

# Спец'яльная адукація

**6 (137)/2020**

**Лістапад — снежань**

Індэксы:

75070 — для індывід. падпісчыкаў

750702 — для арганізацый

700 — [belpressa.by](http://belpressa.by)

# Дыягностика дзяцей з АПФР

## МОДЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

И. В. ФИЛИПОВИЧ,

доцент кафедры логопедии, кандидат педагогических наук, доцент,

Н. Н. БАЛЬ,

заведующая кафедрой логопедии, кандидат педагогических наук, доцент  
(Институт инклюзивного образования БГПУ имени Максима Танка)

**В статье обоснованы предпосылки и условия разработки новой структурно-содержательной модели деятельности психолого-медицинско-педагогической комиссии (ПМПК) в современных условиях. Проанализированы три модели организации деятельности ПМПК с точки зрения основных критериев моделирования: адекватность, информативность, потенциальность и адаптированность. Рассмотрены экспертная (актуальная), экологическая (потенциальная) и структурно-динамическая (теоретическая) модели организации деятельности ПМПК и описаны их преимущества и недостатки в условиях инклюзивной практики.**

Методологической основой для построения модели деятельности психолого-медицинско-педагогической комиссии сегодня является общепринятая методология инклюзии в образовании [1, с. 3]. Основные её принципы, экстраполированные в деятельность ПМПК, так или иначе отразили соответствие структурно-содержательной модели их воплощению:

- равенство прав всех людей при обязательном учёте их индивидуальных особенностей и возможностей;
- недопустимость любого вида дискриминации, т. е. любого ограничения права на образование и участие в социальной жизни;
- признание права на удовлетворение особых образовательных потребностей любого ребёнка путём создания специальных условий обучения;
- ответственность общества за создание условий, обеспечивающих социализацию каждого ребёнка;
- создание условий для получения образования в общеобразовательных учреждениях.

Основной задачей моделирования деятельности ПМПК в условиях разворачивающейся повсеместно практики инклюзивного образования является *создание* необходимой и достаточной среды, комфортной для всех субъектов диагностического процесса; описание условий *поддержания* данной среды на протяжении (этапах) всей процедуры, а также выработка за счёт этого соответствующего ресурса для максимальной *адаптированности* данной среды в деятельности любых ПМПК (центральных и региональных). Для этого необходимо не только чёткое определение компонентов данной среды, но и определение их характеристик.

При разработке модели было учтено, какую информацию в виде характеристик среды предполагается получить, чтобы разрешить стоящую перед ПМПК проблему включения ребёнка с ОПФР и других субъектов его окружения в пространство психолого-педагогической диагностики, которое можно обозначить как «диагностическое пространство» [4]. Нужная информация «на выходе» модели должна представлять достаточно точные показатели, характери-

стики, позволяющие при реализации этой модели на практике получить эффективные и адекватные результаты (как реализация критерия прогнозируемости). Поскольку речь идёт о средовом подходе, то мы располагаем такими характеристиками компонентов среды, как её структура и содержание, различные виды обеспечения: научно-методическое, кадровое, материально-техническое, экологическое (здравье-сберегающее).

Кроме того, следует упомянуть о таких критериях эффективности моделирования, как ресурсозатратность и востребованность данной разработки практиками — реализаторами данной модели [5]. В первом случае разрабатываемая модель должна опираться на существующие ресурсы ЦКРОиР, в том числе и на оснащённость электронными средствами. Во втором — экспертная оценка подтвердит или опровергнет преимущества данной модели перед существующими и установит, все ли существенные компоненты реальной ситуации встроены в модель. Безусловно, чем достовернее модель отражает реальный мир, тем выше её потенциал как средства управления моделируемым процессом.

Существуют следующие проблемы в деятельности ПМПК, которые определили построение новой модели. Их можно выразить через очевидные противоречия:

- полипредметность и полисубъектность со стороны ПМПК и субъектность (моносубъектность и подчинённость) со стороны ребёнка и его родителей;
- дефицит времени (временные рамки и темп обследования) и возможности диагностики ребёнка в соответствии с этими установками;
- искажение информации (несовпадение семантических полей, опыта и личного отношения и пр.) и выстраивание картины актуального развития ребёнка с опорой на полученные данные [6, с. 124].

Как видим, часть этих противоречий обострилась на фоне соблюдения принципов инклюзии.

Таким образом, к анализу моделей деятельности ПМПК были применены критерии на соответствие не только признакам внедряемой модели, но и современным тре-

бованиям инклюзивной практики в образовании.

Для сравнительного анализа нами были выбраны три наиболее соответствующие критериям моделирования и принципам инклюзивного образования модели: 1) *экспертная*, которую можно назвать традиционной; 2) *экологичная*, отвечающая вызовам времени и позволяющая дистанцировать сам диагностический процесс; 3) *структурно-динамическая*, наиболее подходящая под принципы и требования инклюзивного образования, но сложная в реализации из-за противоречий в самой процедуре.

Остановимся на общих чертах или составляющих трёх анализируемых моделей деятельности ПМПК. К ним относится прежде всего реализация базовых принципов, которые гарантируют комплексность и системность, всесторонность и целостность, динамичность и объективность процедуры обследования [3].

В любой из моделей, безусловно, соблюдается этапность — чёткая последовательность в процедуре, регламентированная нормативно-правовой документацией [3; 8]. Кадровое и методическое обеспечение также представлены повсеместно исходя из общепринятых требований и норм, однако есть различия в возможностях и понимании использования данного ресурса. Так, нередко членами комиссии назначаются сотрудники ЦКРОиР, которые не имеют ни пяти лет стажа практической работы, ни высшей категории специалиста, что обусловлено трудностями в кадровом обеспечении регионов. Кроме того, не каждая ПМПК обладает образцовым методическим ресурсом, к которому относится качественный стимульный материал к диагностическим методикам, точное выполнение инструкций в предъявлении заданий, оказании помощи и подведении итогов.

Обратимся к результатам анализа моделей организации структурно-содержательной деятельности ПМПК. Критериями анализа являются следующие составляющие деятельности комиссии: 1) концепция, куда входит основной замысел, методология, приоритетные принципы и условия; 2) процедура работы ПМПК; 3) получаемый про-

дукт — результат в виде рекомендаций по организации условий, наиболее адекватных для развития ребёнка.

Экспертная модель является традиционной и актуальной на сегодняшний день. Её концепция основана на идее приоритета опыта и профессионализма членов комиссии, единства в аргументации заключения, по форме являющегося экспертизой оценкой, обязательности и неоспоримости его исполнения как родителями ребёнка, проходящего процедуру обследования, так и специалистами учреждений образования на местах. Однако для данной концепции характерны и такие явления, как дефект-центризм или «диагностическая настороженность» (сосредоточенность на поиске или узнавании нарушения), когда каждое явление может восприниматься как отклонение от нормы. Соответственно диагностическая гипотеза имеет медицинское начало, и всё остальное обследование направлено на подтверждение или опровержение нозологического диагноза.

Для этой модели характерны более жёсткие условия проведения процедуры обследования: ребёнок и его родители находятся в меньшинстве, что ведёт к защитным реакциям в отношении «экспансии» специалистов, искажению реальной картины адекватности и критичности ребёнка в окружении взрослых. Визуально, в непосредственном взаимодействии с ребёнком участвует только один специалист — диагност. Но само обследование происходит в окружении других взрослых, которые наблюдают ситуативное поведение ребёнка. Зачастую члены комиссии выдают свои реакции на метакоммуникативном уровне: сменой положения тела, шумными вздохами, покашливанием и пр. В визуальном представлении модель взаимодействия выглядит как «соприкосновение воронок» (рис. 1).

У каждой из сторон или участников ПМПК есть своя направленность, представленная в виде условной воронки, в которой сосредоточены чаяния как родителей (семьи) ребёнка, так и педагогов, взаимодействовавших с ним некоторое время и наблюдающих его впервые. Воронка «ПМПК» — это профессиональный опыт,

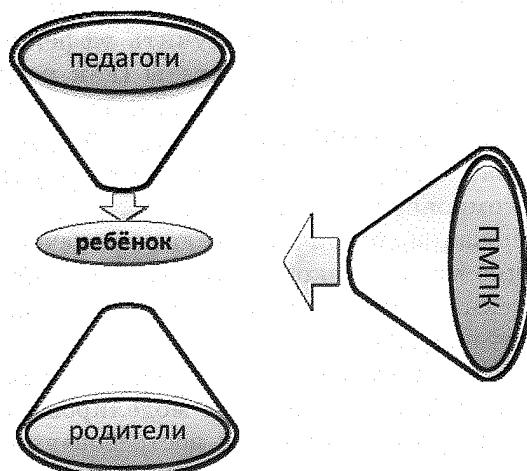


Рисунок 1 — Экспертная модель

интуиция, но и управление процессом обследования ребёнка. Соответственно, воронка «родители» — это защитная либо буферная позиция семьи, а воронка «педагоги» — это позиция предоставления фактического материала, подтверждающего наличие проблем в развитии ребёнка. Эти воронки воздействует на ситуацию разово — «уколами», но каждая со своей стороны, зачастую не взаимодействуя или даже противореча друг другу.

В процедуре нет строгой последовательности. Хотя в протоколе обследования ПМПК она чётко представлена, но в каждом конкретном случае ведущий специалист-диагност использует свою последовательность диагностических методик. Даже в случае, когда речь идёт о «батарее», рассчитанной на определённый возраст, методики могут быть предъявлены в случайном порядке. Иногда педантично соблюданная последовательность методик ставит ребёнка в ситуацию неуспеха или стресса, что также отражается на результатах обследования.

Решение по итогам обследования в данной модели деятельности ПМПК принимается коллегиально и одномоментно по результатам анализа документов (экспертная мультидисциплинарная оценка) и актуального обследования ребёнка (при ведущей оценке диагноста). Однако следует отметить, что при обсуждении результатов обследования специалисты в основном обра-

щаются к уже переработанным собственным впечатлениям, что несколько искажает картину и делает её условно объективной. Опять же, при составлении заключения приоритетной является актуальная картина состояния обследуемого, которая может искажаться за счёт неординарности самой ситуации для ребёнка. Весомым также является мнение педагога, представленного либо в характеристике ребёнка, либо как комментарий к процедуре. Заметим, в данной модели мнение и желания родителей уходят на второй план, поскольку они не отвечают за результаты обучения. В обосновании решения комиссии чётко выполняются требования нормативно-правовых документов и учитываются реальные возможности учреждения образования [2–4].

Продуктом деятельности в этой модели работы ПМПК являются рекомендации педагогам и родителям в форме экспертного заключения: точно указанный образовательный маршрут (учебная программа, форма инклюзивного или интегрированного образования, периодичность контроля усвоения содержания образования, форма психолого-педагогического сопровождения).

Итак, достоинствами данной модели являются строгость исполнения процедуры и чёткие временные рамки. Однако следует признать, что в данной модели речь не идёт о равенстве прав всех участников ПМПК, ведь позиция членов комиссии — это позиция экспертов, что предполагает некоторую авторитарность и отстранённость. Кроме того, мерилом успешности ребёнка в образовании являются стандарты и программы для всех, без учёта средовых и индивидуальных особенностей.

**Экологическая модель** рассматривается как гипотетическая и реально выполнимая при незначительных материальных нововведениях и финансовых затратах. Основой концепции такой модели является идея экологии отношений и сохранения «позитивного» здоровья всех участников деятельности ПМПК, что в общем плане совпадает с основными принципами инклюзивного образования.

В данной модели сделан акцент на эргономике «диагностического пространства», что предполагает его зонирование на несколько пространств: ожидания и консультирования, непосредственного диагностического взаимодействия с ребёнком и наблюдения специалистами; информирования. Предполагается также оптимизация системы внутреннего позиционирования: специалисты находятся вне зоны непосредственного диагностического взаимодействия и никаким образом на него не воздействуют, но имеют возможность обмениваться мнениями в момент диагностики, а не по её следам и вносить свои предложения по ходу процедуры обследования [7]. Непосредственно с ребёнком в специально организованном пространстве (например, диагностической комнате) взаимодействует специалист-диагност, который создаёт благоприятную атмосферу сотрудничества с ребёнком и проводит обследование по индивидуальной схеме, учитывая интересы и приоритеты ребёнка, с одной стороны, и диагностическую гипотезу — с другой. Родители сами выбирают, присутствовать ли в зоне диагностического взаимодействия или наблюдать процедуру обследования через монитор. Визуализация экологичной модели деятельности ПМПК представлена на рисунке 2.

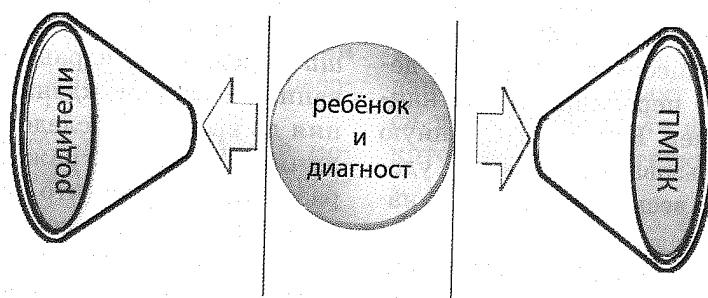


Рисунок 2 — Экологичная модель деятельности ПМПК

Как видим, воронки, отражающие чаяния взрослых, никоем образом не воздействуют на ребёнка — он взаимодействует только с диагнозом, создающим на это время специальную среду, которая способствует проявлению его феномена.

В процедуре обследования диагноз может получать указания со стороны членов ПМПК, изменять на своё усмотрение или в интересах диагностики последовательность и сложность диагностических методик. Родители до процедуры обследования получают возможность изучить необходимую информацию, для этого в зоне ожидания создаются все условия, включая интерактивные методы информирования. Во время обследования ребёнка родители могут занять позицию либо присутствия, либо наблюдения. В любом случае им предоставляется возможность увидеть ребёнка в ситуации взаимодействия с другим взрослым в условной образовательной среде. Реакции ребёнка на эту искусственно созданную, но наиболее благоприятную для него среду и станут аргументами для создания подобных условий в учреждении образования.

Рекомендации родителям и педагогам предоставляются в форме комплексного заключения, которое носит рекомендательный характер, где описываются: формы инклюзии или интеграции, образовательный маршрут, индивидуальное сопровождение ребёнка, адекватное средовое окружение.

Достоинствами модели являются отчуждение диагностической ситуации от влияния (и даже присутствия) других членов ПМПК, что позволяет создать благоприятную диагностическую среду, способствующую проявлению проблем и возможностей развития ребёнка. Видеозапись диагностического процесса можно использовать для получения консультации любого специалиста, что весьма актуально для региональных ЦКРОиР, где существует кадровый дефицит и происходит перенаправление наиболее сложных случаев. Кроме того, данную модель можно использовать в условиях удалённого доступа, что весьма актуально в настоящее время.

Хорошо себя зарекомендовала также система информирования в рамках данной модели: родители могут получить желаемую

информацию в любом виде — на сайте, в бумажном варианте буклетов и листовок, на информационных стендах и мониторах. К недостаткам модели можно отнести отсутствие описания технических требований в оборудовании системы видеонаблюдения диагностической комнаты и отсутствие нормативно-правовых обоснований самого процесса съёмки и дальнейшего хранения и использования готового материала.

Структурно-динамическая модель достаточно нова, поскольку в ней сделан акцент на критерии инклюзии: доступность — образование для всех — каждому по его возможностям; недопущение дискrimинации по признаку инаковости; условия для максимально возможной и эффективной амплификации (обогащения) и раскрытия потенциала ребёнка в адаптивной образовательной среде. Модель разрабатывалась М. М. Семаго как обоснование инклюзивного подхода в деятельности ПМПК и психолого-педагогического сопровождения [8].

Замысел данной модели — соблюдение равновесия между объёмом падающей на ребёнка информации и присваиваемой/присвоенной им. Это предполагает учёт лага (разрыва, разницы) между привычной для ребёнка средой (общий объём развития и образовательных воздействий, присвоенных (интериоризированных, амплифицированных) ребёнком к моменту времени обследования) и требованиями образовательной среды со стороны специалистов (одномоментный поперечный срез).

В концепции данной модели предусматривается не просто комплексное и мультидисциплинарное исследование в течение нормативного времени, а рассмотрение состояния развития ребёнка в динамике. Это предполагает устоявшуюся преемственность между службой ранней комплексной помощи учреждений здравоохранения и образования — сопровождение ребёнка от рождения до времени обследования, а значит, наличие данных, отражающих динамику в развитии ребёнка, что учитывается в картине его актуального состояния.

Ведущий диагноз (субъект) — специалист по профилю, но воплощает в себе всех взрослых (полисубъектность), гибко и ди-

намично реагирует на реакции ребёнка; остальные члены ПМПК аргументированно и последовательно (по протоколу) отмечают результаты своих наблюдений с целью разработки коллективного заключения.

Визуально структурно-динамическую модель можно представить в виде взаимодействия двух воронок в ситуации вызова — диагностического обследования (рис. 3).



Рисунок 3 — Структурно-динамическая модель

8 В процессе обследования ребёнка воронка, представляющая объём усвоенной ребёнком информации в привычной ему среде, вступает во взаимодействие с воронкой требований образовательной среды (ОС), которая втягивает в поле своего опыта и ожиданий. Диагностика в виде поперечного среза всегда сопряжена с эмоциональным напряжением ребёнка и неординарностью события. В данной модели стратегия трансверсального среза предусматривает учёт всех условий и сред, в которых находится ребёнок на протяжении своей жизни, — они обозначены как стороны многогранника.

Процедура обследования в данной модели не отличается особыми условиями, кроме правила коллективного обсуждения и прогнозирования не только по результатам обследования, сколько на основании сравнительного динамического анализа истории развития ребёнка. Однако в этом есть глубокое противоречие между регламентом процедуры комиссии и тем, что каждый диагностический случай следует рассматривать с позиции достижений ребёнка, а решение принимать с учётом реализации его прав на условия инклюзивного образования.

Результатом деятельности в данной модели являются рекомендации всем взрос-

лым по организации адаптивной инклюзивной среды на основе уравновешивания систем возможностей ребёнка и образовательных требований — психолого-педагогическое сопровождение на фоне оптимальной нагрузки. При этом прогнозируемые образовательные воздействия должны быть, с одной стороны, индивидуально максимально-оптимальными, с другой — индивидуально допустимыми, то есть не превышать пределов адаптационных возможностей ребёнка.

Достоинством модели можно считать её релевантность парадигме инклюзии, однако она довольно сложна во внедрении из-за высоких требований к методическому и кадровому обеспечению, а также небольшого опыта инклюзивной практики в образовании.

Подводя итоги, следует отметить, что в настоящее время перечисленные и проанализированные с точки зрения моделирования в условиях инклюзивной среды модели деятельности психолого-медицинско-педагогических комиссий используются на паритетных началах, не исключая друг друга. По мере расширения инклюзивной практики данные модели будут также видоизменяться и приобретать те формы и содержание, которые соответствуют принципам и нормам инклюзии.

### Список использованных источников

1. Бут, Т. Показатели инклюзии : практическое пособие / Тони Бут, Мэл Эйнскоу ; науч. ред. Н. Борисова. — М. : РООИ «Перспектива», 2013. — Режим доступа: <https://>

Выда-  
гадоў ё  
цыі, на-  
лістай  
Пер-  
знаёмы  
чаюць  
Пад-  
настаў

Серый «У дапамогу педагогу»

- <perspektiva-inva.ru/userfiles/education/publication/pokazateli-incliuzii.pdf>. — Дата до-  
па: 02.03.2020.
2. Конева, Е. В. Современные тенденции и проблемы в психолого-медико-педагоги-  
ском обследовании детей / Е. В. Конева, Л. С. Русанова // Медицинская психология в  
сии. — 2018. — №4(51). — С. 4—11.
  3. Методические рекомендации к проведению обследования детей в условиях психо-  
медико-педагогической комиссии / К. Ю. Андреева [и др.] ; под общ. ред. Н. Н. Балы-  
Минск : Зорны Верасок, 2014. — 163 с.
  4. Методические рекомендации по организации обследования детей с тяжёлыми и  
кими поведенческими нарушениями и созданию для них специальных образователь-  
ных условий / С. В. Алёхина [и др.] — М. : ГБОУ ВО МГППУ, 2017. — 113 с.
  5. Михайлов, А. П. Математическое моделирование: Идеи. Методы / А. П. Михай-  
лов, А. А. Самарский. — М. : Физматлит, 2005. — 320 с.
  6. Захарова, Л. Н. Психология управления / Л. Н. Захарова. — М. : Логос, 2016.  
376 с.
  7. Свиридова, И. А. Из опыта деятельности региональной ПМПК / И. А. Свиридов,  
О. В. Скоморина, Т. Н. Мченская // Деятельность ПМПК в современных условиях. И-  
чевые ориентиры : сборник материалов Всероссийской конф.; Москва, 25—26 окт.  
2018 г. — М. : РУДН, 2018. — С. 73 — 83.
  8. Семаго, Н. Я. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития  
клюзивного образования / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. — М. : АРКТИ, 2017. — 368

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРЕДПОСЫЛОК К ОВЛАДЕНИЮ СРЕДСТВАМИ РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

С. А. ЧИПІ

старший преподаватель кафедры логопедии  
Института инклюзивного образования БГПУ имени Максима Горького

**В** Концепции развития образования обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья на 2020—2030 годы указывается на необходимость оказания ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и детям группы риска с первых месяцев жизни, что позволит принципиально изменить стартовые возможности детей на всех последующих этапах образования [12]. Комплексный подход к проблеме диагностики детей (в том числе в период младенче-

ства) рассматривается учёными Института коррекционной педагогики РАО Н. Н. Лофеевым, Е. А. Стребелевой, Ю. А. Раковой и другими. Он предполагает скрининговое обследование всех новорождённых в родильных домах с отметкой фактора риска в карте развития ребёнка, в дальнейшем наблюдение специалистами по жительству (врачом-педиатром, учёным-дефектологом и другими специалистами за нервно-психическим развитием ребёнка группы риска), а также предполагает