадке» детей в пространстве класса и позволить ребенку подбирать позу, удобную для максимального использования зрения при работе. Чрезвычайно важен подбор адекватного дидактического материала (рельефного, контурного, яркого, с использованием предметности в подборе дидактического материала). При работе необходимо сочетание описания предмета с активным его исследованием, сопровождающимся активными действиями ребенка для устойчивости понятия. При этом при работе необходим дозированный режим зрительных нагрузок и специальный режим освещения. Особый вид помощи ребенку заключается в формировании познавательной, коммуникативной и учебной мотивации.

Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

Как и в предыдущих случаях, нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. В зависимости от причины и времени поражения (что, в свою очередь, дифференцирует эту категорию детей на *дефицитарный* и *поврежденный* варианты развития) отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата (Специальная педагогика, 2001, *Левченко, Приходько*, 2001).

- Заболевания нервной системы;
- Детский церебральный паралич;
- Последствия полиомиелита;
- Прогрессирующие нервно-мышечные заболевания (миопатии, мышечные дистрофии, рассеянный склероз и др.);
- Врожденная патология опорно-двигательного аппарата;
- Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата;
- Травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- Заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит;
- Системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит) и др.

При всем разнообразии врожденных или рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата ведущим является собственно двигательный дефект. При заболеваниях, связанных с ранним или врожденным повреждением ЦНС у большинства детей наблюдаются сходные проблемы: двигательные нарушения сочетаются в той или иной степени с особенностями сформированности сенсорных и когнитивных функций, спецификой формирования познавательной деятельности в целом. Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральным параличом (89%) (Левченко, Приходько, 2001). На настоящий момент используется классификацию форм детского церебрального паралича, разработанная К.А. Семеновой (Семенова, 1968), которая удобна в практической работе не только специалистов образования - логопедов, педагогов-дефектологов, психологов, но и врачей.

Согласно этой классификации выделяются следующие варианты ДЦП:

- ***Спастическая диплегия***
- ***Гемиплегия***
- ***Астатически-атоническая форма ДЦП***

- *Гиперкинетическая форма ДЦП.*
- *Тетраплегия (двойная спастическая диплегия)*

Основные особенности детей с ДЦП

Общая логика психического развития нарушена, вследствие специфики повреждений ЦНС. «Ранний органический дефект центральной нервной системы, составляющей основу ДЦП, обуславливает сложное сочетание двигательных и психических недостатков, что и составляет специфическую структуру психического дизонтогенеза при этом заболевании» (Специальная психология, С. 369). При этом у детей с ДЦП имеет место не только замедленный темп психического развития, но и значительную неравномерность в развитии психических функций. Это нарушение развития церебрально-органического генеза «...включает следующие основные варианты: - локальный дизонтогенез отдельных психических функций; нарушения умственной работоспособности; нарушения произвольной регуляции психической деятельности; специфическую задержку психического развития, при которой имеет место сочетание представленных выше нарушений со стойко ограниченным запасом знаний и представлений об окружающем и специфическими особенностями мыслительной деятельности, обуславливающими замедленное усвоение нового материала» (*там же*, С. 370).

В связи с этим у детей отмечаются значительные трудности социальной адаптации. В легких случаях эти трудности минимальны. Помимо этого у большинства детей проявляется эмоциональная незрелость, явные трудности управления своим поведением, трудности его контроля и программирования.

Внешний вид и поведение определяются формой нарушения и его тяжестью. Чаще всего, при негрубых формах спастической диплегии, или гемипарезе когда ребенок, как правило, передвигается сам, может себя обслуживать, поведение достаточно адекватно ситуации, хотя, порой, ребенок недостаточно критичен к ситуации в целом и его поведение может быть схоже с поведением ребенка более младшего возраста. В случае других форм ДЦП

поведение может быть достаточно специфичным, вплоть до значительной неадекватности.

Темповые характеристики деятельности у всех детей с ДЦП значительно снижены. Порой, очень значительно и это не всегда связано с собственно двигательными нарушениями. Выражено замедлен и темп мышления, темп речи, скорость реагирования и т.п.

Работоспособность как физическая, так и умственная в подавляющем большинстве случаев значительно снижена.

Латеральные предпочтения. Наличие большого количества левосторонних латеральных предпочтений не является специфичным для детей с детским церебральным параличом, но при наличии вынужденного левшества (в частности, при правосторонних гемипарезах), осложняет общий ход развития. Это проявляется в еще более серьезных проблемах формирования сферы пространственных представлений и регулятивной сферы, и, как следствие, - возможностей развития познавательной деятельности и социальной адаптации.

Характер деятельности, ее целенаправленность и произвольная регуляция психических функций у детей с ДЦП, как правило, страдает достаточно выражено. Это объясняется системным ранним поражением ЦНС.

Адекватность и критичность ребенка в большой степени зависит от формы и тяжести проявлений, как впрочем, и особенности обучаемости. При тетраплегиях, и выраженных гиперкинетических формах ДЦП специалистам часто в процессе однократного взаимодействия с ребенком невозможно оценить этот параметр.

Обучаемость ребенка, как правило, страдает, в том числе, за счет специфики развития восприятия, памяти, внимания, но может быть вполне удовлетворительной на бытовом уровне.

Познавательная деятельность. Патологическую основу дефицитов познавательной деятельности у детей с ДЦП «...составляет парциальная системная ретардация и патологическая гетерохрония развития мозга в целом в сочетании с различными неврологическими и психопатологическими

синдромами, обусловленными ранним органическим поражением ЦНС» (Специальная психология, 2001). При этом на развитие познавательной деятельности оказывают влияние и особенности восприятия. Так, по мнению большинства специалистов слуховое и зрительное восприятие могут быть нарушены вследствие гиперкинезов и двигательных ограничений и нарушений, а кинестетические ощущения и представление о теле явно недостаточны, фрагментарны или искажены, что обуславливает недостаточность межсенсорной интеграции ощущений, за счет чего страдает деятельность в целом.

Внимание легко привлекается, но оно часто неустойчиво, ребенок для поддержания внимания нуждается в помощи взрослого, выражены трудности распределения внимания и его устойчивости, часто значительно затруднено переключение внимания, ребенок инертен. Таким образом, для поддержания внимания необходимы специальные приемы (в том числе позы и расположение материалов) и дидактика.

Отмечаются и особенности протекания мыслительных операций, в связи с особенностями восприятия не только затруднен, но и значительно замедлен анализ поступающей информации.

Темп проявления того, что мы называем мышлением выражено замедлен, что на бытовом уровне не вполне удовлетворяет задачам адаптации в детской среде. Мыслительная деятельность инертна, значительно замедлена, тугоподвижна и страдает в различных ее звеньях – в аналитическом, синтетическом звене, звене обобщения материала, его логического анализа и т.п. Особые трудности вызывают задания, требующие пространственного анализа и синтеза, в том числе конструктивные задания, относимые к «наглядно-действенным» или перцептивно-логическим – узоры Кооса, доски Сегена, матрицы Равена и т.п. Еще более затруднено выполнение логических заданий и заданий, требующих анализа и синтеза.

Мышление на бытовом уровне тяготеет к простому, конкретно-ситуативному.

Особенности развития речи - чаще всего у ребенка имеют место различной степени выраженности нарушения звукопроизношения, темпа, плавности и интонационно-просодических характеристик речи. Темп речи, как и других видов деятельности, значительно замедлен. Особенности речевого развития заключаются не только в том, что оно задерживается по срокам и темпам, но и его качеству.

Речь достаточно часто поверхностна, ребенок может быть и многоречив, но по существу ответить ему трудно, в речи может быть много привычных, связывающих оборотов, шаблонов и эмболов. При различных формах заболевания речевая деятельность, как и другая произвольная активность, может сопровождаться множественными сопутствующими движениями. Процесс слухоречевого запоминания может быть замедлен, ограничен и объем запоминаемого материала. Есть трудности избирательности мнестических следов, удержания порядка предъявляемого материала. Смысловой контекст часто, но не всегда улучшает качество запоминания, эмоциональный – чаще улучшает его. При этом механическая память может быть достаточной.

Особенности эмоционально-личностного развития. Дети, как правило, имеют самые разнообразные эмоциональные особенности, но проявляют их как дети более младшего возраста. Дистанцию в общении в целом часто не удерживают но, могут быть недостаточно критичны, навязчивы, не удерживают границ общения.

Эмоционально-личностное развитие характеризуется незрелостью, повышенной внушаемостью, трудностями эмоциональной регуляции поведения.

Эмоциональные реакции вследствие двигательных нарушений и гиперкинезов могут выглядеть как неадекватные в той или иной ситуации. Часто отмечается эмоциональная лабильность, «знак» эмоциональных реакций легко меняется, что может, как затруднять контакт с другими людьми, так и в определенных ситуациях облегчать его.

Прогноз развития и адаптации зависит от множества факторов (как медицинского, так и социального характера), в том числе адекватности

выбранного образовательного маршрута и объема нагрузок на ребенка в целом. Чаще всего дети школьного возраста нуждаются в обучении в СКОУ, или школе надомного обучения, нередко собственно в надомной форме обучения. При этом возможна интеграция в детской среде во второй половине дня, или на уроках неосновного цикла, в учреждениях дополнительного образования. При анализе условий, необходимых для инклюзивного обучения детей с ДЦП, необходимо учитывать следующее: низкий темп и недостаточную продуктивность деятельности в целом; недостаточную критичность, адекватность, в том числе в поведении; трудности понимания длинных, быстрых и тем более сложно организованных инструкций, необходимость их повторения; невысокую обучаемость, трудности переноса способов действий; явную неравномерность (часто недостаточность) развития компонентов познавательной деятельности, в том числе произвольности деятельности; потребность в большом объеме помощи взрослого при обучении, особых дидактических и методических приемах, ориентировку на оценку взрослого (или другого), а не на собственный контроль.

Безусловно, что дети с ДЦП нуждаются в индивидуализации учебного плана.

**Варианты образовательных маршрутов и условий адаптации различных
категорий детей с ОВЗ дошкольного возраста**

**Варианты образовательных маршрутов и условий адаптации различных
категорий детей с ОВЗ младшего школьного возраста**

Рекомендуемая литература

Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием младший дошкольный возраст /Альманах института коррекционной педагогики РАО. Книжное приложение №4 - М.: ИКП РАО, 2001.

<http://www.ise.iip.net/almanah/4/index.htm>

Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) — М.: Медицина, 1989.

Закон города Москвы «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в городе Москве» от 28 апреля 2010 года № 16. <http://www.referent.ru>

Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М.: МГУ, 1985, 2-е издание испр. Издательский центр «Академия», 2004.

Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. — М.: Академия, 2001.

Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; Спб.: Речь, 2003.

Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. — М.: Центр лечебной педагогики, 2000.

Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. – М.: Теревинф, 1997.

Письмо Министерства образования РФ «О психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения) от 27.03.2000 № 27/901-6).

<http://www.edu.ru>

Приказ Министерства образования и науки РФ от 24 марта 2009 года № 95 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии»

<http://www.edu.ru>

Психология глухих детей. Сборник. /Под ред. И.М.Соловьева и др. - М.: Педагогика, 1971.

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. — М.: АРКТИ, 2005.

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. — М.: АРКТИ, 1999.

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

Семаго Н.Я., Чиркова О.Ю. Типология отклоняющегося развития: Недостаточное развитие. Книга 2. /под общ. ред. М.М. Семаго — М.: ГЕНЕЗИС, 2010.

Семенова К.А. Детские церебральные параличи. — М.: Медицина, 1968.

Совершенствование деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в Орловской области: итоги пилотного проекта; материалы конференции /под ред. А.Я. Юдилевича, И.А. Ульчонок. — М.-Орел: ТАСИС проект, управление общего и профессионального образования, 2002.

Солнцева Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста. — М.: Полиграф сервис, 1998.

Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений /Л.И.Аксенова, Б.А.Архипов, Л.И.Белякова и др. под ред. Н.М.Назаровой. — М.: Издательский центр «Академия», 2001.

Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений /В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. В.И. Лубовского. — М.: Издательский центр «Академия», 2003.

Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. — М.: Медицина, 1974.

Холодная, М.А. Психология интеллекта. Парадоксы исследования. — СПб.: Питер, 2002.

Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция /Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.-М.: Изд-во МГУ, 1990.