

## **Раздел 6. Специфика деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании примерных пакетов диагностических методик (0-23).**

### *6.1 Междисциплинарное взаимодействие как основа деятельности специалистов ПМПК*

Одним из основных специфических компонентов деятельности специалистов ПМПК является их междисциплинарное взаимодействие. В целом понятие взаимодействия можно определить как «процесс непосредственного или опосредованного воздействия объектов (субъектов) друг на друга, порождающий их взаимную обусловленность и связь. Взаимодействие выступает как интегрирующий фактор, способствующий образованию структур. Если в процессе взаимодействия обнаруживается противоречие, то оно выступает источником самодвижения и саморазвития структур...» (Л.А Карпенко).

В нашем случае (деятельность ПМПК) под образованием структур можно понимать как формирование диагностического полифункционального коллектива ПМПК, так и выработку в ходе продуктивного взаимодействия членов команды адекватного коллегиального структурно-динамического заключения, отражающего особенности развития ребенка в различных аспектах, важных для разработки комплексных рекомендаций по созданию специальных образовательных условий его развития, обучения, социальной адаптации, оздоровления (Юдилевич, 2008).

Как отмечает тот же автор (Совершенствование деятельности..., 2002) в современной командной работе специалистов ПМПК реализуются два основных принципа – *мультидисциплинарный* и *междисциплинарный*.

Л.П. Фальковская (2013) рассматривает и еще один вариант подхода, названный ею «трансдисциплинарным». Он предполагает исследование ситуации обращения в ПМПК сразу на нескольких уровнях, например, физическом и ментальном, глобально и локально. Данный подход напрямую связан с прогнозированием формирования ресурсов развития и обретения жизненно необходимых компетентностей ребенком с ОВЗ и его семьей.

Мультидисциплинарный принцип (от лат. multum много), состоит в реализации комплексного подхода к психике ребенка, предложенного в психологической диагностике ведущими отечественными психологами А.Н.Леонтьевым, А.Р.Лурией, А.А.Смирновым. Он предусматривает необходимость равноправного учета данных всех специалистов (врачей, психологов, педагогов, социальных работников, иных) для оценки психического развития ребенка. В этой ситуации каждый специалист в оценке особенностей ребенка получаемых результатов исходит из собственного профессионального видения ребенка,

анализирует получаемые в процессе собственного обследования в контексте собственной профессиональной сферы.

Естественно, что при этом и терминология, и анализируемые специалистом психические структуры, и конечный результат, воплощенный в категоризацию нарушений (отклонений) – собственный профессиональный диагноз (итоговое заключение) будут аккумулированы исключительно «в пределах» профессиональных возможностей специалиста. В этом случае можно говорить об осевой системе диагностики (оценки) особенностей развития ребенка. В этом случае в качестве итогового заключения, воплощаемого в коллегиальное заключение ПМПК можно рассматривать целостный набор отдельных диагнозов, определяющих категоризацию той или иной стороны психофизического развития ребенка.

Подобная ситуация, фактически, в настоящее время присутствует в протоколе ПМПК, где согласно Положению должны быть приведены краткие описания особенностей развития ребенка и выводы (диагнозы, заключения) каждого специалиста.

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.

В основе подобного консенсуса должны находиться общие для всех подходы к оценке и анализу особенностей психического развития, единая, насколько это возможно, терминология. Главной особенностью последней является то, что терминологический аппарат, понятийная определенность должен отражать профессиональную деятельность большинства специалистов ПМПК и, следовательно, быть понятным всем, в том числе и родителям. Действительно, в рамках профессиональных подходов каждого из специалистов ПМПК (психолога, логопеда, дефектолога и даже специалиста одного из медицинских специализаций) всегда существует возможность (и необходимость) анализа одной из представленных сфер: регуляторно-волевой, когнитивной, аффективно-эмоциональной. Естественно, что каждая из них в деятельности различных специалистов оказывается представленной собственной единицей анализа (для медика – это поведенческие особенности, включающие как регуляторную, так и аффективно-эмоциональную; логопед, исследуя речевую деятельность, фактически анализирует один из компонентов когнитивной сферы, а также регулятивный компонент коммуникации; психолог – оценивает все три сферы). Далее мы увидим, как особенности оценки каждой

из предлагаемой сферы «преломляются» в основные критерии оценки, которые точно также могут быть оценены каждым из специалистов ПМПК.

Заметим, что междисциплинарный подход оказывается наиболее эффективным именно в условиях коллегиального обследования и временного дефицита, а также в условиях высокой истощаемости большей части детей с ОВЗ, детей-инвалидов.

Из вышесказанного следует, что учет обоих принципов командной работы специалистов на первый план выдвигает не только задачи образования (хотя последние и воплощаются в конкретных рекомендациях по созданию специальных условий получения образования), но и непосредственно с ним связанные задачи психолого-педагогического сопровождения ребенка и 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).

В соответствии с общей технологией деятельности ПМПК и характером междисциплинарного взаимодействия можно говорить и об отдельных технологиях деятельности каждого из ее специалистов. Очевидно, что подобные технологии в условиях психолого-медико-педагогического консультирования будут достаточно специфичны по сравнению с деятельностью тех же специалистов в любых других условиях – в ситуации консилиумной деятельности в образовательной организации, в ППМС-Центре и т.п. С другой стороны, в рамках проведения психолого-медико-педагогического консультирования каждый специалист включен в комплексное и одновременно проводимое коллегиальное обследование ребенка. Поэтому все и каждая из применяемых технологий должны быть комплиментарны друг другу и в основных своих «звеньях» сочетаться с деятельностью других специалистов. Только в этом случае консультирование будет эффективным и результативным. Все это требует не только общих подходов и единой методологии анализа особенностей развития ребенка, но и ролевой и содержательной «распределенности» деятельности каждого из специалистов ПМПК, что также определяет специфичность их деятельности.

Другими словами, одни и те же показатели особенностей психического развития ребенка его возможностей, в том числе, ресурсные и компенсаторные возможности должны быть, с одной стороны, оценены каждым из специалистов в соответствии с собственной профессиональной компетентностью, но с другой, - дублирование аналогичных, «однотипных» оценок разных специалистов должно быть по возможности минимальным. Этому будет способствовать и формирование общей диагностической

гипотезы, и получение собственных оценок за счет наблюдения деятельности других специалистов комиссии.

Таким образом, каждый из специалистов сможет сократить собственное обследование, без потери значимой информации. Каждый специалист (в соответствии с Положением о ПМПК) должен внести в протокол собственные выводы и результаты обследования ребенка в кратком обобщенном виде. В свою очередь, результаты обследования каждым специалистом команды ПМПК должны согласовываться с результатами других специалистов. В противном случае можно говорить либо о диагностической ошибке одного из специалистов, либо о принципиальной (особой) позиции специалиста. Подобная ситуация может возникать, например, когда на ПМПК приходит ребенок с нарушениями слуха, зрения, тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата или сложным расстройством аутистического спектра и в составе команды ПМПК он обследуется специалистом соответствующего профиля (сурдо- или тифлопедагогом, специалистом, хорошо знакомым с такой категорией детей, как дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, психологом или психиатром, хорошо знающим психопатологию аутистических расстройств). Поскольку бывает, что не все специалисты ПМПК (психологи, логопеды, дефектологи) владеют достаточным опытом анализа этих нарушений развития, у них может возникать несколько иное «видение» ребенка и, вследствие этого, и возникают разногласия в квалификации состояния ребенка и прогноза его образовательных возможностей.

Иногда могут возникать ситуации, когда состояние ребенка настолько сложное и/или тяжелое, что его невозможно оценить за время одной сессии консультирования и, соответственно, сделать прогноз его образовательных возможностей. Последнее часто вызывает необходимость назначения диагностического периода обучения/воспитания и, возможно, повторного обследования на ПМПК.

Результаты каждого специалиста, отраженные в соответствующем разделе протокола ПМПК, являются основанием для принятия общего коллегиального заключения о состоянии и особенностях психического развития ребенка. Это коллегиальное заключение является, с одной стороны, итоговой частью протокола ПМПК, а с другой стороны – в соответствии с Положением о ПМПК является основанием для определения наличия или отсутствия необходимости в создании для ребенка специальных образовательных условий. То есть определяет статус ребенка как ребенка с ОВЗ, нуждающегося в организации специальных образовательных условий.

Мы считаем, что каждый специалист ПМПК в процессе своего обследования или наблюдения за обследованиями других специалистов должен вести свои собственные

краткие записи по ходу обследования. Собственный «протокол» позволяет не только описать, пусть и в краткой форме, результаты собственного обследования, но и зарегистрировать важные с профессиональной точки зрения данные, получаемые в процессе обследования ребенка и разговора других специалистов с его родителями. Все эти данные (и собственные и результаты других специалистов) позволяют более точно построить диагностическую гипотезу собственного обследования, более емко и максимально информативно заполнить соответствующий раздел общего протокола ПМПК, а при составлении коллегиального заключения обеспечить профессионально подкрепленные доводы собственной позиции в отношении и особенностей ребенка, и создания необходимых для него специальных образовательных условий.

*Специфика деятельности специалистов ПМПК при использовании новых подходов к оценке особенностей психофизического развития ребенка*

Прежде, чем говорить о специфичности критериального подхода к оценке особенностей ребенка в ситуации проведения психолого-медико-педагогической комиссии, необходимо сказать о специфичности самого инструментария подобной оценки.

Логика подбора методических средств предполагает, что специалист ПМПК (логопед, психолог или дефектолог) может выбрать из имеющегося достаточно широкого набора диагностикумов, именно те методики, которые подходят для обследования конкретного ребенка *данного возраста и уровня психического развития*. Для этого на предыдущем этапе проекта деятельности ПМПК были разработаны (отобраны как наиболее эффективные и информативные в деятельности ПМПК) пакеты диагностических средств для всех возрастных диапазонов Детства – от рождения ребенка до его 18-летия.

Особенности построения диагностических методик, входящих в состав пакетов были разработаны с учетом возможности их использования в различных возрастных диапазонах – то есть, были градуированы по степени их усложнения. Поэтому одни и те же методики имели задания различной степени сложности как одном пакете и могли использоваться для детей всего заявляемого возрастного диапазона, так и были представлены в примерных пакетах для разных возрастных диапазонов в случае, когда степень сложности входящих в них однотипных заданий «перекрывает» нормативные возможности выполнения детьми соответствующего возраста. Подобная возможность использования однотипных методических средств в различных возрастах достигается изменениями инструкций специалистов, модифицированных для разных возрастных групп.

Важным и специфичным компонентом использования диагностических средств, является сама стратегия работы специалистов с детьми разного возраста.

Чем младше ребенок, тем нормативно более непосредственным может быть его поведение в ситуации взаимодействия (то есть без рефлексивного анализа того, как его поведение оценивают другие взрослые). Ребенок как бы естественен в своем поведении, оно в наименьшей степени еще опосредовано социальными нормами (как надо и как не надо вести себя в подобной ситуации). Заинтересовавшись каким-либо заданием или игрой, маленький ребенок может, с одной стороны, не захотеть от него оторваться (для работы с другими заданиями), а с другой, — может прервать свое занятие в любой момент, заинтересовавшись чем-то новым.

Использование любых методических средств для обследования детей, начиная от младенческого до младшего дошкольного возраста (от рождения до 4,5 лет), представляет наибольшую трудность для специалистов ПМПК, даже с достаточным опытом работы с детьми.

Следует отметить, что к особенностям поведения и работоспособности, в первую очередь, нужно отнести нормативную в этом возрасте небольшую расторможенность, повышенную ориентировочную реакцию или, наоборот, тормозимость, скованность и робость. Чаще всего эти показатели свидетельствуют не только об особенностях аффективного развития ребенка, но могут являться ситуативными реакциями на те требования, которые предъявляет к нему необходимость взаимодействия с незнакомыми взрослыми.

Безусловно, будет наблюдаться преобладание игровой мотивации и игровой деятельности в целом. Это «играет на руку» специалисту, но этим надо еще уметь воспользоваться. Операциональные характеристики деятельности еще недостаточно устойчивы и невелики в этом возрасте (внимание неустойчиво, произвольная регуляция собственной деятельности находится в начальной стадии формирования). У ребенка достаточно быстро наступает пресыщение (а вслед за ним и утомление) и требуется достаточно гибкое и изощренное взаимодействие специалиста с ребенком, чтобы эти естественные возрастные особенности не «зашумляли» результаты обследования. То есть специалист должен «следовать» за интересами ребенка и одновременно достаточно жестко проводить линию обследования, не забывая, в то же время, о быстро наступающем пресыщении и утомлении ребенка.

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

Далее, в зависимости от уровня психической активности и заинтересованности ребенка исследуется специфика мнестической деятельности (объем слухоречевого

запоминания). Это является ключевым моментом психологического обследования и для этого возраста. Исходя из этого и учитывая уровень речевого развития в целом, который, в свою очередь, может быть оценен заранее в процессе наблюдения за ребенком в группе или в первые моменты обследования, «строятся» все инструкции и стиль речевого взаимодействия с ребенком.

По результатам выполнения перцептивно-действенных или рисуночных заданий оценивается общий уровень развития познавательной сферы: соотнесение величины и формы на конкретных объектах (*Доски Сегена, Разрезные картинки* и т.п.), уровень понятийного развития (*Предметная классификация, методика Выготского–Сахарова, Исключение предметов*), сформированность пространственных представлений (*Разрезные Картинки, методика Кооса, методики исследования пространственно-временных представлений* и др.).

Как уже отмечалось, это не идет единой «обоймой», но энергоемкие задания (*Предметная классификация, Доски Сегена* и т.п.), перемежаются *двигательными пробами*, а малоинтересные или пресыщающие задания (в основном, методики *вербального типа*) — не длительными методиками исследования эмоционально-личностной сферы (различные *рисуночные тесты* по типу методики *Метаморфозы*, игра «*Что происходит?*» — *Контурный С.А.Т.–Н.*, «*Угадай настроение*» — методика «*Эмоциональные лица*» и др.). Необходимо повторить, что подача того или иного задания должна быть жестко «увязана» с уровнем психической активности в каждый конкретный момент, степенью утомления и нарастанием признаков расторможенности. Чаще всего задания на исследование эмоционально-личностной сферы являются релаксирующими, «тушат» расторможенность ребенка. Однако имеет смысл сказать, что при наличии выраженных страхов (пусть даже возрастных) задания по типу заданий методики *Метаморфозы* могут перевозбудить или инертно зафиксировать ребенка на той или иной теме. Поэтому в арсенале любого специалиста ПМПК должны быть и средства, и умения переключить ребенка, и средства разумного рационального объяснения условий задания.

Поскольку функция собственного контроля в возрасте 3–3,5 лет находится в самой начальной стадии своего формирования, следует иметь в виду, что для организации продуктивной деятельности ребенка в процессе диагностического взаимодействия нужен постоянный внешний «отслеживающий» контроль и программирование деятельности со стороны специалиста.

С ребенком в возрасте 3-х – 3,5 лет начать работу в «классическом режиме» скорее всего не удастся. Необходимо исходить из того, что в начале работы придется

использовать те «игрушки-методики», которые заинтересовали ребенка в процессе обследования «новой территории» — помещения, где проходит ПМПК.

В любом случае для начала совместной деятельности необходимо дать ребенку заведомо доступное и интересное для него задание, позволив при этом располагаться в таких местах и позах (например, на коврик на коленках), как это удобно ему. Только через некоторое время, при уже установленном контакте возможно усаживание ребенка за стол или в другую, более удобную для специалиста позицию.

По мере утомления ребенок младшего дошкольного возраста имеет право «съезжать» со стула, стремиться переместиться, например, на колени к матери, прерывать саму процедуру обследования без объяснения причин, только потому, что он устал, и ему это надоело. Все это является показателем недостаточности произвольных механизмов владения собой, свойственных обсуждаемому возрасту в норме. В то же время следует помнить, что такой ребенок может просто испугаться самой ситуации (нового помещения, предметов в нем, необходимости общаться с незнакомым человеком) и не пойти на контакт.

Ближе к *4-м годам* мы наблюдаем как бы «перерастание» непосредственного поведения в опосредованное самим взаимодействием с посторонним взрослым в безопасной для ребенка ситуации, то есть поведение, зависящее от определенных социальных норм, принятыми в конкретной социокультурной среде. Важно отметить, что этот период развития ребенка совпадает и с началом формирования функции произвольной регуляции собственной деятельности (функций программирования и контроля деятельности). В соответствии с этим, оценка уровня развития ребенка, его поведенческих особенностей, познавательного и социо-эмоционального развития в целом будет опираться на понимание значения этих «новообразований» возраста, позволяющих до определенной степени регулировать свое поведение и аффективные реакции.

В аналогичной ситуации взаимодействия (с целью оценки особенностей развития) ребенок *4–5-ти лет* будет вести себя иначе. Несмотря на то, что и в этом возрасте его поведение может оставаться несколько полевым и непосредственным (в основном за счет непосредственности ориентировочной реакции) мы вправе ожидать от него принятия задачи экспертизы, что будет выражаться в выполнении по просьбе взрослого тех или иных заданий, пусть даже без особого желания. Для работы с ребенком этого возраста также удобно применять вначале яркие игровые и доступные для ребенка диагностические методики. Однако наряду с этим ему можно уже предложить не столь интересное задание, объяснив, что эта «игра» ему потом понравится, или что ее делают все большие дети. В этом возрасте мы уже вправе ожидать произвольной регуляции не



только поведения в целом, но и элементов произвольной регуляции эмоционального состояния. Это будет проявляться в сдерживании негативных проявлений по поводу того или иного задания или по отношению к самой процедуре обследования или исследователю. Безусловно, что на фоне утомления возможность произвольного владения «собой» будет снижаться.

В возрасте *5–6-ти лет* (и старше) нормативно ребенок, как правило, принимает ситуацию экспертизы и при правильном поведении взрослых в процессе взаимодействия нуждается в минимальном использовании каких либо дополнительных приемов в организации совместной работы. Поэтому здесь уже возможны стандартные инструкции к методикам.

К *7-летнему возрасту* в норме ребенок действительно не нуждается в специальных «приемах» при проведении диагностики, но часто еще нуждается в стимулирующей помощи, особенно, в ней нуждаются дети, недостаточно уверенные в своих силах. На фоне утомления дети даже этого возраста в определенной степени нуждаются и в небольшом объеме организующей помощи. Совершенно очевидно, что в каждом конкретном случае при оценке особенностей развития ребенка психологом отмечаются и анализируются все специфичные для данного случая виды и способы взаимодействия, объем и тип оказанной ребенку помощи.

Ребенку, начиная с *8–9-летнего возраста*, можно предложить самостоятельно выбрать стиль и меру сложности заданий (с более трудного или, наоборот, легкого задания он хочет начать работу, будет ли он «доделывать» задание до конца или прервется на трудном этапе и т.п.), входящие в каждую методику пакета для данного возраста, в ситуации градуирования сложности заданий.

Такое рода поведение специалиста позволяет быстрее и надежнее сформировать тот необходимый «объем» доверительных отношений, без которого результаты выполнения тех или иных заданий (в особенности при исследовании аффективно-эмоциональной сферы) нельзя считать полностью достоверными и надежными.

Трудности в психическом развитии подростка *старше 11-ти лет* нуждаются в понимании, принятии и правильном психологическом воздействии на личность подростка со стороны специалистов ПМПК. Подросток в ситуации подобной экспертной оценки может проявлять различного рода отклонения в поведении, как в связи со своими личностными особенностями (например, акцентуацией характера, свойствами темперамента, перенесенными психическими заболеваниями, особенностями эмоционально-волевой сферы и др.), так и в связи с негативными процессами в семье (гиперопека, гипопека, непоследовательный тип воспитания ребенка, алкоголизация

семьи, развод родителей и т.д.), школе (необъективное отношение к ученику, конфликты с учителями, проблемы в ученическом коллективе). То есть он будет и на ПМПК демонстрировать то, что называется девиантным поведением – то есть «... систему поступков, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением» (В.Д.Менделевич).

Подросток в силу несформированности поведенческих актов может применять неконструктивные способы взаимодействия с окружающей действительностью, такие как противодействие реальности, болезненное противостояние, уход от реальности, который может быть расценен как проявление слабости подростка и игнорирование окружающей действительности. Наиболее конструктивным видом взаимодействия подростка с реальностью является приспособление, что указывает на развитость адаптивной системы подростка. В этой ситуации специалист ПМПК должен принять стратегию предъявления методических средств таким образом, чтобы преодолеть негативное поведение путем определения оптимальных форм взаимодействия с окружающей действительностью.

Естественно, что использование того или иного набора диагностических средств каждым специалистом ПМПК дает огромную (в зависимости от опыта специалиста) и разнородную информацию о самых различных сторонах и особенностях психофизического развития ребенка. Использование всего «массива» такой феноменологической информации для определения специальных образовательных условий и, в первую очередь, образовательной программы, которая может быть рекомендована этому ребенку, тем более, в условиях дефицита времени обследования не представляется возможным. Поэтому нами были выделены основные специфические для всех категорий детей с ОВЗ критерии и, соответственно, качественные и количественные показатели по каждому из них. Все многообразие полученной в результате обследования ребенка информации может быть без явных потерь сведено к предлагаемым критериям. Приведем эти критерии.

*Перечень предлагаемых критериев*

- Психофизические особенности
- Наиболее часто выставляемый клинический (нозологический) диагноз
- Поведение и регуляция деятельности
- Социально-эмоциональная адекватность / адаптированность
- Коммуникация \ коммуникативная активность
- Речь

- Когнитивные особенности
- Обучаемость
- Помощь со стороны взрослого
- Обученность (в соответствии с ООП)
- Критерий раннего развития

Соответственно, совокупность показателей и их выраженность, полученные для обследуемого ребенка, могут быть соотнесены с вариантом рекомендуемой адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) или же с АООП, разработанной на ее основе в ситуации включения ребенка с ОВЗ в образовательную среду сверстников имеющих отличные от него особенности психофизического развития (инклюзивное образование).

Очевидно, что каждый из этих критериев может быть отнесен к компетенции одного из специалистов ПМПК (дефектолога, логопеда, психолога, социального педагога). При этом оценка специалиста по характерному именно для его специфики деятельности критерию может быть подтверждена мнением другого специалиста, что также определяет междисциплинарность взаимодействия как основной принцип деятельности специалистов ПМПК.

При этом при оценке выполнения заданий и полученных показателях для каждого критерия можно в целом руководствоваться системой ограничений, аналогичных используемых в заключении МСЭ.

При этом степени ограничения отражают конкретную проблематику, ограничения возможности выполнения заданий данной методики в соответствии с направленностью деятельности каждого специалиста ПМПК. В обобщенном виде можно говорить о следующей категоризации ограничений выполнения заданий:

*0-ая степень ограничения* – Задания выполняются в полном объеме в соответствии с примерными возрастными нормативами (определяются в соответствии с качественно детерминированными региональными (местными) социально-психологическими, в том числе, образовательными нормативами), включая темп выполнения заданий. Никакой помощи специалиста ребенку не требуется.

*1-ая степень ограничения* – Проблем выполнения нет или специалист фиксирует легкие проблемы, единичные ошибки при выполнении соответствующих заданий в каждой методике. Качество выполнения в целом соответствует возрасту. Помощь специалиста либо не требуется, либо представляет собой мотивирующую помощь.

*2-ая степень ограничения* – Специалист регистрирует умеренные (средней степени тяжести) проблемы при выполнении соответствующих заданий. Ребенок допускает

умеренное количество ошибок, задания выполняются и исправляются ребенком самостоятельно (без обучающей помощи взрослого). При этом оказывается стимулирующая, организующая (создание внешней программы деятельности) помощь, а также в качестве помощи может вводиться дополнительная мотивация.

*3-я степень ограничения* – Ребенок самостоятельно выполнить задание не может. Стратегия деятельности может быть непоследовательная. Для выполнения соответствующих заданий требуется большой объем обучающей помощи взрослого. Неполное/частичное выполнение задания возможно только при большом объеме обучающей и организующей помощи специалиста. Ошибки ребенок замечает не всегда, критичность к собственной деятельности и ситуации снижена. Может частично перенести способ действия на аналогичный материал.

*4-ая степень ограничения* – Ребенок не в состоянии выполнить соответствующие задания или понять, что от него требуется даже при условии большого объема организующей и обучающей помощи со стороны взрослого. В своей деятельности ребенок не учитывает собственных проб и ошибок. Деятельность может полностью отсутствовать.

При этом предусмотрена следующая градация выполнения заданий, предлагаемых логопедом ПМПК:

*0-ая степень ограничения* – речевое развитие полностью соответствует возрастным нормативам.

*1-ая степень ограничения* – при обследовании наблюдаются недостатки произношения отдельных звуков; относительно более медленный темп освоения процессов чтения и письма; наличие отдельных специфических ошибок при чтении и на письме; легкая степень нарушения тембра голоса; в эмоционально напряженной ситуации наблюдаются отдельные запинки судорожного характера.

*2-ая степень ограничения* – специалист отмечает грубое нарушение звукопроизношения, не затрудняющее процесс коммуникации; негрубое недоразвитие лексико-грамматического строя речи; дисграфию и/или дислексию средней степени выраженности, при понимании текстов в полном объеме; отмечаются нарушения тембра голоса; регулярные запинки судорожного характера; наличие фиксации на речи.

*3-я степень ограничения* – отмечается грубое нарушение звукопроизношения, затрудняющее полноценное бытовое общение; выраженное лексико-грамматическое недоразвитие; несформированность чтения и письма, обусловленные общим недоразвитием речи, имеющим прогрессивный характер; дисграфии и дислексии других видов, выраженные в значительной степени тяжести; грубые нарушения тембра речи;

выраженная степень тяжести заикания, выраженная фиксация на речи (логофобия тяжелой степени выраженности).

*4-ая степень ограничения* – фиксируется грубое недоразвитие всех сторон устной речи, процессы чтения и письма формируются с большими искажениями или вообще не формируются; отмечается отсутствие звучного голоса и/или выраженные коммуникативные трудности различного генеза.

В свою очередь, результаты дефектологического обследования могут быть проранжированы следующим образом:

*0-ая степень ограничения* – задания методики выполняются в полном соответствии с программными требованиями и в соответствующем темпе. Помощь специалиста не требуется.

*1-ая степень ограничения* – Проблем выполнения в целом нет или возможны легкие проблемы при выполнении заданий в каждой методике. Качество выполнения в целом соответствует возрасту. Помощь взрослого либо не требуется, либо представляет собой стимулирующую помощь.

*2-ая степень ограничения* – дефектолог выявляет умеренные (средней степени тяжести) проблемы при выполнении заданий. Ребенок допускает умеренное количество ошибок, при этом задания выполняются методом проб и ошибок в перцептивно-действенном плане при этом с достаточной вербализацией результатов. При этом дефектологом оказывается стимулирующая организующая (создание внешней программы деятельности) помощь, а также в качестве помощи вводятся наглядные средства и объяснения.

*3-я степень ограничения* – Ребенок выполнить задание не может. При этом деятельность хаотична. К объяснению и показу взрослого прислушивается мало, не обращает внимания. Неполное/частичное выполнение задания возможно только при большом объеме обучающей и организующей помощи дефектолога. Может частично перенести способ действия на аналогичный материал.

*4-ая степень ограничения* – Ребенок не в состоянии выполнить задания или понять, что от него требуется даже при условии большого объема организующей и обучающей помощи дефектолога. Деятельность полностью хаотична без учета собственных проб и ошибок. Деятельность может полностью отсутствовать.

Результаты подобной оценки особенностей психофизического развития ребенка должны быть соотнесены как с рекомендуемым вариантом образовательной программы, так и с другими специфическими условиями получения образования.

### Основная литература

1. Левченко И.Ю., Киселева Н.А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / Под научной редакцией И.Ю.Левченко. – М.: Национальный книжный центр, 2013.
2. Организация инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья: Учебное пособие /Отв. Ред. С.В.Алехина, Е.Н.Кутепова. – М.: МГППУ, 2013.
3. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. /под общ. ред. М.М.Семаго, Н.Я.Семаго. – АРКТИ, 2014.
4. Семаго, М.М., Семаго, Н.Я., Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
5. Психолого-педагогические основы инклюзивного образования: коллективная монография /Отв. Ред. С.В.Алехина. – М.: МГППУ, ООО «Буки Веди», 2013.
6. Семаго, Н.Я. Технологии определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Серия: Инклюзивное образование. вып. 2. – М.: «Школьная книга», 2010.

### Дополнительная литература

1. Вильшанская, А.Д., Прилуцкая, М.И., Протченко, Е.М. Психолого-медико-педагогический консилиум в школе: Взаимодействие специалистов в решении проблем ребенка. – М.: Генезис, 2012.
2. Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: Методическое пособие / Под общ. ред. С.В.Алехиной, М.М.Семаго. – М.: МГППУ, 2012.
3. 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.
4. Психолого-медико-педагогический консилиум в общеобразовательном учреждении. Методические рекомендации. /Авторы-составители: Э.Н. Абуталипова, С.И. Галяутдинова, М.М. Семаго. /Башкирский институт развития образования. Уфа, 2002.
5. Образовательная интеграция и социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями. Пособие для учителей, психологов и родителей. Минск, Национальный институт образования, 2005.

6. Психолого-медико-педагогическая консультация. Методические рекомендации.  
Под ред. Л.М. Шипицыной. СПб.: Институт специальной педагогики и психологии им.  
Валленберга, 1999.