

Министерство образования и науки Российской Федерации

ООО «Институт социальных технологий»

**Методические рекомендации по совершенствованию  
деятельности центров психолого-педагогической, медицинской  
и социальной помощи в части комплексного сопровождения  
детей-инвалидов, обучающихся в муниципальных  
общеобразовательных школах**

*Методические рекомендации*

Москва 2017



*В рамках государственной программы Российской Федерации  
«Доступная среда» на 2011-2020 годы,  
подпрограммы «Совершенствование системы комплексной реабилитации  
и абилитации инвалидов»*

Методические рекомендации по совершенствованию деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в части комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся в муниципальных общеобразовательных школах: методич. рекоменд. – **М., 2017. – 80 с.**

Методические рекомендации разработаны в соответствии с рекомендациями Министерства образования и науки РФ органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования (письмо Минобрнауки РФ от 10.02.2015 г. № ВК-268/07) по совершенствованию деятельности центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи. В содержании методических рекомендаций представлены подходы к комплексному сопровождению детей-инвалидов с соматическими заболеваниями, одаренных детей-инвалидов, а также детей-инвалидов, обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях по адаптированным основным образовательным программам.

Методические рекомендации адресованы руководителям, педагогам, учителям-логопедам, педагогам-дефектологам, педагогам-психологам и другим специалистам ППМС-центров.

## СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка.....	4
1. Общие подходы к осуществлению ППМС-центрами комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся в общеобразовательных организациях.....	8
2. Функциональный диагноз как основа реализации дифференцированного и индивидуального подходов к комплексному сопровождению детей-инвалидов.....	21
3. Особенности психолого-педагогического сопровождения детей, инвалидность которых обусловлена соматическими заболеваниями	23
4. Психолого-педагогическое сопровождение ППМС-центрами одаренных детей-инвалидов.....	40
5. Ресурсное обеспечение ППМС-центрами организации инклюзивного образования детей-инвалидов.....	51
6. Разработка рабочих программ учебных предметов (коррекционных курсов) в соответствии с требованиями ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ и ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью..	57
7. Система работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий в процессе комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся по адаптированным основным общеобразовательным программам.....	60
7.1 Организация работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с ОВЗ.....	60
7.2 Комплексная диагностика сформированности универсальных (базовых) учебных действий у детей-инвалидов, обучающихся по АООП.....	71
Список литературы.....	77

## Пояснительная записка

В соответствии с рекомендациями Министерства образования и науки РФ органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования (письмо Минобрнауки РФ от 10.02.2015 г. № ВК-268/07) по совершенствованию деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (далее – ППМС-центров) к основным задачам совершенствования деятельности таких Центров относятся:

- расширение содержания деятельности;
- увеличение охвата различных категорий детей (в том числе различных категорий детей-инвалидов);
- разработка и применение инновационных подходов и технологий психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов и их ближайшего окружения;
- психологизация образовательной среды.

В контексте обозначенных задач представляется актуальным развитие направления комплексного сопровождения ППМС-центрами детей-инвалидов, обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях.

По данным Росстата в Российской Федерации численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет на 1 января 2016 г., составила более 616 тыс. человек. В целом в стране дети-инвалиды составляют 2,1% к общей численности детского населения, со значительными колебаниями по субъектам РФ: от 12,2% (Чеченская Республика) до 1,4% (Чукотский автономный округ). Ежегодно в РФ федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы впервые освидетельствуется на предмет категории «ребенок-инвалид» около 90 тыс. детей.

Большая часть детей-инвалидов получает образование в муниципальных общеобразовательных школах, где пока еще нет необходимых условий для комплексного сопровождения и обучения этих обучающихся. Дефицит или отсутствие специалистов (учителей-логопедов, педагогов-дефектологов, педагогов-психологов и др.), способных осуществлять психолого-педагогическое сопровождение детей-инвалидов с разными заболеваниями и нарушениями развития, а также недостаточная компетентность учителей в вопросах разработки и реализации адаптированных основных общеобразовательных программ обуславливают необходимость оказания ППМС-центрами помощи муниципальным общеобразовательным школам по комплексному сопровождению таких детей.

Как известно, дети-инвалиды представляют собой достаточно разнородную группу не только по характеру и тяжести заболеваний, особенностям психофизического развития, но и по своим образовательным потребностям, в том числе определяемыми возможностями обучаемости. Так, одни из них способны полноценно освоить содержание основной

общеобразовательной программы, нуждаясь лишь в щадящем режиме обучения (адаптированной под возможности такого ученика организации учебных занятий, дозированной учебной нагрузке). Это преимущественно дети, причиной инвалидности которых является заболевания (в том числе врожденные пороки развития) внутренних органов (болезни органов дыхания, пищеварения, а также сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой и иммунной систем).

У других обучающихся в связи с имеющимися нарушениями психофизического развития (физическими или психическими недостатками развития), подтвержденными психолого-медико-педагогической комиссией, есть особые образовательные потребности, предполагающие создание специальных условий обучения и разработку адаптированных основных общеобразовательных программ, в том числе с максимальной индивидуализацией их содержания и планируемых образовательных результатов.

В связи с указанными выше различиями детей-инвалидов содержание и организация их комплексного сопровождения в рамках деятельности ППМС-центра должны выстраиваться на основе дифференцированного и индивидуального подходов, ориентированных на создание условий для реализации потенциала способностей ребенка-инвалида, его успешной социализации и дальнейшей социальной адаптации.

При этом основой для определения направлений и разработки содержания программы комплексного сопровождения детей-инвалидов являются:

– индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (далее – ИПРА ребенка-инвалида), предусматривающая осуществление медицинских, психолого-педагогических, социальных и физкультурно-оздоровительных мероприятий с учетом потребностей ребенка;

– рекомендации, указанные в заключении психолого-медико-педагогической комиссии (для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья).

Сама программа комплексного сопровождения должна быть ориентирована на весь комплекс особых образовательных потребностей ребенка-инвалида, выявленных в ходе его целостного изучения, включающего анализ не только проблем, обусловленных заболеванием, но социальными условиями развития.

Решение задач комплексного сопровождения ППМС-центрами различных категорий детей-инвалидов предполагает:

1) организацию на новом уровне межведомственного взаимодействия органов управления и организаций системы здравоохранения, образования, социальной защиты и др.

2) обеспечение ППМС-центров подготовленными кадрами (прежде всего педагогами-дефектологами, специальными и клиническими

психологами, медицинскими специалистами) с учетом численности детей-инвалидов, нуждающихся в комплексном сопровождении;

2) материально-техническое и финансовое обеспечение деятельности Центров с учетом объема и характера осуществляемых услуг по комплексному сопровождению детей-инвалидов.

В разработанных методических рекомендациях представлены предложения по совершенствованию деятельности ППМС-центров в части содержания работы по комплексному сопровождению различных категорий детей-инвалидов, обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях, в том числе в условиях домашнего обучения.

Особенностью методических рекомендаций является направленность их содержания на работу с различными категориями детей-инвалидов, в том числе:

- детьми, инвалидность которых обусловлена соматическими заболеваниями;
- одаренными детьми-инвалидами;
- детьми-инвалидами, относящихся к категории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и получающих образование по адаптированным основным общеобразовательным программам.

В представленных материалах рассматриваются особенности комплексного сопровождения таких детей, реализации их индивидуальных программ реабилитации/абилитации, разработки рабочих программ учебных предметов и коррекционных курсов, а также формирования системы универсальных и базовых учебных действий в учебной и внеурочной деятельности в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ) и Федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (далее – ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью).

## **1. Общие подходы к осуществлению ППМС-центрами комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся в общеобразовательных организациях**

Разработка и реализации программы комплексного сопровождения обучающегося с инвалидностью осуществляется в соответствии с ИПРА ребенка-инвалида, которая выдается учреждениями медико-социальной экспертизы<sup>1</sup>. ИПРА ребенка-инвалида разрабатывается по результатам проведения медико-социальной экспертизы, исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных и утверждается руководителем бюро (главного бюро, Федерального бюро) или уполномоченным заместителем руководителя главного бюро (Федерального бюро). Федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы направляет выписку из ИПРА ребенка-инвалида (далее - Выписка) в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности, региональные отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по месту жительства ребенка-инвалида, определенные в соответствии с его ИПРА исполнителями реабилитационных и/или абилитационных мероприятий. Выписка направляется для выполнения следующих мероприятий:

а) по медицинской реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

б) по психолого-педагогической реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования;

в) по профессиональной реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области содействия занятости населения;

г) по социальной реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения;

д) по физкультурно-оздоровительным мероприятиям – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области физической культуры и спорта;

е) по обеспечению техническими средствами реабилитации, предоставляемых ребенку-инвалиду за счет средств федерального бюджета, –

---

<sup>1</sup> Приказ Минтруда России от 31.07.2015 N 528н "Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.08.2015 N 38624)



в региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации.

Органы исполнительной власти и региональные отделения Фонда в 3-дневный срок с даты поступления Выписки в целях реализации предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) реабилитационных или абилитационных мероприятий должны организовать работу по разработке перечня мероприятий, с указанием исполнителей и сроков исполнения мероприятий [66].

В качестве исполнителей мероприятий, предусмотренных перечнем, указываются организации, осуществляющие деятельность по реабилитации или абилитации инвалидов в соответствующей сфере деятельности органа исполнительной власти. Срок исполнения мероприятий, предусмотренных перечнем, не должен превышать срока исполнения мероприятий, возложенных на орган исполнительной власти по реализации ИПРА ребенка-инвалида. Сведения о выполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), представляются органом исполнительной власти (региональным отделением Фонда) бюро (главному бюро, Федеральному бюро) не позднее одного месяца до окончания срока действия ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида). Оценка результатов проведения мероприятий осуществляется специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро) при очередном освидетельствовании ребенка-инвалида.

ППМС-центры, создающиеся органами исполнительной власти в сфере образования, могут осуществлять мероприятия по психолого-педагогической и социальной реабилитации или абилитации детей-инвалидов, а также при наличии условий проводить физкультурно-оздоровительные мероприятия, предусмотренные ИПРА. Эти мероприятия могут осуществляться ППМС-центром при реализации программ коррекционной работы, связанной с оказанием комплексной (психолого-педагогической, медицинской и социальной) помощи детям, испытывающим трудности в освоении общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, а также в рамках реализации основных общеобразовательных программ дошкольного образования, дополнительных общеобразовательных программ и программ профессионального обучения [66].

Реализация мероприятий в части психолого-педагогической реабилитации или абилитации детей-инвалидов, предусматривает, прежде всего, психолого-педагогическое сопровождение специалистами ППМС-центра получения образования этими детьми по основным общеобразовательным программам. В рамках договора о сетевой реализации основной общеобразовательной программы, в том числе адаптированной основной общеобразовательной программы (далее ООП или АООП) специалисты ППМС-центра могут реализовывать определенные направления коррекционной работы.

Разработка и реализация программы комплексного сопровождения,

включающей мероприятия психолого-педагогической реабилитации и/или абилитации, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалидов, осуществляется на основе следующих принципов:

- комплексного подхода в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий;
- преемственности в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий;
- непрерывности в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий;
- учета возрастных и индивидуальных особенностей проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий;
- апелляции к личности ребенка-инвалида, использования ресурсов его развития;
- динамического наблюдения за развитием ребенка и оценки эффективности реабилитационных или абилитационных мероприятий;
- активного привлечения родителей ребенка-инвалида к участию в реабилитационном или абилитационном процессе.

Направления работы по реализации мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации детей-инвалидов дифференцированы в соответствии с определенными функциями ППМС-центров [72].

1. В рамках функции ППМС-центров по оказанию психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям-инвалидам можно выделить следующие направления деятельности:

- консультирование родителей (законных представителей) детей-инвалидов по вопросам предупреждения и преодоления трудностей обучения, нарушений социализации и социальной адаптации;
- своевременное выявление и коррекция отклонений в развитии детей-инвалидов;
- участие специалистов ППМС-центров в разработке и реализации АООП для обучающихся с инвалидностью в соответствии с медицинскими или социально-педагогическими показателями;
- организация вариативных форм групп кратковременного пребывания для детей-инвалидов и детей с ОВЗ;
- оказание психологической помощи детям-инвалидам, находящимся в кризисном состоянии, ситуации конфликта, состоянии дезадаптации и других состояниях;
- оказание комплексной индивидуально-ориентированной помощи детям-инвалидам из приемных и опекунских семей;
- обследование детей-инвалидов для определения индивидуальных особенностей, ограничений и ресурсов, оценки ситуации развития, выявления причин трудностей;
- проведение коррекционно-развивающих занятий с детьми-инвалидами, испытывающими трудности в обучении, адаптации,

социализации.

2. *Функция ППМС-центров по оказанию помощи организациям, осуществляющим образовательную деятельность, по вопросам реализации основных общеобразовательных программ, обучения и воспитания обучающихся с инвалидностью [72] предполагают следующие направления деятельности:*

- проведение комплексной экспертизы образовательных программ, проектов, учебно-методических комплектов, педагогических технологий и инноваций по работе с детьми-инвалидами;

- разработка принципов, критериев, инструментов проведения мониторинга психического развития детей, а также мониторинга сформированности универсальных (базовых) учебных действий в соответствии с требованиями к образовательным результатам федеральных государственных образовательных стандартов, в том числе для обучающихся с ОВЗ;

- участие в разработке муниципальной модели организации образования и комплексного сопровождения детей-инвалидов и детей с ОВЗ;

- участие в организации и проведении научно-исследовательской и опытно-экспериментальной работы, осуществляемой с научными организациями и вузами на основе сетевого взаимодействия ;

- проведение обучающих семинаров и курсов повышения квалификации по работе с детьми-инвалидами (при наличии соответствующей лицензии);

- обеспечение психолого-педагогического сопровождения реализации основных общеобразовательных программ и адаптированных основных общеобразовательных программ в организациях, осуществляющих образовательную деятельность;

- оказание ППМС-помощи участникам образовательного процесса – детям и подросткам, родителям (законным представителям), педагогам образовательных организаций в предупреждении и разрешении проблем обучения, самореализации, социализации детей-инвалидов;

- оказание методической помощи образовательным организациям по работе ПМПк, разработке образовательных программ, индивидуальных учебных планов, выбору моделей инклюзии, оптимальных методов обучения и воспитания детей-инвалидов, обучающихся с ОВЗ и инвалидностью, выявлении и устранении у них препятствий к обучению;

- проведение психолого-педагогических мониторингов психофизиологического и психоэмоционального состояния, социального самочувствия, адаптированности к условиям обучения и т.п. обучающихся с инвалидностью;

- участие в проектировании образовательной среды в образовательных организациях с учетом результатов проводимых мониторингов;

- осуществление мониторинга эффективности оказываемой организациями психолого-педагогической, медицинской и социальной

помощи детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации;

- осуществление методического, информационного и организационного обеспечения деятельности педагогов и специалистов образовательных организаций по ППМС-сопровождению участников образовательного процесса;

- подготовка рекомендаций по оказанию детям ППМС-помощи и организации их обучения и воспитания.

3. На условиях сетевого взаимодействия с общеобразовательными организациями ППМС-центры осуществляют:

- проведение психолого-педагогической диагностики для оценки адаптированности к условиям образования и выявление детей, нуждающихся в ППМС-помощи;

- организацию работы психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации;

- участие в разработке АООП и индивидуальных учебных планов для детей-инвалидов;

- проведение коррекционно-развивающих занятий с детьми-инвалидами, испытывающими трудности в обучении, адаптации и социализации;

- психолого-педагогическое консультирование родителей (законных представителей) детей-инвалидов;

- содействие в выборе образовательного маршрута с учетом индивидуальных особенностей, возможностей и склонностей ребенка-инвалида;

- осуществление профессиональной ориентации обучающихся с инвалидностью;

- проведение мониторинга состояния и динамики развития детей-инвалидов в образовательном процессе;

- оказание первичной психологической помощи и поддержки детям и подросткам с инвалидностью в состоянии дезадаптации, стресса;

- оказание ППМС-центрами индивидуально-ориентированной психолого-педагогической помощи одаренным детям-инвалидам;

- осуществление помощи педагогам в индивидуальном подходе к детям-инвалидам, индивидуализации их обучения;

- содействие родителям (законным представителям) детей-инвалидов в сфере детско-родительских отношений и воспитания;

- ведение просветительской работы в целях повышения психологической компетентности всех участников [72].

4. *Функции ППМС-центров по обеспечению функционирования психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК):*

- проведение обследования детей в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении;

- подготовка рекомендаций по оказанию детям ППМС-помощи и организации их обучения и воспитания;
- внесение специалистами ПМПК корректировок в ранее данные рекомендации;
- оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида;
- оказание методической, информационной и организационной помощи школам в работе психолого-медико-педагогических консилиумов и другие [72].

Важной составляющей психолого-педагогических мероприятий, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида и реализуемых ППМС-центрами, является психолого-педагогическая коррекция. В качестве основных принципов ее осуществления выделяют [66]:

1. Принцип комплексности, предполагающий осуществление комплекса клинико-психолого-педагогических коррекционных воздействий, учитывающих клинические и социальные факторы в развитии ребенка.

2. Принцип единства диагностики и коррекции, суть которого состоит в том, что любые коррекционные воздействия должны основываться на глубоком и комплексном изучении ребенка, анализе структуры выявленных у него нарушений, а также постоянном отслеживании динамики его развития с помощью различных диагностических инструментов в процессе коррекционной работы.

3. Принцип личностного подхода, когда ребенок оценивается как целостная личность в совокупности своих возрастных, половых и индивидуальных особенностей, а также характеристик его социальных отношений.

4. Принцип деятельностного подхода, предусматривающий, что предметом изучения (диагностики) являются все компоненты психической деятельности ребенка, прежде всего ведущей на данном этапе возрастного развития. При этом сама психическая деятельность, ее основные структурные составляющие, нарушенные или несформированные в результате влияния различных факторов, становятся предметом реабилитационной или коррекционной работы.

5. Принцип опережающего воздействия, предполагает, что у детей-инвалидов многие высшие психические функции своевременно не формируются, в связи с чем методы психолого-педагогической коррекции должны быть направлены не столько на коррекцию каких-то нежелательных форм поведения или реагирования, но в основном на формирование тех навыков, способностей и поведенческих реакций, которые понадобятся ребенку на следующей ступени развития (интеллектуального, эмоционального, социального) [66].

Программы коррекционной работы, реализующиеся в ППМС-центрах, осуществляются дефектологами, психологами и логопедами. Такие

программы включают направления работы по развитию когнитивной сферы (произвольного внимания, памяти, мышления, пространственной ориентировки и др. высших психических функций), речи, моторных навыков и эмоционально-волевой сферы. Коррекция эмоционально-волевых нарушений рекомендуется для детей при формирующейся психопатии/психопатоподобных нарушениях, расстройствах аутистического спектра, а также в других случаях нарушения коммуникации, норм социального поведения, эмоционального общения в паре родитель-ребенок. В зависимости от характера и выраженности проблем поведения, нарушений эмоциональной сферы, а также возраста и уровня интеллектуального развития для осуществления коррекционной работы могут использоваться поведенческие методы, методики формирования произвольной регуляции поведения, развития эмоциональной сферы (эмоционального гнозиса, словаря эмоций, выражения эмоциональных состояний и др.), методики арт-терапии и др. Коррекцию эмоциональной сферы ребенка желательно осуществлять в условиях индивидуальных психокоррекционных занятий, которые могут быть дополнены и групповыми методами. При нарушениях эмоциональной коммуникации в паре родитель-ребенок коррекционные занятия включают и ребенка, и родителя.

Важнейшим направлением коррекционной работы является формирование социально-бытовых. Данное направление психолого-педагогической коррекции, реализуемое педагогами и педагогами-дефектологами особенно значимо, когда у детей-инвалидов многие навыки бывают несформированы в связи с особенностями заболевания, а также при неправильном подходе к воспитанию родителей (по типу гиперопеки). Данное направление рассматривается как основное в программе работы с детьми с выраженными формами умственной отсталости.

В период школьного обучения направления психолого-педагогической коррекции связаны с созданием условий для школьной адаптации обучающегося с инвалидностью, формированию у него учебной мотивации и навыков учебной деятельности. Многие дети с инвалидностью нуждаются в выстраивании индивидуального образовательного маршрута, в обучении по индивидуальному учебному плану, а при тяжелых и множественных нарушениях развития в обучении по специальной индивидуальной программе развития (далее – СИПР). На основе сетевого взаимодействия общеобразовательных организаций и ППМС-центров, специалисты (педагоги, учителя-логопеды, педагоги-психологи, педагоги-дефектологи и др.) последних могут участвовать:

- 1) в осуществлении диагностики детей-инвалидов;
- 2) в реализации коррекционных курсов, а также программ учебных предметов, предусмотренных учебным планом адаптированной основной образовательной программы;
- 3) в осуществлении профессиональной ориентации и формировании у школьников-инвалидов мотивации к получению профессионального

образования и профессиональному обучению.

Решение проблем школьной адаптации ребенка-инвалида часто связано с формированием его межличностных отношений с учителями и одноклассниками. Большое значение такая психологическая поддержка имеет для детей с повышенной ранимостью, высокой тревожностью по отношению к учителям и школе, в случае конфликтов, а также в начальном этапе вхождения ребенка с особыми потребностями в детский коллектив.

Одним из направлений коррекционной работы является коррекция взаимоотношений в семье ребенка-инвалида. Поддержка семьи и, при необходимости, коррекция семейных отношений имеет особое значение в два периода жизни ребенка-инвалида.

Первый период связан с ситуацией, когда родители узнают, что у ребенка имеются нарушения здоровья (развития). В этот период члены семьи находятся в состоянии растерянности и нуждаются в поддержке, информационном сопровождении для понимания перспектив ребенка и своей жизни. В этом периоде основная цель коррекции взаимоотношений в семье состоит в подготовке родителей к принятию факта инвалидности ребенка, формированию максимально сбалансированного стиля взаимоотношений между членами семьи и с ребенком.

Второй трудный период в жизни семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, связан достижением им подросткового возраста, когда родители осознают, что ребенок взрослеет на фоне продолжающейся от них зависимости. В этот период родители начинают искать решения для обеспечения взрослого будущего их детей, выбора профессии, возможной трудовой деятельности и др. В этой ситуации родителям необходима психологическая поддержка, касающаяся формирования новых взаимоотношений в семье, развития большей самостоятельности у подростка-инвалида, его профориентации и т. д.

Следует отметить, что психологическая поддержка семьи, особенно в части детско-родительских отношений и стиля воспитания, может быть необходимой и более длительное время, требовать постоянного внимания со стороны психологов.

Мероприятия по социальной реабилитации ребенка-инвалида направлены на оказание помощи ребенку в формировании его социального статуса, достижении им материальной независимости в будущем, социальной адаптации и интеграции в общество.

Реализация услуг по социальной реабилитации детей-инвалидов осуществляется поэтапно и непрерывно. Содержание и длительность процесса реабилитации определяются потребностью ребенка в каждой конкретной услуге [66].

Наряду с мероприятиями по психолого-педагогической реабилитации, ИПРА включает также мероприятия по социальной реабилитации, в том числе:

- 1) социально-средовой;

- 2) социально-педагогической;
- 3) социально-психологической;
- 4) социокультурной;
- 5) социально-бытовой;
- 6) физкультурно-оздоровительной, в том числе спортивных мероприятий.

Нуждаемость в мероприятиях социальной реабилитации детей-инвалидов определяется на основе результатов проведения социальной диагностики ребенка и его семьи.

В реализации этих мероприятий также могут принимать участие специалисты ППМС-центров.

1. Социально-средовая абилитация или реабилитация направлена на интеграцию ребенка-инвалида в общество путем обеспечения его необходимым набором технических средств реабилитации, обучению пользования ими, созданием доступной среды в ближайшем окружении ребенка-инвалида. Мероприятия по социально-средовой реабилитации ребенка-инвалида заключаются в восстановлении (формировании) или компенсации следующих элементов активности и участия: в обычных общественных взаимоотношениях (встречи с друзьями, родственниками, общение по телефону и др.), вовлеченности в данные отношения, ролевое положение в семье, умение распоряжаться деньгами, посещать магазины, производить покупки, учреждения сферы услуг, делать иные расчеты и др.), умения пользоваться транспортом, транспортными коммуникациями, преодоление препятствий – лестниц, бордюров, умения пользоваться средствами связи, информацией, газетами, чтение книг, журналов, проведение досуга, физической культуры, спорта, творчества, возможность посещения культурно-массовых учреждений и пользование их услугами.

2. Социально-педагогическая абилитация или реабилитация осуществляется в ходе обучения ребенка-инвалида по соответствующим его возможностям образовательным программам, посредством формирования знаний, навыков, стереотипов социального поведения, ценностных ориентаций, нормативов, обеспечивающих полноценное участие детей-инвалидов в общепринятых формах социального взаимодействия. Это направление включает:

- 1) социально-педагогическую диагностику;
- 2) социально-педагогическое консультирование;
- 3) педагогическую коррекцию;
- 4) коррекционное обучение;
- 5) педагогическое просвещение;
- 6) социально-педагогический патронаж и поддержку [66].

Основной задачей социально-педагогической диагностики выявляется выявление и анализ всего комплекса проблем развития, социализации и социальной адаптации ребенка-инвалида для определения направлений его дальнейшего сопровождения.



Социально-педагогическое консультирование заключается в оказании помощи ребенку-инвалиду или его родителям в получении образовательных услуг с целью принятия осознанного решения по выбору уровня, места, формы и условий обучения/образования, мероприятий, обеспечивающих освоение образовательных программ на оптимальном уровне, по подбору и использованию необходимых учебных пособий и технических средств обучения, учебного оборудования с учетом особенностей образовательного потенциала инвалида и степени ограничений способности к обучению.

Педагогическая коррекция направлена на развитие и исправление недостатков психических и физических функций ребенка-инвалида педагогическими методами и средствами. Педагогическая коррекция осуществляется в процессе индивидуальных и групповых занятий с логопедом, с педагогом-дефектологом (тифло-, сурдо-, тифлосурдо-, олигофренопедагогами).

Коррекционное обучение включает в себя обучение жизненным навыкам, персональной сохранности, социальному общению, социальной независимости, пользованию техническими средствами реабилитации, языку жестов инвалидов с нарушениями слуха и членов их семей, ясному языку инвалидов с ментальными нарушениями, восстановление социального опыта специальными педагогическими методами, учитывающими имеющиеся у инвалида нарушения функций организма и ограничения способности к обучению.

Педагогическое просвещение, предполагает информирование инвалидов и членов их семей, а также специалистов, работающих с инвалидами, в области знаний об инвалидности, методах и средствах реабилитации и интеграции инвалидов в общество.

Социально-педагогический патронаж и поддержка детей-инвалидов и их семей включает: курирование условий обучения ребенка-инвалида в семье, возможности помощи членов семьи в процессе обучения инвалида, содействие в получении общего и профессионального образования, информирование по вопросам общего и профессионального образования, организацию психолого-педагогического и медико-социального сопровождения процесса обучения, содействие во включении инвалида в общественные организации инвалидов.

3. Социально-психологическая абилитация или реабилитация детей-инвалидов направлена на восстановление (формирование) способностей, позволяющих им успешно выполнять различные социальные роли (игровые, образовательные, семейные, профессиональные, общественные и другие) и иметь возможность быть реально включенным в разные области социальных отношений и жизнедеятельности, на формирование социально-психологической компетентности для успешной социальной адаптации и интеграции инвалида в общество. Это направление включает:

– *психологическое консультирование*, ориентированное на решение социально-психологических задач и представляющее собой специально

организованное взаимодействие между психологом и ребенком (и/или его родителем/опекуном), нуждающимся в психологической помощи, с целью разрешения проблем в области социальных отношений, социальной адаптации, социализации и интеграции;

– *психологическую диагностику*, заключающуюся в выявлении психологических особенностей инвалида, определяющих специфику его поведения и взаимоотношений с окружающими, возможности его социальной адаптации с использованием психодиагностических методов и анализе полученных данных в целях социально-психологической реабилитации;

– *психологическую коррекцию*, направленную на преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении инвалида, а также на помощь в формировании необходимых психологических и социальных навыков и компетенций ребенка-инвалида, естественное становление которых затруднено в силу ограничений жизнедеятельности либо особенностей условий развития и среды;

– *психотерапевтическую помощь*, рассматриваемую как систему психологических воздействий, направленных на преодоление нарушений психической деятельности и поведения, обусловленных психогенными воздействиями, а также психотравмирующими обстоятельствами, связанными с болезнью, неблагополучной микросоциальной средой и др. В качестве методов активирующего психотерапевтического воздействия могут быть использованы арт-терапия, психодрама, семейная психотерапия, библиотерапия и другие методы терапии в групповой или индивидуальной форме;

– *социально-психологический тренинг*, направленный на снятие у ребенка-инвалида последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, на развитие и тренинг отдельных психических функций и качеств личности, ослабленных в силу заболевания или условий социальной среды, а также на формирование способностей, позволяющих успешно выполнять различные социальные роли;

– *психологическая профилактика*, основными задачами которой при работе с детьми и подростками, имеющими инвалидность, являются: повышение социально-психологической компетентности для решения проблем социальной адаптации, коммуникации, предупреждения и преодоления психологического стресса, полноценного психического функционирования и др.;

– *социально-психологический патронаж*, который заключается в систематическом наблюдении за инвалидами и условиями их развития для своевременного выявления ситуаций психического дискомфорта, обусловленных проблемами адаптации инвалида в семье, в социуме в целом, и оказания, при необходимости, психологической помощи.

4. Социокультурная реабилитация детей-инвалидов представляе собой комплекс мероприятий, цель которых заключается в помощи ребенку-

инвалиду достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимосвязях, необходимый уровень культурной компетенции, что должно обеспечивать возможность для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости. Социокультурная реабилитация направлена на преодоление или нивелирование дисгармоний психического развития детей вследствие инвалидизирующих заболеваний.

Программы социокультурной реабилитации должны строиться с учетом дифференциации по типу дефекта, личностных расстройств вследствие инвалидизирующей патологии, полу, психофизическим характеристикам, свойственным ребенку в соответствующем возрасте. Учитываются противопоказанные факторы, например, использование средств (клей, бумага и др.), вызывающих аллергические реакции, колющих, режущих предметов при эпилепсии и т.п.

Мероприятия по социокультурной реабилитации ребенка-инвалида включают в себя:

- обучение инвалида навыкам проведения отдыха, досуга;
- проведение мероприятий, направленных на создание условий возможности полноценного участия детей-инвалидов в социокультурных мероприятиях, удовлетворяющих социокультурные и духовные их запросы, на расширение общего и культурного кругозора, сферы общения (посещение театров, выставок, экскурсий, встречи с деятелями литературы и искусства, праздники, юбилеи, другие культурные мероприятия);

- обеспечение детей-инвалидов, находящихся в учреждениях, и содействие в обеспечении детей-инвалидов, обслуживаемых на дому, периодической, учебно-методической, справочно-информационной и художественной литературой, аудиокнигами и книгами с рельефно-точечным шрифтом Брайля; создание и предоставление инвалидам по зрению возможности пользоваться адаптированными компьютерными рабочими местами, сетью Интернет, Интернет-документами с учетом ограничений жизнедеятельности ребенка-инвалида;

- содействие в обеспечении доступности для детей-инвалидов посещений театров, музеев, кинотеатров, библиотек, возможности ознакомления с литературными произведениями и информацией о доступности учреждений культуры;

- разработка и реализация разнопрофильных досуговых программ (информационно-образовательных, развивающих, художественно-публицистических, спортивно-развлекательных и т.п.), способствующих формированию здоровой психики, развитию творческой инициативы и самостоятельности [66].

Программы социокультурной реабилитации также могут стимулировать двигательную активность, развивать и корригировать общую и мелкую моторику, способствовать развитию речи; развивать все виды восприятия (временные и пространственные представления, представления о

схеме тела), графические навыки.

5. Социально-бытовая адаптация детей-инвалидов направлена на обучение ребенка-инвалида самообслуживанию, а также включает мероприятия по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности. Социально-бытовая адаптация ориентирована на детей-инвалидов, не владеющих необходимыми социально-бытовыми навыками и нуждающихся во всесторонней ежедневной поддержке в микросоциальной среде.

Основными составляющими социально-бытовой адаптации являются:

– обучение ребенка-инвалида навыкам личной гигиены, самообслуживания, передвижения, общения и др., в том числе с помощью технических средств реабилитации;

– информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации;

– мероприятия по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности [66].

6. Направление «Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт» включает в себя адаптивную физическую культуру (далее – АФК), физическую реабилитацию инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, спорт инвалидов (включая паралимпийское движение России, сурдлимпийское движение России, специальную олимпиаду России)<sup>2</sup>

Основной целью спортивно-оздоровительной работы с инвалидами является осуществление их *непрерывного физкультурного образования и формирование здорового образа жизни*. В развитии АФК и спорта инвалидов принципиальным является формирование у инвалида убежденности в полезности и целесообразности занятий физкультурой, осознанном отношении к освоению двигательных навыков, развитию мотивации и самоорганизации здорового образа жизни.

Адаптивная физическая культура включает четыре вида: адаптивное физическое воспитание (образование); адаптивную физическую рекреацию; адаптивную двигательную реабилитацию (физическая реабилитация); адаптивный спорт. Также в адаптивной физической культуре выделены новые направления – креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные и экстремальные виды двигательной активности [66].

Мероприятия по адаптивной физической культуре и спорту могут реализовываться с участием специалистов ППМС-центров в разных организациях (детско-юношеских спортивно-адаптивных школах, отделениях и группах по адаптивному спорту в учреждениях дополнительного образования детей, осуществляющих деятельность в области физической культуры и спорта, образовательных учреждениях, физкультурно-спортивных клубах инвалидов и других физкультурно-

---

<sup>2</sup> Ст. 12 и ст.31 Федерального закона РФ «О физической культуре и спорте в РФ» от 04.12.2007 N 329-ФЗ

спортивных организациях).

## **2. Функциональный диагноз как основа реализации дифференцированного и индивидуального подходов к комплексному сопровождению детей-инвалидов**

Современное понимание комплексного сопровождения как системы совместных и взаимосвязанных действий специалистов предполагает, что оно осуществляется на основе глубокого и всестороннего изучения ребенка. Такое изучение ребенка ориентирует специалиста на выявление закономерных связей и процессов в контексте имеющихся у него проблем социализации и социальной адаптации.

Максимальная реализация дифференцированного и индивидуального подходов к организации образования и комплексного сопровождения ребенка с ОВЗ может осуществляться с помощью многоосевой функциональной диагностики, принципы проведения которой были разработаны в детской психиатрии в 60-е годы двадцатого века [2,15]. В нашей стране разработка понятия функционального диагноза осуществлялась в исследованиях Т.А. Гейер, Д.Е. Мелехова, В.В. Ковалева, И.А. Коробейникова, Л.Н. Винокурова, Ю.С. Шевченко и др. [18].

В соответствии с определением В.В. Ковалева под функциональным диагнозом в психиатрии понимается оценка индивидуальных особенностей заболевания, болезненных изменений и сохранных свойств личности, ее реакций на болезнь и возможностей социальной адаптации в условиях болезни [5]. Таким образом, применительно к детскому возрасту в функциональном диагнозе выделялось несколько основных аспектов: клинический, психологический, педагогический и социальный. Наличие этих аспектов предусматривало полидисциплинарный характер диагностики при участии в ее осуществлении представителей смежных специальностей (врачей, психологов и педагогов).<sup>3</sup>

А.А. Северный отмечает, что такой подход полностью соответствует сформулированной классиками детской психиатрии теории неразрывной связи проявлений и течения расстройств психики, развития, поведения у детей со всем комплексом биологических, эволютивных, социальных, в первую очередь семейных факторов» [18]. На его основе была разработана многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте в соответствии с МКБ-10.

Учитывая, что в нашей стране в последние годы в медицинских диагностических заключениях используются шифры МКБ-10, многоосевой подход может использоваться для определения ПМПК направлений комплексного сопровождения обучающегося с ОВЗ.

---

<sup>3</sup> Следует отметить, что в функциональном диагнозе комплексный характер обследования предполагает не столько оценку разных показателей функционирования обследуемого (состояния здоровья, характера и тяжести его нарушений, уровня развития высших психических функций, условий и особенностей социализации, сформированности навыков), сколько определение их совместного влияния на актуальный уровень социальной адаптации и прогноз дальнейшего развития.

Так, при постановке функционального диагноза обучающемуся с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) многоосевая диагностика включает:

1) клиническую квалификацию варианта аутистического расстройства по рубрике F84 «Общие расстройства развития» (ось I) МКБ-10), в которую включены: «Детский аутизм» (F-84.0), «Атипичный аутизм» (F-84.1), «Синдром Ретта» (F-84.2), «Другое дезинтегративное расстройство детского возраста» (F-84.3), «Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями» (F-84.4), «Синдром Аспергера» (F-84.5), «Другие расстройства развития» (F-84.6), «Общее расстройства развития, неуточненное»;

2) выявление специфических расстройств развития (например, если ребенок с аутизмом имеет расстройства речи, праксиса, школьных навыков и др.) согласно кодам МКБ-10 (ось II), включающих специфические расстройства развития речи (F80), специфические расстройства развития школьных навыков (F81), специфическое расстройство развития двигательных функций (F82) и смешанные специфические расстройства развития (F83);

3) диагностику актуального уровня общего интеллектуального развития ребенка, в том числе определение степени умственной отсталости согласно кодам F70 – F79 (ось III);

4) оценку соматического состояния, в т. ч. указание текущих соматических заболеваний, требующих медицинской помощи (ось IV);

5) анализ сопутствующих аномальных психоциальных ситуаций, которые могут иметь значение при планировании коррекционных мероприятий (ось V);

6) общую оценку нарушения психосоциальной продуктивности, отражающую качество психического и социального функционирования ребенка и позволяющую в дальнейшем отслеживать успешность социализации и социальной адаптации ребенка с РАС (ось VI).

Как видно из представленных осей, каждая из них может отражать определенный блок особых образовательных потребностей ребенка с РАС. Клинические варианты аутизма могут иметь разную природу, характер проявлений, динамику и прогноз, что необходимо учитывать при разработке образовательного маршрута и программы комплексного сопровождения обучающегося с аутизмом.

На основе диагностики уровня актуального развития и оценки зоны ближайшего развития ПМПК может рекомендовать один из четырех вариантов АООП, изменение которого возможно при улучшении / ухудшении динамики развития обучающегося с РАС. Характер специфических расстройств развития должен учитываться при планировании коррекционной работы с ребенком.

Следует отметить, что последовательность осей и представляемых в рамках их информации может меняться с учетом основного варианта

психического дизонтогенеза. Например, при умственной отсталости, выступающей в качестве основного нарушения развития, первой представляется первая ось, в которой указывается степень психического недоразвития. При этом должна быть дана характеристика структуры недоразвития. Наличие осложняющих умственную отсталость других нервно-психических (в том числе поведенческих) или соматических расстройств, неблагоприятных семейных и других факторов, затрудняющих социализацию и социальную адаптацию ребенка, представляется ниже [18].

Разработка программы комплексного сопровождения на основе многоосевого функционального диагноза предполагает учет взаимосвязи эмоциональных, когнитивных, речевых, соматических нарушений и их влияний на обучаемость и социальную адаптацию обучающегося с ОВЗ. Поэтому каждый специалист, участвующий в комплексном сопровождении детей с ОВЗ должен иметь представления о содержании работы, проводимой другими специалистами.

В условиях реализации ФГОС ОВЗ возрастает потребность в разработке специальной концепции функционального диагноза при нарушениях психического развития, принципы которой были обозначены в работах И.А. Коробейникова. По его мнению, идея комплексного подхода способна превратиться из декларации в реальность только при условии решения задач как методологического, так и организационно-практического уровня, непосредственно связанных проблемой оптимального сотрудничества специалистов разного профиля, участвующих в диагностической и коррекционной работе [15].

### **3. Особенности психолого-педагогического сопровождения детей, инвалидность которых обусловлена соматическими заболеваниями<sup>4</sup>**

Среди детей-инвалидов достаточно большую группу составляют дети с различными соматическими заболеваниями, в том числе заболеваниями (включая пороки развития) внутренних органов: болезнями органов дыхания, пищеварения, а также сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой и иммунной систем. По данным Минтруда России эти заболевания в совокупности составляют около 14 % в общей структуре заболеваний, обуславливающих инвалидность.

Любое соматическое заболевание, острое либо хроническое, всегда в той или иной степени влияет на человека, на его мозг и психическую деятельность в диапазоне от временного ухудшения общего самочувствия до состояния нетрудоспособности, дающего право на получение «больничного

---

<sup>4</sup> В этом разделе методических рекомендаций внутри широкого круга соматических заболеваний, обуславливающих инвалидность у детей, рассматриваются заболевания внутренних органов. Такие заболевания при отсутствии других нарушений психофизического развития у детей обычно не являются основанием для организации их обучения по адаптированной основной общеобразовательной программе.



листка» и даже инвалидности. В работах великих отечественных ученых врачей М.Я. Мудрова, С.П. Боткина, Г.А. Захарьина и др. уже давно было показано единство организма, психики и личности, находящихся в состоянии сложного взаимовлияния между собой. Соматическое и психическое, являясь качественно различными категориями, одновременно представляют тесно связанные между собой компоненты единого «целого» – живого человека [2,8].

Заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, нарушение функций почек, печени, желудочно-кишечного тракта и др. влияют на человека и его психику посредством интоксикации и нарушений обмена веществ, воздействуя на центральную нервную систему, снижая или искажая качество ее функционирования. При этом, на течение и прогноз соматических нарушений сказывается реакция личности человека на болезнь, его субъективный взгляд на степень её тяжести и возможные последствия. Отсюда нередко возникает своеобразный «порочный круг», когда соматические расстройства порождают невротические реакции, которые, в свою очередь, отягощают течение соматического заболевания, и т.д. [2].

Наиболее типичным нарушением психической деятельности при соматических заболеваниях является соматогенная астения (астенический синдром, обусловленный соматическим заболеванием). Основным и постоянным проявлением соматогенной астении является психическая истощаемость (утомляемость), которая наступает даже при относительно несложных занятиях (легком чтении, просмотре телепередач, разговорах с друзьями). Признаками наступающего утомления являются рассеянность, внутреннее напряжение, а также возникающие неглубокие вегетативные расстройства – головные боли, потливость и др. Вторым классическим проявлением астении является раздражительность (раздражительность и утомляемость часто объединяют в раздражительную слабость), которая может выражаться во вспышках гнева, мгновенном и долгом ухудшении настроения. При заметно выраженной астении раздражительность охватывает и непереносимость внешних раздражений (громких звуков, резких запахов, неожиданных прикосновений, внезапного включения света и др.). При астениях нарушено внимание, причем все его свойства – концентрация, переключаемость, объем, а также мнестические функции, прежде всего процесс репродукции запечатленной информации [45].

Степень астенических проявлений зависит от тяжести и длительности заболевания, отношения ребенка к заболеванию и его последствиям, а также от нарастающих школьных трудностей. Это относится, прежде всего, к заболеваниям с хроническим течением, эндокринным нарушениям.

На фоне астенического симптомокомплекса могут возникать депрессивные (подавленность, плаксивость, чувство безысходности), апатические (безразличие, вялость), ипохондрические (сосредоточенность на своем соматическом состоянии, неверие в выздоровление), истерические (привлечение к себе максимума внимания в связи с болезнью), фобические

(страх перед резким ухудшением соматического состояния), эйфорические (немотивированное веселье) и другие включения [8,9].

Д.Н. Исаев отмечает, что для эндокринных заболеваний часто отмечается психоэндокринный синдром, при котором наблюдаются снижение памяти, нарушения интеллектуальной деятельности, расстройства инстинктивной сферы и мотивации, изменения личности больного в целом. При этом при гипотиреозе более типичны амнестические расстройства в сочетании с аспонтанностью и равнодушием, а при гипертиреозе чаще наблюдаются тревожная торопливость, депрессия, боязливое ожидание несчастья [2].

При сахарном диабете в начале заболевания имеют место явления массивного церебрастенического синдрома<sup>5</sup>, за которым может последовать коматозное состояние; с улучшением состояния церебрастения сменяется невротоподобными и психопатоподобными расстройствами, в стадии стабилизации на передний план выдвигаются вегетативные нарушения и диэнцефальные пароксизмы, становится более заметной задержка психического развития [2].

С нейропсихологических позиций А.В. Семенович были изучены нарушения формирования высших психических функций у детей с хроническими заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы [43]. На основе проведенного нейропсихологического анализа психического развития детей 6 – 14 лет с ревматическими пороками сердца и бронхиальной астмой автор отмечает, что формирование мозговой организации ВПФ у них протекает иначе, чем в норме и при других вариантах отклоняющегося развития. Так, у детей с бронхиальной астмой на фоне сохранных двигательных, гностических и оптико-конструктивных функций на первый план выступают дефекты памяти, речи и мышления. Недостаточность мнестических процессов наблюдалось как в слухоречевой, так и в зрительной модальности.

У детей с кардиопатологией также наблюдались особенности онтогенеза познавательных процессов, однако они носили качественно иной характер, чем у детей с бронхиальной астмой. Здесь на первый план выступали трудности в оптико-пространственной сфере. Нарушения памяти проявлялись исключительно в звене непосредственного воспроизведения как слухо-речевого, так и зрительного материала. При этом расстройства мнестической деятельности были связаны с нарушением фактора структурирования, независимо от модальности и степени смысловой организации эталона. При полной сохранности объема и прочности памяти у этих детей наблюдалась невозможность удержания порядка внутри

---

<sup>5</sup> Церебрастеническим синдромом (церебрастенией) – обозначают астенические состояния, возникающие на почве остаточных явлений внутриутробных, перинатальных и ранних постнатальных поражений мозга, а также после перенесенных мозговых инфекций и черепно-мозговых травм. Такая астения рассматривается как одна из форм «психоорганического синдрома» на почве «энцефалопатии» (энцефалон – мозг, патос – болезнь).

стимульного ряда; постоянные пространственно-временные и сюжетно-смысловые перестановки [43].

По мнению А.В. Семенович, наблюдаемая нейропсихологическая симптоматика у детей с кардиопатологией, (как и в случае бронхиальной астмы), возникает как результат негативного действия на него факторов церебральной декомпенсации, что может в дальнейшем сказываться на познавательном развитии и в особенностях личностной акцентуации этих детей [43].

В исследованиях многих авторов отмечается, что хронические заболевания в детском возрасте сопровождаются патологическим формированием личности, формируются задержки общего и психического развития, особенно у детей и подростков с врожденными пороками сердца, ревматизмом, хронической дизентерией и т.п. [2,8,9]. Чаще всего стойкая астения, снижающая общий психический тонус, приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы [2,8].

В работах Д.Н. Исаева выделено 4 группы соматически больных детей в зависимости от состояния психического здоровья.

К первой группе относятся совершенно здоровые дети с оптимальной адаптированностью.

Вторая группа – это дети с легкими функциональными нарушениями (утомляемостью, нарушениями сна, неустойчивостью настроения).

В третью группу включены дети с «доклиническими состояниями или с астеноневротическим синдромом, с тревожностью, мнительностью, неуверенностью, нарушением биоритмов, вегетативными пароксизмами (головными болями, головокружениями, тошнотой), периодическими аллергическими проявлениями, снижением работоспособности».

В четвертую группу включены дети с клиническими формами (патохарактерологическими, психоорганическими синдромами) в стадии субкомпенсации [2].

Автор подчеркивает, что у детей второй группы психическое состояние в значительной степени зависит от психологических факторов, а у детей 3 и 4 групп – от биологических факторов.

Таким образом, учитывая особенности нарушений психической деятельности и психического дизонтогенеза при соматических заболеваниях должен осуществляться комплекс реабилитационных и абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА для этой группы детей-инвалидов.

Психолого-педагогические мероприятия представляются в ИПРА ребенка-инвалида дифференцированно с учетом характера и тяжести заболеваний внутренних органов [66]. Так, при состояниях дыхательной недостаточности, характеризующихся стойкими, умеренными (в зависимости от степени – выраженными или значительно выраженными) нарушениями функций дыхательной, сердечно-сосудистой системы, приводящими к ограничению способностей к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, а также обучению, рекомендации ИПРА ребенка-инвалида по

психолого-педагогической реабилитации включают:

1) получение общего образования в образовательных организациях по общеобразовательным программам в очной форме, режим занятий соответствует классу обучения, объем изучаемого материала может снижаться на 5-10% за счет исключения некоторых действий на уроках труда, рисования, физкультуры, химии;

2) проведение психолого-педагогической коррекции, направленной на формирование образовательных и социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания, проведения досуга и др., по возможности самостоятельно с помощью ТСР, навыков взаимоотношений в детском коллективе, в семье;

3) осуществление психокоррекции или психопрофилактики патологических синдромов после операции, проводимых невропатологом, психотерапевтом, психологом с применением медикаментозного лечения;

4) выбор профессий при профессиональной ориентации с учетом утраченных и сохранных профессионально важных качеств (так с учетом сниженной общей физической работоспособности, рекомендуются профессии с исключением вредных факторов и тяжелой физической нагрузки) [66].

В программу социальной реабилитации при указанных состояниях дыхательной недостаточности у детей входят мероприятия, ориентированные на индивидуальную потребность ребенка, в т.ч. социально-средовая реабилитация: информирование и консультирование членов семьи ребенка по вопросам реабилитации, особенностям течения заболевания дыхательной системы, пользования ТСР, помощи ребенку при приступе и др.; социально-бытовая адаптация: обучение социально-бытовым навыкам с использованием ТСР.

При хронической сердечной недостаточности, представляющей собой сложный клинический синдром, развивающийся при неспособности сердца обеспечить кровоснабжение органов и тканей на уровне нормального метаболизма, приводящей к стойким умеренным (в зависимости от степени выраженным или значительно выраженным) нарушениям функций сердечно-сосудистой системы, приводящим к ограничению способностей к самообслуживанию, самостоятельному передвижению и обучению, рекомендации ИПРА ребенка-инвалида по психолого-педагогической реабилитации включают [66]:

– получение общего образования в образовательных организациях по общеобразовательным программам в очной форме, режим занятий соответствует классу обучения, объем изучаемого материала может снижаться на 5-10% за счет исключения некоторых действий, связанных с активной физической активностью на уроках труда, физкультуры; при длительном лечении ребенок может обучаться, в том числе в медицинской организации (в санатории и др.) или на дому;

– проведение психолого-педагогической коррекции, направленной на формирование образовательных и социально-бытовых навыков, навыков

самообслуживания, проведения досуга и др., по возможности самостоятельно с помощью технических средств реабилитации, навыков взаимоотношений в детском коллективе, в семье;

– проведение профориентационной работы с ребенком, подборе профессии для обучения и дальнейшего трудоустройства с учетом имеющихся противопоказаний и доступных по состоянию здоровья видов деятельности (выбирают профессии 1 и 2 класса тяжести, в благоприятном микроклимате, без воздействия вредных факторов труда).

Мероприятия ИПРА ребенка-инвалида по социальной реабилитации предусматривают:

1) социально-средовую реабилитацию, включающую обучение пользования приборами, с применением технических средств реабилитации; информирование и консультирование семьи ребенка об особенностях режима жизни ребенка, ухода за ним и воспитания и др.;

2) социально-бытовую адаптацию, включающую обучение ребенка социально-бытовым навыкам, в том числе с использованием технических средств реабилитации (при необходимости);

3) социально-психологическую реабилитацию, направленную на формирование у ребенка адекватного отношения ребенка к болезни, установки на восстановление здоровья собственными тренировочными усилиями, восстановление утраченных функций и способности к обучению;

4) физкультурно-оздоровительные мероприятия, проведение которых должно осуществляться с учетом показаний и противопоказаний (так абсолютными противопоказаниями считают сердечно-сосудистые заболевания: аневризма сердца и аорты, миокардиты любой этиологии, декомпенсированные пороки сердца, нарушения ритма сердца и проводимости, синусовая тахикардия с ЧСС более 100 в минуту и др.).

При осуществлении комплексного сопровождения детей-инвалидов с соматическими заболеваниями особое внимание должно уделяться организации психологической помощи.

Как отмечает И.И. Мамайчук, психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями отличается от психологической помощи детям и подросткам с другими нарушениями в психическом развитии – как по целевой направленности, так и по организации и динамике процесса работы с ребенком. Особенности этой работы определяются [28,29]:

- а) разнообразием этиопатогенетических факторов соматических заболеваний в детском возрасте;
- б) спецификой внутренней картины болезни (ВКБ) в детском и подростковом возрасте;
- в) спецификой психотравмирующих ситуаций, связанных с длительностью и тяжестью заболевания, уровнем аффективной значимости болезни для ребенка (подростка), его психофизическим состоянием в период болезни;
- г) особенностями микросоциального окружения ребенка, включающего в

себя отношение родителей к болезни ребенка, стили семейного воспитания, особенности функционирования семьи в целом.

По мнению И.И. Мамайчук, сложность и своеобразие психического развития детей с соматическими заболеваниями требует особого методологического подхода к его анализу и разработки программ психологической коррекции, психологического сопровождения и поддержки [28]. При этом важными составляющими психологической помощи детям-инвалидам с соматическими заболеваниями, помимо консультирования, психологической коррекции и психотерапии, являются психологическое сопровождение, психологическая поддержка, а также психологическая диагностика и прогностика.

Особое внимание должно уделяться изучению реакции личности ребенка на болезнь. Переживание болезни, по мнению В.В. Ковалева, складывается из общего чувственного и эмоционального фона, сочетающегося с ощущениями, представлениями, психогенными реакциями и другими психическими проявлениями [2,8]. А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым описаны 13 различных типов отношения к соматическому заболеванию:

1. Гармоничный тип (реалистичный, взвешенный), при котором характерна оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения.

2. Эргопатический (стенический) тип, которым наблюдается избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать быть активным, в частности в учебе.

3. Анозогнозический (эйфорический) тип, для которого характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

4. Тревожно-депрессивный тип, при котором отмечается непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.

5. При обсессивно-фобическом типе наблюдаются тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью.

6. Ипохондрический тип, для которого типично чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

7. Неврастенический тип, при котором наблюдается поведение по типу «раздражительной слабости». При этом типе часто отмечаются вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманном словам, просьбы о прощении.

8. Меланхолический (витально-тоскливый) тип, при котором отмечается свехудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

9. Апатический тип, для которого типично полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

10. Сенситивный тип, характеризующийся чрезмерной ранимостью, уязвимостью, озабоченностью возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

11. Эгоцентрический тип, при котором наблюдается «уход в болезнь», выставление на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью овладеть их вниманием; требование исключительной заботы о себе; другие люди, требующие заботы, рассматриваются как конкуренты.

12. Паранойяльный тип, при котором больной уверен, что болезнь является результатом злого умысла, наблюдается крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Приписывание осложнений или побочных

действий лекарств халатному отношению или злему умыслу персонала и врачей. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

13. Дисфорический, при котором наблюдается преобладание мрачно-озлобленного настроения, зависть и ненависть к здоровым, вспышки гневного аффекта со склонностью [8].

Как отмечает Д.Н. Исаев, реакции на заболевание у ребенка формируются иначе, чем у взрослого человека. Дети долго не разделяют телесное и психическое. Они думают, что повреждение тела, физическая боль не влияют на мыслительную деятельность – состояние «Я» [8], что создает искаженную картину болезни.

По мнению автора, большое влияние на тип реагирования оказывают возраст, преморбидное состояние<sup>6</sup>, темперамент, акцентуация характера, наличие психопатических черт личности, незрелость самосознания и личностной самооценки, половая принадлежность, психосексуальное развитие [8]. Имеют значение своеобразие интерперсональных отношений в семье, семейная обстановка, тип воспитания, родительская реакция на болезнь ребенка [8]. Наконец, отношение детей к болезни определяется степенью осознания дефекта, кататимной психологической защитой, представлениями о болезни [8].

В качестве одного из факторов, влияющего на течение заболевания и эффективность лечения ребенка, выделяют внутреннюю картину болезни (ВКБ). Она понимается как комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, осложняющих течение болезни и, препятствующих успешности лечения и реабилитации [29]. На формирование ВКБ у ребенка большое влияние оказывает отношение родителей к здоровью и болезни ребенка. Неадекватные стили семейного воспитания формируют у больного ребенка состояние беспомощности, эмоционального дискомфорта, пассивности. Основным компонентом ВКБ как у взрослых, так и у детей является отношение к болезни, включающее в себя три уровня: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

Когнитивный уровень ВКБ включает в себя знания о своем заболевании и осознание его, что у детей в значительной степени зависит от возраста и уровня интеллектуального развития. Исследования показывают, что дети не понимают причин заболевания, рассматривают их как наказание за непослушание, за несоблюдение гигиены и пр., а в более старшем возрасте – связывают болезнь с конфликтами в семье и школе. В некоторых работах также показано, что осознание болезни зависит не только от возраста ребенка, а также от специфики самого заболевания. Например, в исследовании Ю.Е. Куртановой было показано, что кризис осознания болезни у детей с нефрологическими заболеваниями отмечается в предподростковом возрасте (10-12 лет), при лимфостазе – начинается в предподростковом и продолжается в подростковом возрасте (10-16 лет), при

---

<sup>6</sup> Преморбидное состояние – состояние до болезни.



муковисцидозе – в подростковом возрасте (13-16 лет) [8].

Эмоциональный уровень ВКБ у детей и подростков проявляется по-разному и в значительной степени зависит от возраста ребенка. У детей младшей возрастной группы отношение к болезни не затрагивает смысловой иерархии личности. С возрастом у детей проявляются собственные эмоциональные оценки болезни и ее последствий, т.е. возрастает переживание болезни.

Поведенческий уровень отношения к болезни включает в себя выработку определенной стратегии поведения ребенка в ситуации болезни, т.е. принятие роли больного, борьба с болезнью, установка на нее. В отличие от взрослых больных, у детей и подростков почти не наблюдается факта «отрицания болезни» и «ухода в болезнь», а проявляется в таких защитных механизмах их личности как фантазирование, регресс, уход от проблем, вытеснение и др. [29].

По мнению Д.Н. Исаева мобилизовать личность ребенка на участие в процессе выздоровления возможно, если будет точно оценена ВКБ и жизненная (психосоматическая) ситуация больного [8]. Последняя может определяться следующими факторами.

Объективные факторы:

- 1) стимулы (постановка или отмена диагноза, поощрения за соблюдение постельного режима);
- 2) эпизоды (госпитализация, выписка из больницы, болезненная процедура);
- 3) ситуации (хирургическая операция, длительный отрыв от родителей);
- 4) окружение (отсутствие сверстников в палате, круглосуточный уход за больным);
- 5) среда (домашняя обстановка, вместе с проживающими членами семьи, палата или бокс больницы).

Субъективные факторы:

- 1) межличностные отношения в семье, больничной палате, в отношениях с медицинским персоналом;
- 2) социально-психологический климат, возникающий в процессе воспитания, лечения, пребывания в санатории;
- 3) групповые нормы, установившиеся между детьми в палате;
- 4) ценности больного (преданность родителям, вера, стремление к познанию, приобретаемым навыкам, страсть к игре);
- 5) стереотипы сознания (быть здоровым, подчиняться взрослым, быть независимым, всего остерегаться).

При осуществлении психологической помощи детям-инвалидам с соматическими заболеваниями следует учитывать их индивидуально-личностные особенности, в том числе преморбидные. Так, изучена негативная роль тревожности как преморбидного радикала личности ребенка, которая обуславливает готовность к возникновению тревожных реакций и

приводит к нарушению адаптивного поведения в период болезни и лечения.

Кроме тревожности выделяются такие преморбидные радикалы личности как эмоциональность, которая проявляется в позитивных или негативных реакциях ребенка на его окружение. При определенных условиях, эмоциональность может играть отрицательную роль, способствовать формированию эмоционального напряжения, что нередко приводит ребенка к невротическим или соматическим расстройствам [8, 29].

У детей с чертами тревожности нередко отмечается состояние страха (страх предстоящей операции, перевязки, боли и пр.). При этом страхи у детей-инвалидов с соматическими заболеваниями могут быть двух типов: нормальные, проявляющиеся как естественная реакция (например, страх перед предстоящей операцией) и патологическим (фобии).

В процессе психологической помощи детям и подросткам с соматическими заболеваниями необходимо учитывать:

- 1) сложную структуру особенностей психического развития детей и подростков с соматическими заболеваниями с учетом преморбидных личностных характеристик;
- 2) социальную ситуацию развития детей и подростков с соматическими заболеваниями;
- 4) систему детско-родительских отношений;
- 5) выраженность изменений личности, связанных с имеющимся соматическим заболеванием.

Сложность, многообразие и специфика психических нарушений у детей с соматическими заболеваниями предполагают системный подход к разработке программы психокоррекционной работы, которая должна быть, прежде всего, направлена на гармонизацию личностной структуры, семейных взаимоотношений и конструктивное решение актуальных психотравмирующих проблем [28].

При составлении психокоррекционных программ в работе с детьми, страдающими соматическими заболеваниями рекомендуется:

- 1) сформулировать основные цели психологической коррекции;
- 2) выделить круг задач, которые конкретизируют поставленную цель;
- 3) определить содержание занятий с учетом специфики эмоциональных и поведенческих нарушений у детей и подростков, их структуры и степени тяжести;
- 4) выбрать форму психокоррекционной работы с ребенком или подростком (индивидуальную, групповую или семейную);
- 5) определить формы и направления профессиональных контактов с другими специалистами, работающими с ребенком или подростком (врач-педиатр, врач-невропатолог, педагог, социальный педагог, учитель, родители и другие члены семьи);
- 6) отобрать соответствующие психокоррекционные методы с учетом возраста, психологических особенностей и конкретных проблем ребенка (подростка);

7) предварительно разработать методы анализа и оценки динамики психокоррекционного процесса [28].

В практике психологического сопровождения детей-инвалидов с соматическими заболеваниями используются различные методы психологической коррекции и психотерапии. Выбор конкретных методов психологической коррекции определяется с учетом возраста ребенка, уровня его интеллектуального развития, личностных особенностей, анализа ВКБ, особенностей самого заболевания, его тяжести и стадии.

В соответствии с дифференциацией видов психологической коррекции на общую, специальную и дифференцированную И.И. Мамайчук рекомендует [28] определить для каждого из них свои стратегические и тактические задачи, а также выбрать определенные методы психологической коррекции (см. таблица 1).

Таблица 1 – Виды психологической коррекции и их особенности у детей с соматическими заболеваниями

<b>Вид психологической коррекции</b>	<b>Стратегические задачи</b>	<b>Тактические задачи</b>	<b>Психотехники</b>
<b><i>Общая психокоррекция</i></b>	Гармонизация развития личности ребенка (подростка) с соматическими заболеваниями.	Организация жизнедеятельности ребенка (подростка) в социуме (в школе, в семье и пр.) с учетом его реальных и потенциальных возможностей.	Знакомство психолога с социальным окружением ребенка (подростка). Рекомендации родителям, педагогам, направленные на охранительностимулирующий режим для ребенка или подростка, оптимизацию его коммуникативного и эмоционального потенциала в процессе жизнедеятельности.
<b><i>Специальная психокоррекция</i></b>	Организация конкретных психокоррекционных воздействий с учетом возрастных, психолого-педагогических особенностей ребенка (подростка).	Разработка и использование различных психокоррекционных методов: игротерапия, арттерапия, психорегулирующая гимнастика и пр. с учетом клинических, возрастных и личностных особенностей ребенка (подростка).	Направленные ролевые игры в занятиях, арттерапия, музыкотерапия и пр. в форме семейных, групповых или индивидуальных занятий с ребенком (подростком).

<i>Дифференцированная психокоррекция</i>	Ориентация на коррекцию конкретных проблем у детей и подростков с соматическими заболеваниями с учетом индивидуально-типологических, клинико-психологических особенностей.	Разработка индивидуальных психокоррекционных программ, направленных на коррекцию конкретных нарушений у ребенка (подростка). Например, аффективность, агрессивность, некоммуникабельность и пр.	Специальные игры, занятия в рамках индивидуальных занятий и семейной психокоррекции.
--	--	---	--

Каждый из видов психологической коррекции имеет свои специфические задачи и направленность в зависимости от особенностей и степени тяжести заболевания, характеристик личностного развития ребенка и его микросоциального окружения, включающих родительские отношения к ребенку и болезни, а также стили семейного воспитания.

При разработке психокоррекционных технологий И.И. Мамайчук рекомендует использовать методы онтогенетической ориентации, которые предполагают возврат ребенка и родителей к ранним этапам общения и поведения [28,52].

Для коррекции детско-родительских отношений автором рекомендуется использовать ролевые *игры* в семейной группе (родитель-ребенок), содержание которых составляют ранние детские воспоминания о счастливых и несчастливых пережитых ситуациях. Детям предлагается обыграть эти ситуации в присутствии родителей или изобразить их в рисунках.

В процессе работы с семьей ребенка-инвалида предлагается исследовать особенности *семейного функционирования*, отражающей сложную систему отношений между членами семьи и их личностные особенности.

Так, в результате исследования семей детей с бронхиальной астмой были выделены три группы семей:

1) семьи с выраженной жесткой системой семейного функционирования с преобладанием ригидных установок в распределении семейных ролей, в доминирующей роли матери, в нарушении внутрисемейного общения, выраженной гиперпротекцией в процессе воспитания детей, авторитарностью матерей и воспитательной неуверенностью отцов;

2) неустойчивая интегрированность членов семьи, искаженный образ ребенка, особенно у матери, высокая эмоциональная концентрация на болезни ребенка у обоих родителей;

3) умеренная интегрированность членов семьи с лидирующей ролью отца, гиперопека со стороны обоих родителей, тенденция к установлению партнерских отношений с ребенком, повышенные требования и санкции к ребенку со стороны отцов.

С учетом выявленных особенностей функционирования семей с

детьми, страдающими бронхиальной астмой, а также характеристик выделенных групп семей были определены направления и технологии психологической коррекции. Направления и содержание коррекционной работы определялись в зависимости от степени тяжести нарушений семейного функционирования (см. таблица 2).

Таблица 2 – Направления психологической коррекции в семьях с детьми, страдающими бронхиальной астмой в зависимости от особенностей семейного функционирования

Группа	Направления психологической коррекции	Психокоррекционные технологии
<p><b>Группа 1.</b> <b>Выраженная жесткая система семейного функционирования</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Формирование рефлексивности у родителей с целью осознания своего поведения в процессе группового взаимодействия.</li> <li>· Формирование способности находить социальную поддержку между родителями, выстраивать конструктивные межличностные отношения в системе «мать - ребенок - отец».</li> </ul> <p><b>Обучение родителей преодолевать негативные эмоциональные реакции, возникающие в процессе общения внутри семьи</b></p>	<p>Групповая психокоррекция с 2-3 семьями со сходными проблемами в два этапа.</p> <p>На первом этапе работа только с родительскими парами с целью формирования рефлексивности и социальной поддержки.</p> <p><b>Психотехники:</b> психодрамы, в процессе которых проходит разыгрывание семейных конфликтов с последующим их обсуждением в группе. Разыгрываются жизненные проблемы конкретных семей, участвующих в занятиях, также с последующим обсуждением.</p> <p>На втором этапе работа в системе родители-ребенок с целью формирования адекватных стилей семейного воспитания в системе «родители - ребенок».</p> <p><b>Психотехники:</b> проективное рисование с целью выявления и анализа внутриличностной и межличностной проблематики у членов семьи.</p>
<p><b>Группа 2.</b></p>	<p><b>Направления психологической коррекции</b></p>	<p><b>Психокоррекционные технологии</b></p>
<p><b>Группа 2.</b> <b>Неустойчивая интегрированность членов семьи, искаженный образ ребенка.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Формирование адекватных представлений о ребенке и его потенциальных возможностях.</li> <li>· Формирование позитивных установок у родителей на лечебный процесс, на согласованность стилей воспитания, снижение эмоционального напряжения</li> </ul>	<p>Семейная психокоррекция в системе мать-ребенок-отец.</p> <p>Специальные игры, направленные на создание эффективной иерархической структуры семьи, в которой родители являются авторитетом для ребенка.</p> <p>Усиление родительской подсистемы, в которой родители поддерживают друг друга при предъявлении требований к ребенку.</p> <p><b>Психотехники:</b> социометрические приемы - построение скульптуры семьи, семейные социогаммы, когнитивные приемы - составление списка семейных правил (что принято, что требует изменения, совместное обсуждение трудностей (см. Мамайчук, 2015).</p>

<p>Группа 3. Умеренная интегрированность членов семьи с лидирующей ролью отца, гиперопека со стороны обоих родителей</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Осознание реальных и потенциальных возможностей ребенка родителями и создание гармоничной модели развития ребенка.</li> </ul> <p><b>Оптимизация воспитательных воздействий родителей в соответствии с реальными возможностями ребенка</b></p>	<p>Занятия проводятся в семейных группах: мать-ребенок-отец. Используются психотехники: «Чтение мыслей», когда родители должны угадать, какое чувство использует ребенок; игра «Живая скульптура», направленная на свободное выражение чувств, спонтанность поведения. Ролевые игры, совместное обыгрывание ситуаций из жизни семьи с позитивной и негативной окраской. Игры драматизации, когда ребенок выполняет роль родителя в конфликтной ситуации, а родитель роль ребенка. Другой родитель выполняет роль судьи, анализирует особенности воспитательных воздействий (Мамайчук, 2015).</p>
--	--	--

Для коррекции индивидуальных проблем ребенка, в том числе определяющих особенности ВКД, ИИ. Мамайчук рекомендует использовать *психодраматические* игры, которые помогают детям глубже понять свои неосознаваемые мотивы, скрытые желания и страхи, истинные отношения и установки, а также «*проективные рисунки*», направленные на выявление и понимание детьми трудно вербализуемых проблем и переживаний [29].

С учетом специфики психического онтогенеза и наличием недостаточности высших психических функций можно рекомендовать использование в рамках комплексной коррекционной программы методики сенсомоторной коррекции в целях преодоления имеющихся у таких детей нарушений морфофункционального созревания мозговых структур, предупреждения развития патологических состояний и укрепления психического здоровья. Сенсомоторная коррекция может являться средством преодоления и профилактики проявлений дизонтогенеза, возникающих в результате нарушений психосоматического развития: задержки физического развития, позднего формирования моторных навыков, навыков самообслуживания и ряда других нарушений.

Методологические сенсомоторная коррекция основывается на теории А.Р. Лурии о трех структурно-функциональных блоках мозга. Эффективность использования данного метода определяется его направленностью на механизмы психического дизонтогенеза, воздействием через двигательные и сенсорные компоненты на всю психику ребенка в целом, при достаточно директивном подходе и особым образом организованном взаимодействии с ребенком.

Выделяются следующие этапы проведения сенсомоторной коррекции.

1. *Диагностический этап, предполагающий комплексную оценку сформированности различных компонентов психической деятельности посредством нейропсихологических методик, адаптированных к детскому возрасту* (Симерницкая Э.Г., Глозман Ж.М. Цветкова Л.С., Семенович

А.В.). Преимущество нейропсихологической диагностики заключается в том, что с ее помощью можно выявить не только актуальный уровень знаний и умений ребенка, но и базисные патогенные факторы, приводящие к наблюдающимся нарушениям.

2. *Установочный этап, целью которого является создание у ребенка и его родителей активной установки на психокоррекционную работу, формирование мотивов самопознания и самосовершенствования, снижение тревожности, усиление уверенности в возможности достижения позитивных изменений.*

3. *Коррекционный этап, в ходе которого реализуется технология сенсомоторной коррекции, включающая определенные блоки упражнений. Первый блок включает преимущественно упражнения, направленные в основном на функционирование подкорковых структур, улучшение мозгового кровообращения, нормализацию активационных процессов, снятие тонических нарушений, повышение работоспособности. Второй блок упражнений ориентирован на развитие двигательной, пространственной сферы, становление адекватной схемы тела и образа физического «Я». Упражнения этих двух блоков способствуют развитию мелкой моторики, преодолению патологических синкинезий, улучшению функций межполушарного взаимодействия. Третий блок упражнений направлен на повышение уровня саморегуляции и произвольного контроля. Порядок выполнения ребенком упражнений соответствует направлению онтогенетического развития (начиная с положения лежа). Как отмечается в литературе, улучшение состояния соматической сферы ребенка происходит опосредованно через оптимизацию функционирования мозговых структур, регулирующих работу внутренних органов, нейрогуморальной и иммунной систем, а также через стимуляцию рефлексии и самоконтроля, в том числе в сфере телесности. Содержание данной методике подробно представлено в работах А.В. Семенович, а также других авторов [3,42].*

4. *На последнем этапе осуществляется оценка эффективности коррекционной работы, посредством той же диагностической методики, которая использовалась перед началом коррекционной работы (на диагностическом этапе). Кроме того, объективно измерить улучшение состояния ребенка возможно путем медицинского обследования и клинических исследований (ЭЭГ, РеоЭГ и др.)*

Важнейшей составляющей психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов с соматическими заболеваниями является работа специалистов ППМС-центров с ближайшим окружением таких детей. Это, прежде всего, педагоги, осуществляющие обучение ребенка. С педагогами необходимо обсуждать вопросы организации учебного процесса, дозирования учебной нагрузки, использования методов и приемов обучения с учетом психофизического состояния ребенка. В процессе осуществления психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов с соматическими заболеваниями в условиях общеобразовательного учреждения должен



осуществляться постоянный мониторинг, предполагающий систематическое отслеживание динамики развития и школьной адаптации ребенка (подростка).

Сама система комплексного сопровождения должна быть направлена на организацию жизнедеятельности ребенка-инвалида с учетом его психических и физических возможностей и своевременное оказание необходимой психологической помощи как самому ребенку (подростку), так и его родителям и родственникам. Особое значение в системе психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов, страдающих соматическими заболеваниями должно уделяться взаимодействию с педагогами школы, где обучается ребенок, и с врачом, который его постоянно наблюдает.

По завершению основного этапа коррекционной работы дети-инвалиды и их родители нуждаются в психологической поддержке, которая может осуществляться в форме *социально-психологического патронажа*. Цели и задачи такого патронажа зависят от состояния ребенка, успешности его социальной адаптации, динамики выздоровления и развития, особенностей функционирования семьи и др.

К основным задачам психологической поддержки детей-инвалидов с соматическими заболеваниями в рамках социально-педагогического патронажа относят [28]:

- 1) укрепление социально-психологического статуса ребенка и подростка в семье, детских коллективах (классе, группе) и пр.;
- 2) оказание помощи ребенку-инвалиду (подростку) в самореализации с ориентацией на формирование адекватной самооценки и саморегуляции поведения;
- 3) оказание помощи ребенку-инвалиду (подростку) в осознании и разрешении конфликтных ситуаций, проблем внутриличностного и межличностного характера.

В качестве основных направлений психологической поддержки родителей выделяют:

- 1) снижение эмоционального дискомфорта родителей в связи с заболеваниями детей;
- 2) поддержание уверенности родителей в возможностях социальнопсихологической и психической адаптации детей;
- 3) формирование у родителей адекватного отношения к психологическим проблемам детей и к лечебному процессу;
- 4) сохранение адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания [29].

В процессе работы с ближайшим окружением ребенка-инвалида необходимо создавать условия, чтобы психологическую поддержку он мог получить не только непосредственно от психолога, но и от своих родителей, педагогов, родственников и сверстников, для чего необходимо обеспечить высокий уровень их сотрудничества с психологом.

На основании всего вышеизложенного можно отметить следующие особенности комплексного сопровождения детей, инвалидность которых связана с соматическим заболеванием:

1. Необходимость организации постоянного взаимодействия специалистов ППМС-центров с медицинскими специалистами, осуществляющими лечение ребенка-инвалида, а также учителями, осуществляющими его обучение, и родителями.

2. Использование организационных форм (индивидуальных, групповых, смешанных) и технологий психолого-педагогического сопровождения ребенка-инвалида с учетом особенностей (характера, тяжести, стадии и др.) соматического заболевания, рекомендаций ИПРА ребенка-инвалида, условий обучения (в классе, надомном обучении, обучении в медицинской организации при длительном лечении)<sup>7</sup>.

3. Выбор направлений и методов коррекционной работы с учетом имеющихся нарушений психического развития (в том числе проявлениями психического дизонтогенеза, непосредственно связанными с соматическим заболеванием); специфики ВКБ и личностных особенностей детей-инвалидов; психотравмирующих ситуаций, связанных с длительностью и тяжестью заболевания; особенностями микросоциального окружения ребенка, включающими отношение родителей к болезни ребенка, стили семейного воспитания, особенности функционирования семьи в целом.

4. Обеспечение особой психологизации образовательной среды на основе постоянного наблюдения за психофизическим состоянием ребенка-инвалида, информирования учителей об особенностях его работоспособности, эмоциональной сферы, возможных поведенческих реакциях, осуществления психокоррекционной работы по преодолению и предупреждению трудностей обучения, а также психологической поддержки учащегося в образовательном процессе.

#### **4. Психолого-педагогическое сопровождение ППМС-центрами одаренных детей-инвалидов**

Одним из возможных направлений деятельности ППМС-центров является также психолого-педагогическое сопровождение одаренных детей-инвалидов [72].

Задача поддержки талантливых и одаренных детей была обозначена еще национальной образовательной инициативе «Наша новая школа» [56]. Как известно, к категории талантливых детей относятся дети, которые выделяются яркими, очевидными, иногда выдающимися достижениями. К одаренным детям относятся дети, которые еще могли не проявить в полной

---

<sup>7</sup> Психолого-педагогическое сопровождение детей-инвалидов с соматическими заболеваниями может осуществляться специалистами ППМС-центров в общеобразовательных организациях, в форме индивидуального сопровождения при надомном обучении или в медицинской организации, где организуются условия для обучения ребенка-инвалида при его длительном лечении.

мере свои таланты, но имеют внутренние предпосылки для достижений в том или ином виде деятельности. Само понятие одаренности в настоящее время рассматривается как системное, развивающееся в течение жизни качество психики.

Одаренные дети есть и среди детей-инвалидов. Они нуждаются в особых подходах к организации психолого-педагогического сопровождения для реализации их потенциала способностей. Одаренные дети-инвалиды представляют собой очень неоднородную группу как по характеру заболеваний и нарушений развития (дети с тяжелыми соматическими заболеваниями, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с сенсорными нарушениями (нарушениями слуха и зрения), нарушениями речи, с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения, со сложными недостатками развития), так и по и специфике одаренности.

Система комплексного сопровождения одаренных детей-инвалидов должна включать четыре блока: психологический, педагогический, медицинский и социальный.

Психологический блок предусматривает выявление, изучение и поддержку одаренных детей-инвалидов посредством психологических методик. Медицинский блок реализуется при участии специалистов медицинских учреждений соответствующего профиля (врачи-педиатры, врачи-психоневрологи, врачи ЛФК), с применением необходимых в каждом индивидуальном случае методов.

Педагогический блок предполагает организацию педагогического (учителями, педагогами-дефектологами) сопровождения, поддержки, использование технологий обучения с учетом специфики особых образовательных потребностей одаренных детей. Изучение детей в рамках этого блока осуществляется с помощью методов наблюдения, интервью, анализа продуктов учебной деятельности и методов педагогической диагностики. Социальный блок предполагает выстраивание социокультурного пространства для реализации потенциала способностей одаренного ребенка.

Авторами «Рабочей концепции одаренности» [48] были сформулированы следующие основные принципы выявления одаренных детей:

- 1) комплексный характер оценивания разных сторон поведения и деятельности ребенка, что позволит использовать различные источники информации и охватить как можно более широкий спектр его способностей;
- 2) длительность идентификации (развернутое во времени наблюдение за поведением данного ребенка в разных ситуациях);
- 3) анализ его поведения в тех сферах деятельности, которые в максимальной мере соответствуют его склонностям и интересам (включение ребенка в специально организованные предметно-игровые занятия, вовлечение его в различные формы соответствующей предметной деятельности и т.д.);

4) использование тренинговых методов, в рамках которых можно организовывать определенные развивающие влияния, снимать типичные для данного ребенка психологические «преграды» и т.п.;

5) подключение к оценке одаренного ребенка экспертов: специалистов высшей квалификации в соответствующей предметной области деятельности (математиков, филологов, шахматистов, инженеров и т.д.).

6) оценка признаков одаренности ребенка не только по отношению к актуальному уровню его психического развития, но и с учетом зоны ближайшего развития (в частности, на основе организации определенной образовательной среды с выстраиванием для данного ребенка индивидуальной траектории обучения);

7) преимущественная опора на методы психодиагностики, имеющие дело с оценкой реального поведения ребенка в реальной ситуации, таких как: анализ продуктов деятельности, наблюдение, беседа, экспертные оценки учителей и родителей, естественный эксперимент.

Для выявления одаренных детей в психолого-педагогической практике используют: методику оценки общей одаренности (автор – А.И. Савенков), анкету Дж. Рензулли и соавторов (в адаптации Л.В. Поповой), методику «Карта одаренности» (Хаана и Каффа), методику «Уровень сформированности свойств личности, характеризующих одаренность у наблюдаемого ребенка» (автор – А.И. Савенков), Креативные тесты Вильямса и др. [44].

Психолого-педагогическое сопровождение одаренных детей-инвалидов ППМС-центрами может осуществляться:

1) непосредственно на базе ППМС-центра при реализации программы психолого-педагогической работы с одаренными детьми-инвалидами и их родителями;

2) в рамках реализации дополнительных общеразвивающих образовательных программ в условиях ППМС-центров;

3) в общеобразовательной организации на условиях сетевого взаимодействия при реализации основных общеобразовательных программ, в том числе АООП.

В качестве основных функций ППМС-центров по психолого-педагогическому сопровождению детей инвалидов можно выделить оказание помощи общеобразовательным организациям:

– в разработке индивидуальных образовательных маршрутов для одаренных детей-инвалидов с учетом их индивидуальных особенностей и образовательных потребностей;

– в осуществлении индивидуального психолого-педагогического сопровождения одаренных детей-инвалидов в процессе их обучения, а также в организации коррекционно-развивающих занятий для их адаптации к условиям обучения, преодоления препятствий в коммуникации и освоении образовательной программы;

– в осуществлении тьюторского сопровождения одаренных детей-

инвалидов, а также практическое обучение тьюторов подходам и методам индивидуального психолого-педагогического сопровождения одаренных детей-инвалидов, взаимодействию с их учителями и родителями;

- в создании атмосферы принятия детей с ОВЗ;
- в формировании толерантных отношений всех участников образовательного процесса; в разрешении возникающих противоречий, кризисов, конфликтов.

К дополнительным общеразвивающим образовательным программам, в рамках которых может осуществляться работа с одаренными детьми-инвалидами относятся коррекционно-развивающие, развивающие, просветительские и иные программы, реализуемые специалистами ППМС-центра.

В соответствии с пунктом 1 статьи 79 Федерального закона Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Далее - ФЗ № 273) содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ОВЗ определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Таким образом, адаптированными образовательными программами могут быть как основные, так и дополнительные<sup>8</sup> образовательные программы.

В настоящее время цели, содержание и условия реализации адаптированных дополнительных общеобразовательных общеразвивающих программ представлены в следующих нормативных документах:

- Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Далее - ФЗ № 273).
- Концепция развития дополнительного образования детей, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 сентября 2014 г. № 1726-р (Далее - Концепция).
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 29 августа 2013 г. № 1008 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам» (Далее - Приказ № 1008)
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 9 января 2014 г. № 2 «Об утверждении порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» (Далее - Приказ № 2)
- Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 4 июля 2014 г. № 41 «Об утверждении СанПиН

---

<sup>8</sup> В соответствии с п. 21 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам (Приказ Министерства образования и науки РФ от 29 августа 2013 г. № 1008) содержание дополнительного образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ОВЗ определяются адаптированной образовательной программой, а для детей-инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

2.4.4.3172-14 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы образовательных организаций дополнительного образования детей».

Методические рекомендации по проектированию дополнительных общеразвивающих программ от 18.11.2015 г. Министерство образования и науки РФ.

**Адаптированная дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа** представляет собой «комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогических условий и в случаях, предусмотренных данным Федеральным законом, форм аттестации, который представлен в виде учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов, а также оценочных и методических материалов» (ФЗ № 273, гл.1, ст.2, п.9).

Лица с ОВЗ, осваивающие адаптированные дополнительные общеобразовательные программы, называются **«учащимися»** (ФЗ ст.33, п.2).

Проектирование и реализация адаптированных дополнительных общеобразовательных программ **должны строиться на основе дифференцированного подхода**, учитывающего как типологические особенности каждой группы лиц с ОВЗ, так и индивидуальные характеристики, возможности и особые образовательные потребности учащегося, а также обозначенных в Концепции принципов (Концепция, раздел IV):

- свободе выбора образовательных программ и режима их освоения;
- соответствии образовательных программ и форм дополнительного образования возрастным особенностям детей;
- вариативности, гибкости и мобильности образовательных программ;
- разноуровневости (ступенчатости) образовательных программ;
- модульности содержания образовательных программ, возможности взаимозачета результатов;
- ориентации на метапредметные и личностные результаты образования<sup>9</sup>;
- творческом и продуктивном характере образовательных программ;
- открытом и сетевом характере реализации.

При разработке и реализации адаптированных дополнительных общеобразовательных общеразвивающих программ для детей должны учитываться их возрастные и индивидуальные особенности (ФЗ № 273, ст.75,

---

<sup>9</sup> При разработке адаптированных дополнительных общеобразовательных общеразвивающих программ для обучающихся ОВЗ школьного возраста необходимо ориентироваться на варианты адаптированных основных общеобразовательных программ (АООП), предусмотренных ФГОС ОВЗ, по которым осуществляется обучение этих детей в образовательной организации. В соответствии с ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ метапредметные образовательные результаты предусмотрены только для первого и второго вариантов АООП.

п.1), но при этом к освоению образовательного содержания могут допускаться любые лица без предъявления требований к уровню образования, если иное не обусловлено спецификой реализуемой образовательной программы (ФЗ № 273, ст.75, п.3). Таким образом, к освоению содержания адаптированной дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программы могут допускаться обучающиеся ОВЗ, имеющие разный характер нарушений и уровень интеллектуального развития, в том числе в рамках той или иной модели инклюзии. В работе объединений при наличии условий и согласия руководителя объединения могут участвовать совместно с несовершеннолетними учащимися с ОВЗ их родители (законные представители) без включения в основной состав (Приказ № 1008, п.15).

Адаптированные дополнительные общеобразовательные общеразвивающие программы реализуются в пространстве, не ограниченном образовательными стандартами: в дополнительном образовании федеральные государственные образовательные стандарты не предусматриваются (ФЗ № 273, ст.2, п. 14), а только федеральные государственные требования и то, исключительно по отношению к дополнительным предпрофессиональным программам.

Адаптированные дополнительные общеобразовательные общеразвивающие программы по содержанию могут иметь разную направленность, в том числе непосредственно связанную с решением задач абилитации и реабилитации обучающихся ограниченными возможностями здоровья. При этом реализация дополнительной адаптированной общеобразовательной общеразвивающей программы любой направленности должна обеспечивать решение задач коррекции развития (реабилитации) обучающихся ограниченными возможностями здоровья (в т. ч. детей-инвалидов).

Адаптированные дополнительные общеобразовательные общеразвивающие программы по целевому ориентиру и уровню сложности делятся на три уровня: **ознакомительный, базовый и углубленный.**

Содержание программы оформляется в учебном плане. Учебный план – это документ, который определяет перечень, трудоемкость, последовательность и распределение по периодам обучения учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), тем, практики, иных видов учебной деятельности и формы аттестации обучающихся (ФЗ № 273, ст.2, п. 22; ст. 47, п. 5).

Особенностью содержания адаптированных дополнительных общеобразовательных общеразвивающих программ является наличие в их структуре раздела, отражающего психолого-педагогические особенности обучающихся с ограниченными возможностями.

Основными формами организации работы по реализации программ дополнительного образования одаренных детей-инвалидов являются индивидуальные и групповые занятия, тренинги. Целесообразность выбора определенной формы организации работы определяет специалисты ППМС-

центра в зависимости от решаемой проблемы и реализуемой программы. Прием детей в ППМС-центр на занятия по дополнительным образовательным программам осуществляется при обращении родителей детей-инвалидов за консультативной помощью на основе свободного выбора образовательной области и образовательных программ.

Порядок комплектования групп осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, нормативными документами органов управления образованием с учетом психолого-педагогических и (или) медицинских показаний на основе диагностического комплексного обследования детей-инвалидов. Возраст, количество занимающихся в группах, а также количество и периодичность занятий определяются используемыми программами, а также психолого-педагогическим или медицинским диагнозом. При определении предельной наполняемости групп рекомендуется руководствоваться Приложением №1 «Рекомендуемые состав и площади помещений в организациях дополнительного образования» к СанПиН 2.4.4.3172-14, а также учитывать требования к комплектованию классов (групп) для обучающихся с ОВЗ, представленные в приложение № 1к СанПиН 2.4.2.3286-15. Минимальная наполняемость в группах – 3-5 человек, максимальная до 15 человек.

Для всех видов аудиторных занятий устанавливается академический час, продолжительность которого определяется в соответствии с возрастом детей и требованиями СанПин. Для работы в тренинговом режиме устанавливается время работы в соответствии с его целями и задачами, методами проведения (аналогично для игры). Занятия могут проводиться в одновозрастных и разновозрастных группах детей, имеющих одинаковые проблемы. Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано в интегрированной форме при наличии соответствующих условий.

Режим занятий регламентируются расписанием, утверждаемым директором ППМС-центра и составляемым с учетом соблюдения санитарно-гигиенических и психолого-педагогических требований, а также с учетом режима посещения ребенком основного (общеобразовательного, дошкольного и т.д.) образовательного учреждения.

Продолжительность обучения по индивидуально-ориентированным программам в каждом конкретном случае зависит от индивидуально-психологических особенностей обучающихся.

При поступлении ребенка в ППМС-центр на него заводится карта, которая ведется в течение всего времени пребывания ребенка в центре. В карту заносятся результаты диагностических обследований, наблюдений, изучения его игровой, учебной деятельности, взаимоотношений с другими детьми, родителями (законными представителями), педагогами. Вся полученная информация является конфиденциальной и не может использоваться во вред правам и законным интересам ребенка.

Работа с одаренными детьми-инвалидами представляет собой сложную



систему абилитационных и реабилитационных мероприятий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности, формирование системы ценностей, развитие своей одаренности. Психологическое сопровождение одаренных детей-инвалидов рекомендуется проводить блоками, длительно, в том числе в структуре общего восстановительного лечения. При этом основной акцент психологического воздействия должен быть направлен на развитие личности одаренного ребенка, на коррекцию его Я-концепции [4].

Необходимо изменить отношение больного ребенка к себе, к своей болезни или физическим недостаткам. Благодаря этому возможно изменение отношения к окружающему миру, формирование позитивного образа будущего, адекватных притязаний и представлений.

Психологическую работу следует проводить в рамках личностно-ориентированного подхода. При разработке программы психологического и педагогического сопровождения детей-инвалидов рекомендуется провести анализ:

- 1) структуры и динамики психологических аспектов качества жизни (т. е. личностные особенности ребенка и его связь с социумом);
- 2) возрастные и социальные показатели качества жизни;
- 3) наличие или отсутствие корреляций между психологическими аспектами качества жизни ребенка и качеством жизни его близкого окружения [4].

Особенностью большинства одаренных детей-инвалидов является наличие нарушений психической деятельности, проявляющихся повышенной утомляемостью (так называемые астенические состояния), как физической, так и психической, вследствие чего становятся вялыми, раздражительными. Для этих детей характерна повышенная возбудимость и высокая эмоциональная лабильность, быстрый переход от веселого настроения к плаксивости, а также высокая впечатлительность, чувствительность к малейшему изменению тона голоса или настроения близких ему людей. У многих одаренных детей-инвалидов наблюдается повышенная фиксация на состоянии своего здоровья, самочувствии и малейших его изменениях.

Для одаренных детей-инвалидов характерна также фиксация на профиле своей одаренности. Такая фиксация имеет как положительные, так и отрицательные стороны для социализации этих детей. С одной стороны, сфера постоянных интересов способствует постоянному развитию в данном виде деятельности, получения положительных эмоций. С другой же стороны, у детей может обнаруживаться тенденция к еще большему уходу от общения с окружающими в жизнь в своем собственном мире.

Психолого-педагогическое сопровождение одаренных детей-инвалидов должно быть направлено на создание условий для повышения автономности и социальной активности этих детей, формирования ценностных установок, соответствующих психическим и физическим возможностям ребенка.

Система психолого-педагогического сопровождения одаренных детей-

инвалидов включает: диагностику, коррекционную работу, консультирование и профилактику нарушений социализации и социальной адаптации с учетом специфических задач, целей и динамики развития детей на разных этапах возрастного развития.

Выделяются следующие этапы психолого-педагогического сопровождения одаренных детей-инвалидов [4]:

1. Подготовительный этап. Он включает комплексную оценку состояния здоровья и развития ребенка, в том числе:

- 1) оценка соматического здоровья;
- 2) оценка психологического здоровья одаренного ребенка;
- 3) оценка физического состояния ребенка, с целью определения необходимых темпа, формы, содержания обучения;
- 4) определение основных образовательных барьеров данного ребенка, их причин и способов устранения.

На этом этапе предполагается разработка индивидуального образовательного маршрута, в том числе в форме индивидуального обучения, предполагающего, что педагог взаимодействует с одним учеником. Эта модель обучения позволяет полностью адаптировать содержание, темпы и методы учебного процесса под конкретного ученика, что приводит к наиболее полному раскрытию его способностей. Индивидуализация образования возможна и при групповой форме обучения. В этом случае в условиях класса осуществляется варьирование темпа, целей, методов обучения, учебного материала и др.

Обучение одаренных детей-инвалидов может осуществляться и с помощью дистанционных образовательных технологий, что позволяет обеспечить:

- получение качественного образования, несмотря на актуальное состояние здоровья ребенка;
- возможность общения со сверстниками и учителями, т.е. получения необходимого навыка социализации;
- формирование навыков в сфере информационных технологий, обеспечивающих одаренному ребенку, впоследствии, возможность к успешной профессиональной самореализации.

Образовательный процесс может быть построен на сочетании очной и заочной форм обучения, что позволяет одаренному ребенку заниматься в удобное для него время и в комфортном для него темпе, усваивая при этом все, соответствующие его возрасту, материалы учебной программы.

При этом особое внимание должно уделяться работе с семьей одаренного ребенка-инвалида. Так как родители склонны выдвигать в качестве мотива для отказов от такой работы недостаток времени, целесообразно, в первую очередь, решать на этих занятиях насущные проблемы семьи. Рекомендуется в рамках таких занятий консультировать родителей по социально-правовым вопросам, с заполнением заявлений на получение каких-либо льгот и преимуществ, с организацией совместных

праздников и экскурсий.

Постоянная работа с семьями одаренных детей-инвалидов может иметь характер социального патронажа, предполагающее регулярное посещение семей с целью оказания социально-психологической, социально-бытовой, социально-трудовой и социально-правовой помощи и поддержки для создания оптимальных условий жизни. Основная задача такой работы – активизировать действия самих членов семьи.

2. Целями второго этапа являются реализация стратегий обучения одаренных детей-инвалидов и обеспечение их социально-образовательной интеграции и социальной адаптации.

Выделяются следующие стратегии обучения интеллектуально одаренных детей [19]:

1. *Ускорение.* Это стратегия позволяет учесть образовательные потребности детей-инвалидов, отличающихся высоким темпом развития. Вместе с тем, рекомендуется использовать ускорение обучения лишь по отношению к обогащенному и в той или иной мере углубленному учебному содержанию.

2. *Углубление.* Данный тип стратегии обучения предполагает более глубокое изучение тем, дисциплин или областей знания, что может осуществляться в рамках учебной и внеурочной деятельности, а также в условиях дополнительного образования детей. При реализации этой стратегии рекомендуется учитывать, что углубленное изучение отдельных дисциплин, особенно на ранних этапах обучения, может способствовать «насильственной» или слишком ранней специализации, наносящей ущерб общему развитию ребенка. Эти недостатки во многом снимаются при обучении по обогащенным программам.

3. *Обогащение.* Соответствующая стратегия обучения ориентирована на качественно иное содержание обучения с выходом за рамки изучения традиционных тем за счет установления связей с другими темами, проблемами или дисциплинами. Обогащенная программа предполагает обучение детей разнообразным способам и приемам работы. Отечественные варианты инновационного обучения могут рассматриваться как примеры обогащенных программ.

4. *Проблематизация.* Использование оригинальных объяснений, пересмотр имеющихся сведений, поиск новых смыслов и альтернативных интерпретаций, что способствует формированию у обучающихся исследовательского мышления, умения выдвигать гипотезы, осуществлять эксперимент.

Процесс социально-образовательной интеграции одаренного ребенка-инвалида может включать одновременное использование различных форм организации образовательного процесса, в том числе с использованием рекомендуемых моделей инклюзивного образования. В зависимости от состояния здоровья ребенка, характера и тяжести имеющихся у него нарушений, ему могут быть рекомендованы:

1) совместная образовательная деятельность со сверстниками, не имеющими ограничений по здоровью;

2) совместная образовательная в группе детей-инвалидов.

В любом случае процесс социально-образовательной интеграции осуществляется одновременно с психолого-педагогическим сопровождением, включающим и оказание коррекционной помощи, направленной на компенсацию нарушений в развитии ребенка. При этом психологи и педагоги-дефектологи ППМС-центров помогают педагогам выстроить индивидуальную образовательную траекторию для одаренного ребенка-инвалида, сопровождают его на всех этапах процесса обучения и корректируют образовательную траекторию в соответствии с состоянием здоровья ребенка.

3. Аналитический этап предполагает оценку результатов психолого-педагогического сопровождения, на основании анализа которых принимается решение о необходимости продолжения этого сопровождения на следующем этапе обучения или профессиональной самореализации одаренного ребенка-инвалида.

Показателями успешности психолого-педагогического сопровождения одаренных детей-инвалидов могут быть:

– развитие социальных отношений и успешная социальная адаптация (наличие друзей, умение взаимодействовать с другими людьми, решать проблем и др.);

– успешные результаты освоения основной образовательной программы;

– самореализация одаренного ребенка-инвалида в видах деятельности, в которых он демонстрирует высокие результаты.

## **5. Ресурсное обеспечение ППМС-центрами организации инклюзивного образования детей-инвалидов**

В связи с реализацией направления государственной образовательной политики в части обеспечения равнодоступности качественного образования для детей с ОВЗ и инвалидностью перед ППМС-центрами ставится задача по координации инклюзивного образования, которая может быть реализована в виде его ресурсного обеспечения.

Такое ресурсное обеспечение могут осуществлять ППМС-центры:

- обеспечивающие на своей базе работу ПМПК;
- реализующие общеобразовательные программы для детей с особыми образовательными потребностями, адаптированные основные общеобразовательные программы на основе ФГОС образования обучающихся с ОВЗ;

осуществляющие специализированную коррекционно-развивающую помощь детям с различными нарушениями развития, в том числе со сложными, ментальными и эмоционально-волевыми нарушениями, включая расстройства аутистического спектра.

Осуществление ППМС-центрами помощи организациям, осуществляющим образовательную деятельность, должна охватывать все этапы организации инклюзивного образовательного процесса:

- проектирование инклюзивной образовательной среды;
- внедрение моделей инклюзии;
- обеспечение условий для функционирования инклюзивной практики;
- анализ эффективности и обобщение опыта организации инклюзивного образования.

ППМС-центры могут использовать различные организационные формы ресурсного обеспечения инклюзивного образования в образовательных организациях, такие как: методические объединения педагогов и специалистов инклюзивной практики, творческие лаборатории и профессиональные мастерские, методические кабинеты, кабинеты внедрения инклюзивных подходов и технологий, подготовку и выпуск практико-ориентированных сборников по вопросам инклюзивного образования, муниципальные конкурсы профессионального мастерства педагогов, осуществляющих инклюзивное образование и др.

В качестве возможных функций ресурсного обеспечения ППМС-центрами инклюзивного образования детей-инвалидов можно выделить:

1) оказание методической помощи образовательным организациям в разработке локальных нормативных документов, а также в создании специальных условий обучения детей-инвалидов, в том числе безбарьерной образовательной среды, адаптивных средств обучения, предметной коррекционно-развивающей и социализирующей среды;

2) оказание помощь образовательным организациям в разработке АООП для детей с ОВЗ, а также индивидуальных учебных планов с учетом

их индивидуальных особых образовательных потребностей;

3) содействие муниципальным общеобразовательным организациям в осуществлении индивидуального психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов в процессе обучения, в организации коррекционно-развивающих занятий, преодолении препятствий в коммуникации и трудностей освоении образовательной программы;

4) участие в осуществлении тьюторского сопровождения детей с ОВЗ при реализации АООП для этих обучающихся на условиях сетевого взаимодействия, а также практическое обучение тьюторов образовательной организации подходам и методам индивидуального психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ, взаимодействию с их учителями и родителями.

5) оказание помощи в организации учебно-воспитательного процесса в образовательных организациях для реализации моделей инклюзивного образования;

6) сопровождение деятельности психолого-медико-педагогических консилиумов и координации деятельности специалистов сопровождения, в том числе тьюторов;

7) организация на своей базе системы комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся в муниципальных общеобразовательных школах.

Следует отметить, что школьное инклюзивное образование, хотя и направлено на включение детей с ОВЗ в коллективы обучающихся без ограничений здоровья, но основывается на дифференцированном подходе, который, в свою очередь, предусматривает разные модели организации этой инклюзии.

Различные модели интеграции (в нашем понимании – инклюзии) обучающихся с ОВЗ разработаны сотрудниками Института коррекционной педагогики РАО и прошли экспериментальную апробацию в ряде регионов Российской Федерации<sup>10</sup> [23,26]. Эти модели можно разделить на две группы в зависимости от их реализации в учебной или внеурочной деятельности обучающихся (см. рис. 1). Каждую из представленных моделей можно соотнести с определенным вариантом АООП [17].

---

<sup>10</sup> Рекомендации по использованию этих моделей для организации инклюзивного образования детей с ОВЗ представлены в региональных методических рекомендациях, например, в Краснодарском крае [75].

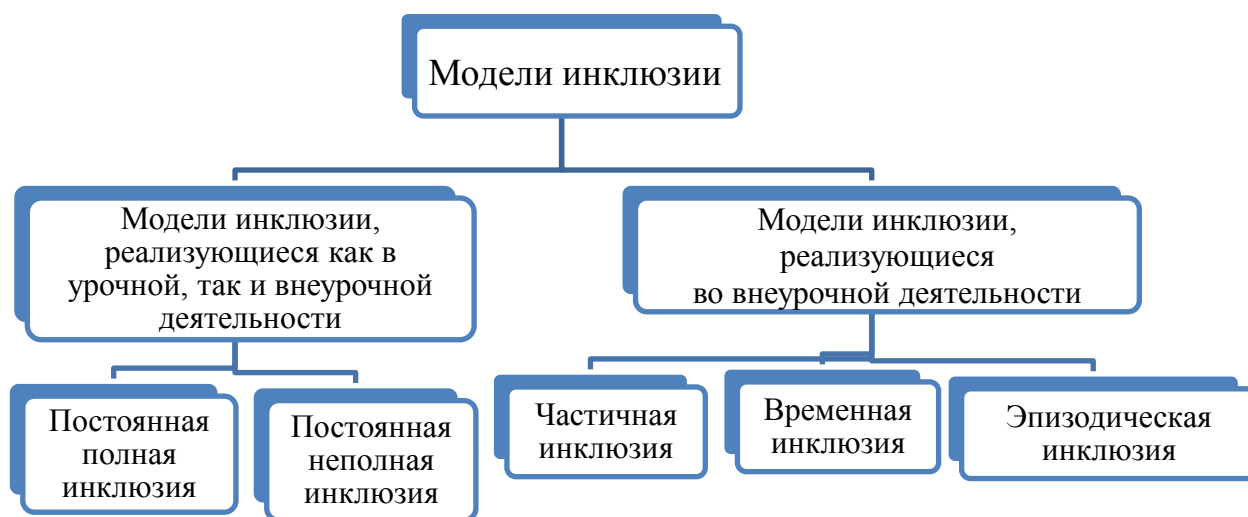


Рис. 1. Модели инклюзивного образования обучающихся с ОВЗ

Для обучающихся с ОВЗ, которым ПМПК рекомендовано обучение по первому варианту АООП НОО, Стандартами предусматривается совместное обучение с их сверстниками без ограничений в здоровье, т. е. модель постоянной полной инклюзии [67]. Требования к комплектованию таких смешанных (инклюзивных) классов представлены в Постановлении Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 10 июля 2015 года № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.2.3286-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». Психолого-педагогическое сопровождение детей-инвалидов, получающих образование совместно с другими обучающимися в соответствии с этой моделью, осуществляется в рамках реализации программы коррекционной работы, предусмотренной АООП для первого варианта.

Для обучения детей, уровень психического развития которых ниже возрастной нормы, могут быть рекомендованы различные варианты дозированной инклюзии, выбор которой зависит как от особенностей ребенка (уровня интеллектуального развития или степени интеллектуального дефекта, наличия сопутствующих нарушений развития, поведенческих расстройств), так и условий и возможностей образовательной организации.

Форма *постоянной неполной инклюзии* может быть рекомендована для детей, чей уровень психического развития несколько ниже возрастной нормы, кто нуждается в систематической и значительной коррекционной помощи, но при этом способен в целом ряде предметных областей обучаться совместно и наравне с нормально развивающимися сверстниками, а также проводить с ними большую часть внеклассного времени [26].

При постоянной, но неполной инклюзии обучающиеся с ОВЗ

объединяются с нормально развивающимися детьми в один класс под названием «гибкий». Следует отметить, что такие «гибкие» классы могут быть организованы только в тех массовых школах, где имеется несколько параллельных классов, поскольку в состав каждого класса вводятся 2–3 ребенка с ОВЗ, которые периодически должны объединяться в одну группу для проведения дефектологом учебных занятий по специальным программам.

В настоящее время наиболее оптимальными вариантами включения детей с отставаниями в развитии в общее с другими детьми образовательное пространство являются, на наш взгляд, вариативные модели дозированной инклюзии: *постоянной частичной и временной систематической*. Эти модели инклюзии могут быть использованы и как переходный вариант к более полному включению ребенка с ОВЗ в совместный с другими детьми образовательный процесс [26].

Модели постоянной частичной и временной систематической инклюзии могут быть реализованы в тех массовых школах, где открыты специальные классы для детей с определенным отклонением в развитии.

При частичной инклюзии дети с ОВЗ являются учениками специальных классов, которые комплектуются по существующим для таких классов правилам. В соответствии с моделью частичной инклюзии предусматривается, что дети с более высоким уровнем развития из этих классов систематически вводятся в обычные классы по 1–3 человека во внеурочной деятельности. Включение этих детей в совместную урочную деятельность возможно только по отдельным предметам, например, на уроках физкультуры. Эта модель также может быть рекомендована, например, для обучающихся с задержкой психического развития и легкой неосложненной умственной отсталостью [17].

В соответствии с моделью частичной инклюзии в процесс воспитания и обучения детей с ОВЗ вовлечены педагог общеобразовательной школы и педагог-дефектолог. Учитель-дефектолог специального класса должен быть знаком с перспективным планом работы педагога того массового класса, в который интегрируются его ученики. Это необходимо для того, чтобы он на своих фронтальных и индивидуальных коррекционных занятиях обратил особое внимание на подготовку воспитанников к успешному участию в совместных с нормально развивающимися детьми занятиях.

Учитель-дефектолог специального класса должен систематически оказывать методическую помощь массовым педагогам в организации общения с детьми с ограниченными возможностями здоровья, включенным во внеурочной деятельности в коллектив нормально развивающихся сверстников, в привлечении их к занятиям, к играм. Он ведет наблюдение за их адаптацией в массовом классе, посещает занятия, фиксирует для себя те трудности, с которыми сталкивается каждый ребенок, и пытается подготовить его к их преодолению на своих фронтальных и индивидуальных занятиях.



По мнению Н.Н. Малофеева и Н.Д. Шматко, смыслом временной инклюзии является создание условий для приобретения детьми с ОВЗ начального опыта общения с нормально развивающимися сверстниками. Временная инклюзия может рассматриваться также как этап подготовки к возможной в дальнейшем более совершенной форме инклюзии [26].

Педагоги массового и специального классов проводят подготовительную работу, необходимую для более полноценного включения таких детей-инвалидов в совместные игры, праздники, развлечения и т. п. Задача специальных и массовых педагогов состоит в том, чтобы со временем дети-инвалиды стали соучастниками этой деятельности, а нормально развивающиеся дети воспринимали их как партнеров, которым нередко требуется их помощь и поддержка.

Предполагается, что в условиях временной инклюзии взаимодействие детей должно происходить не реже двух раз в месяц. Школьники с ОВЗ объединяются с нормально развивающимися детьми в рамках дополнительного образования. Они вместе посещают кружки и спортивные секции.

*Эпизодическая инклюзия* рекомендуется детям с более глубоким интеллектуальным дефектом, с отягощенной умственной отсталостью либо имеющим выраженные расстройства поведения (третий и четвертый варианты АООП).

Кроме того, она ориентирована на специальные школьные учреждения, которые ограничены в возможностях проведения целенаправленной работы по совместному с нормально развивающимися детьми воспитанию и обучению своих воспитанников.

Эпизодическая инклюзия ориентирована на обеспечение хотя бы минимального социального взаимодействия детей с выраженными нарушениями развития со сверстниками, преодоление тех объективных ограничений в социальном общении, которые создаются в условиях специальных (коррекционных) учреждений, где обучаются только дети с ограниченными возможностями здоровья [26].

Таким образом, выбор той или иной модели образовательной инклюзии зависит как от особенностей, возможностей и потребностей самого ребенка-инвалида, так и условий, которые может создать для его обучения общеобразовательная организация.

Можно выделить следующие принципы реализации той или иной модели инклюзивного образования обучающихся с ОВЗ:

1. Любая модель образовательной инклюзии может быть реализована при условии объективной и всесторонней оценки ее полезности для психофизического развития, успешной социализации и социальной адаптации обучающегося с ОВЗ, а также отсутствии рисков ухудшения условий и ограничения возможностей образования и социализации в целом для других обучающихся, в группу которых он включается [18].

2. Выбор модели инклюзии, рекомендуемой для конкретного

обучающегося с ОВЗ, должен осуществляться на основе:

- индивидуального подхода к обучающемуся с ОВЗ с учетом характера и тяжести имеющихся у него нарушений психофизического развития, актуального уровня сформированности произвольной регуляции поведения, учебных, социально-бытовых, гигиенических и коммуникативных навыков;

- рекомендуемого психолого-медико-педагогической комиссией (далее – ПМПК) варианта АООП;

- оценки готовности и возможности родителей обучающегося с ОВЗ участвовать во взаимодействии с педагогами и специалистами в работе по его включению в совместную образовательную деятельность с другими обучающимися, коррекции недостатков психофизического развития, формированию учебных и различных социальных навыков;

- комплекса показателей, характеризующих наличие в образовательной организации специальных образовательных условий для реализации рекомендуемой модели инклюзии;

- изучения отношения всех участников образовательного процесса к рекомендуемой модели инклюзии.

3. В ходе реализации любой модели инклюзии в образовательной организации должен осуществляться постоянный мониторинг, включающий:

- оценку динамики психического развития, социализации и социальной адаптации обучающегося с ОВЗ на основе показателей, включенных в систему комплексного оценивания результатов образования по соответствующему варианту АООП или АОП дополнительного образования;

- учет показателей удовлетворенности родителей и других участников образовательного процесса (педагогов, других обучающихся и их родителей) результатами и условиями реализуемой модели инклюзии;

- регулярного анализа соответствия специальных условий, созданных для реализации выбранной модели инклюзии, особым образовательным потребностям обучающегося с ОВЗ [18].

4. С учетом данных мониторинга реализующейся модели инклюзии, на основе комплексной оценки образовательных результатов, динамики психофизического развития, уровня социализации и социальной адаптации обучающегося с ОВЗ, что может быть основанием и для изменения варианта АООП, обучающемуся с ОВЗ может быть рекомендована другая модель инклюзии.

Полезная для социализации ребенка с ОВЗ организационная форма получения образования (совместное обучение со здоровыми сверстниками или обучение в коррекционном классе) и соответствующая ей модель инклюзии может быть рекомендована ПМПК.

Следует отметить, что ПМПК может только рекомендовать вариант АООП и наиболее оптимальную для обучающегося с ОВЗ организационную форму его обучения (в коррекционной школе, коррекционном классе

обычной школы или совместно с другими детьми, которые не имеют ограничений по здоровью). Право выбора этой формы получения образования сохраняется за родителями ребенка с ОВЗ. Это обстоятельство определяет особую значимость информационно-просветительской работы с родителями детей с ОВЗ [18].

#### **6. Разработка рабочих программ учебных предметов (коррекционных курсов) в соответствии с требованиями ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ и ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью**

В соответствии с рекомендациями Министерства образования и науки РФ органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования (письмо Минобрнауки РФ от 10.02.2015 г. № ВК-268/07) по совершенствованию деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в качестве одной из функций ППМС-центров предполагается их участие в разработке адаптированных образовательных программ и индивидуальных учебных планов, оптимизации обучения и воспитания обучающихся, испытывающих учебные трудности, детей с ОВЗ и инвалидностью.

В связи с этим педагоги ППМС-центров должны повысить уровень своей профессиональной компетентности в вопросах разработки адаптированных основных общеобразовательных программ для обучающихся с ОВЗ.

Варианты АООП для детей с ОВЗ разрабатываются в соответствии с ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ и ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью должны быть отражены в АООП. Исключительным правом на разработку и утверждение АООП обладает образовательная организация. Согласно ч. 5 ст. 12 Федерального закона № 273-ФЗ, «образовательные программы самостоятельно разрабатываются и утверждаются организацией, осуществляющей образовательную деятельность». Статья 28 «Компетенция, права, обязанности и ответственность образовательной организации» подтверждает это положение. Она относит к компетенции образовательной организации в установленной сфере деятельности разработку и утверждение образовательных программ образовательной организации. Сама же образовательная организация решает вопрос о целесообразности проведения экспертизы, разработанной АООП. Согласования образовательной программы не требуется. Объектом внешней оценки АООП становится только в период прохождения процедуры лицензирования и государственной аккредитации [74].

Структура адаптированной основной общеобразовательной программы:

- 1) пояснительная записка;
- 2) планируемые результаты освоения обучающимися с ОВЗ АООП;

- 3) система оценки достижения планируемых результатов освоения АООП обучающимися с ОВЗ;
- 4) программы отдельных учебных предметов;
- 5) программа коррекционной работы;
- 6) программа духовно-нравственного развития;
- 7) программа формирования универсальных учебных действий обучающихся (базовых учебных действий);
- 8) программа формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни;
- 9) программа внеурочной деятельности;
- 10) учебный план;
- 11) система условий реализации АООП.

В качестве дополнительных разделов в программу могут быть включены паспорт программы, основные понятия, детальная характеристика контингента обучающихся по различным параметрам, имеющим значение для дальнейшей организации обучения и др.

Одним из основных элементов содержательного раздела АООП является рабочая программа. Рабочая программа, как компонент основной образовательной программы образовательной организации, является средством фиксации содержания образования, планируемых результатов, системы оценки на уровне учебных предметов, коррекционных курсов и курсов внеурочной деятельности, предусмотренных учебным планом образовательной организации.

Рабочая программа учебного предмета, курса разрабатывается для обучающихся с ОВЗ с учетом рекомендуемого им ПМПК варианта АООП [18].

В зависимости от варианта АООП рабочая программа по предмету, курсу должна соответствовать требованиям и положениям:

– ФГОС начального общего образования (для обучающихся с ОВЗ по первому варианту АООП НОО), ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ (для обучающихся с ОВЗ по второму, третьему и четвертому вариантам АООП НОО) или ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (для обучающихся по первому и второму вариантам АООП образования обучающихся с умственной отсталостью);

– варианту ПАООП для категории обучающихся с ОВЗ, которые обучаются в образовательной организации;

– АООП для категории обучающихся с ОВЗ, разработанной образовательной организацией на основе соответствующего варианта ПАООП.

Для обучающихся с ОВЗ, обучение которых осуществляется по первому варианту АООП НОО, рабочая программа учебного предмета, курса разрабатывается на основе программ предмета, курса, представленных в следующих формах:

- 1) примерной программы учебного предмета, курса, включенной в

содержательный раздел примерной основной образовательной программы начального общего образования;

2) примерной программы учебного предмета, составленной на основе ФГОС начального общего образования;

3) программы (рабочей программы) автора учебно-методического комплекта по учебному предмету (если в программе есть ссылка, что она составлена в соответствии с примерной программой учебного предмета и учебники этого УМК включены в действующий Федеральный перечень учебников, рекомендуемых к использованию);

4) программы (рабочей программы) учебного предмета к учебнику, используемому в образовательной организации, включенному в Федеральный перечень учебников, рекомендуемых к использованию.

Для обучающихся с ОВЗ, обучение которых осуществляется по второму и третьему варианту АООП НОО, рабочая программа учебного предмета, курса разрабатывается на основе программ предмета, курса, представленных в следующих формах:

1) примерной программы учебного предмета, курса, включенной в содержательный раздел примерной адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ;

2) программы (рабочей программы) учебного предмета к учебнику, используемому в образовательной организации, включенному в Федеральный перечень учебников, рекомендуемых к использованию в образовательном процессе для категории обучающихся с ОВЗ.

Разработка рабочей программы учебного предмета на основании материалов, указанных в пункте 2, допускается только при условии приведения существующей программы учебного предмета по используемому в образовательной организации учебнику в соответствии с примерной программой этого учебного предмета, включенной в содержательный раздел рекомендованного ПМПК варианта примерной адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ.

Для обучающихся с ОВЗ, обучение которых осуществляется по четвертому варианту АООП НОО, предусматривающему разработку на каждый год специальной индивидуальной программы развития (СИПР), рабочая программа учебного предмета, курса составляется на основе примерной программы учебного предмета, курса, включенной в содержательный раздел четвертого варианта примерной адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ.

Для обучающихся с умственной отсталостью, обучение которых осуществляется по первому варианту АООП обучающихся с умственной отсталостью, рабочая программа учебного предмета, курса разрабатывается на основе программ предмета, курса, представленных в следующих формах:

1) примерной программы учебного предмета, курса, включенной в содержательный раздел примерной адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ;

2) программы (рабочей программы) учебного предмета к учебнику, используемому в образовательной организации, включенному в Федеральный перечень учебников, рекомендуемых к использованию.

Разработка рабочей программы учебного предмета на основании материалов, указанных в пункте 2, допускается также лишь при условии приведения существующей программы учебного предмета по используемому в образовательной организации учебнику в соответствии с примерной программой этого учебного предмета, включенной в содержательный раздел второго варианта примерной адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ [18].

Для обучающихся с умственной отсталостью, обучение которых осуществляется по второму варианту АООП образования обучающихся с умственной отсталостью, предусматривающему разработку на каждый год специальной индивидуальной программы развития (далее – СИПР), рабочая программа учебного предмета, курса составляется на основе примерной программы учебного предмета, курса, включенной в содержательный раздел второго варианта примерной адаптированной основной образовательной программы образования обучающихся с умственной отсталостью [18].

Примерные программы учебных предметов, курсов размещены непосредственно в текстах Примерных основных образовательных программ начального общего образования, Примерных адаптированных основных образовательных программ начального общего образования обучающихся с ОВЗ и Примерных адаптированных основных образовательных программ образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), внесенных в реестр образовательных программ, одобренных федеральным учебно-методическим объединением по общему образованию (протокол от 8 апреля 2015г. № 1/5 и протокол от 22 декабря 2015 г. № 4/15).

## **7. Система работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий в процессе комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся по адаптированным основным общеобразовательным программам**

### **7.1. Организация работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с ОВЗ**

В связи с тем, что специалисты ППМС-центров могут участвовать в реализации АООП, им следует учитывать изменения в содержании

специального образования, связанные с введением ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ и ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью. Эти изменения во многом связаны с провозглашением в качестве основной методологической составляющей стандартов деятельностного подхода, в соответствии с которым развитие личности обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (в том числе обучающихся с умственной отсталостью) зависит от характера организации доступной им деятельности, в первую очередь, учебной. При этом основные структурные компоненты деятельности (личностные, регулятивные, познавательные, коммуникативные) рассматриваются как предмет целенаправленного формирования и представляются в Стандартах как образовательные результаты.

В соответствии с деятельностным подходом, являющимся общеметодологической основой современного отечественного образования, группой авторов (А.Г. Асмолов, Г.В. Бурменская, И.А. Володарская и др.) была разработана концепция развития универсальных учебных действий, согласно которой содержание учебных предметов и образовательных технологий должны выстраиваться с ориентацией на формирование системы общеучебных умений, обеспечивающих успешность обучения школьников [11]. По мнению авторов этой концепции, учебная деятельность представляет собой целостную систему, в которой формирование каждого вида учебного действия определяется его отношением с другими видами учебных действий и особенностями психического развития детей.

Следует отметить, что указанные положения концепции развития универсальных учебных действий во многом совпадают с принципами коррекционно-развивающего обучения. Так как имеющиеся у многих обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) эмоционально-волевые и когнитивные нарушения обуславливают значительные трудности формирования структуры учебной деятельности, составляющие ее компоненты (учебная мотивация, общеучебные и общетрудовые умения) были всегда объектом коррекционно-развивающей работы в специальном образовании [6,7,18].

В понятии общеучебное умение или универсальное учебное действие авторами концепции выделяется еще очень важный аспект – его *ориентированность на успешную социальную адаптацию за счет формирования жизненно важных компетенций* [18].

Такой подход полностью соответствует целям и задачам специального образования с его направленностью на максимальную социальную адаптацию выпускника [25]. Очевидно, что круг знаний, умений, жизненных компетенций выпускников специальных (коррекционных) образовательных учреждений не может ограничиваться только теми, которые сформировались у них в период обучения в школе. Этот круг постоянно расширяется в процессе их дальнейшей социализации, приспособления к условиям постоянно изменяющейся среды жизнедеятельности. Поэтому содержание, технологии и специальные условия образования обучающихся с ОВЗ должны обеспечить

формирование у них способностей к дальнейшей социализации и социальной адаптации.

В соответствии с деятельностным подходом требованиями Стандартов предусмотрено включение в содержательный раздел цензовых вариантов (т. е. соответствующих по итоговым образовательным результатам ФГОС начального общего образования) АООП программы формирования универсальных учебных действий, а для нецензовых (предусмотренных для обучающихся с разной степенью выраженности умственной отсталости) – программы формирования базовых учебных действий.

Учитывая, что термин базовое учебное действие используется в специальном образовании относительно недавно, остановимся на отдельных его характеристиках, представленных в примерных АООП.

Разработка программы формирования базовых учебных действий предусматривается Стандартами для следующих вариантов АООП:

- 1) 1.3 и 1.4 АООП глухих обучающихся;
- 2) 2.3 АООП слабослышащих обучающихся;
- 3) 6.3 и 6.4 АООП обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 4) 8.3 и 8.4 АООП обучающихся с расстройствами аутистического спектра;
- 5) варианты 1 и 2 АООП обучающихся с умственной отсталостью (ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью).

Реализация программы формирования базовых учебных действий, направлена на достижение личностных и предметных результатов.

Под базовыми учебными действиями в примерных АООП понимаются элементарные и необходимые единицы учебной деятельности, формирование которых обеспечивает овладение содержанием образования обучающимися с умственной отсталостью [9]. В отличие от универсальных учебных действий базовые учебные действия не обладают той степенью обобщенности, которая обеспечивает самостоятельность учебной деятельности и ее реализацию в изменяющихся учебных и внеучебных условиях. Кроме того, они формируются и реализуются только в совместной деятельности педагога и обучающегося.

Формирование базовых учебных действий у школьника с умственной отсталостью направлено на становление его как субъекта учебной деятельности, которая обеспечивает одно из направлений его подготовки к самостоятельной жизни в обществе и овладения доступными видами профильного труда [9].

К функциям базовых учебных действий относится:

- 1) обеспечение успешности (эффективности) изучения содержания любой предметной области;
- 2) реализация преемственности обучения на всех ступенях образования;
- 3) формирование готовности обучающегося с умственной отсталостью



(интеллектуальными нарушениями) к дальнейшей трудовой деятельности;

4) обеспечение целостности развития личности обучающегося.

С учетом этих функций базовые учебные действия могут рассматриваться как условие и как предпосылка формирования различных жизненных компетенций, конкретных способов поведения, обеспечивающих социальную (в т. ч. социально-бытовую) ориентировку и социальную адаптацию [18]. Следовательно, от степени их сформированности у выпускника коррекционной школы зависит успешность овладения в дальнейшем новыми видами деятельности и необходимыми для социальной адаптации компетенциями.

Структура базовых учебных действий включает мотивационный, операционный и регулятивный компоненты учебной деятельности.

Следует отметить, что проблема формирования учебной деятельности, особенно ее операционного и регулятивного компонентов, составляющих ядро общеучебных и общетрудовых умений, достаточно давно находится в центре внимания в олигофренопедагогике. В исследованиях Е.Г. Еременко и его сотрудников было показано, что в условиях специально организованного обучения познавательные и регулятивные способности школьников с легкой умственной отсталостью развиваются. Уже на пятом и шестом годах обучения дети могут дифференцировать сходные по внешнему виду предметы; выполнять действия сравнения, анализа, классификации и обобщения в пределах своих возможностей; понимать содержание картин и литературных текстов [7].

Следовательно, учитывая потенциал возможностей детей с умственной отсталостью, на протяжении всего обучения должна проводиться целенаправленная работа по формированию учебной деятельности, в которой особое внимание уделяется развитию и коррекции мотивационного и операционного компонентов учебной деятельности, т.к. они во многом определяют уровень ее сформированности и успешность обучения школьника. Таким образом, программа базовых учебных действий позволяет реализовывать коррекционно-развивающий потенциал образования школьников с умственной отсталостью.

Как и в цензовых вариантах АООП НОО, предусматривающих формирование универсальных учебных действий, программа формирования БУД включает четыре их группы:

- 1) личностные базовые учебные действия;
- 2) коммуникативные базовые учебные действия;
- 3) регулятивные базовые учебные действия;
- 4) познавательные базовые учебные действия.

Вместе с тем, в отличие от цензовых вариантов АООП, в которых виды личностные, коммуникативные, регулятивные и познавательные универсальные учебные действия соответствуют личностным и метапредметным результатам образования, БУД соотносятся с личностными и предметными образовательными результатами. Соотнесение образовательных

результатов и базовых учебных действий может быть представлено следующим образом:

*Личностные результаты* – личностные и коммуникативные базовые учебные действия.

*Предметные результаты* – регулятивные и познавательные базовые учебные действия.

Согласно требованиям ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ уровень сформированности базовых учебных действий определяется на момент завершения обучения в начальной школе, а в соответствии с требованиями ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью – на момент завершения обучения в школе. С учетом возрастных особенностей обучающихся с легкой степенью умственной отсталости состав и содержание БУД различается для I (I<sup>11</sup>)-IV и V-IX классов.

Представленный в примерной АООП перечень видов базовых учебных действий может быть пронумерован для дальнейшего сокращенного (в виде шифра) представления в рабочих программах и календарно-тематическом планировании (например, вид личностного БУД «осознание себя как ученика, заинтересованного посещением школы, обучением, занятиями, как члена семьи, одноклассника, друга» может быть обозначен: Л.1.)

Умение использовать все группы действий в различных образовательных ситуациях является показателем их сформированности. В процессе обучения предполагается осуществление мониторинга всех групп базовых учебных действий, который будет отражать индивидуальные достижения обучающихся и позволит делать выводы об эффективности проводимой в этом направлении работы. Учет сформированности базовых учебных действий является важнейшим показателем для промежуточной аттестации обучающихся.

Согласно Стандартам на протяжении всего периода обучения должна проводиться целенаправленная работа по формированию учебной деятельности, в которой особое внимание уделяется развитию и коррекции мотивационного и регулятивного компонентов учебной деятельности, т.к. они во многом определяют уровень ее сформированности и успешность обучения школьника.

Универсальные и базовые учебные действия, формируемые у младших школьников, обеспечивают, с одной стороны, успешное начало школьного обучения и осознанное отношение к обучению, с другой – составляют основу формирования в старших классах более сложных действий, которые содействуют дальнейшему становлению ученика как субъекта осознанной активной учебной деятельности на доступном для него уровне.

В соответствии с дифференцированным подходом, учитывающим типологические особенности каждой группы обучающихся с ОВЗ,

---

<sup>11</sup> (I) – дополнительный подготовительный класс для обучающихся с ОВЗ с учетом пролонгации сроков обучения

содержание программ формирования универсальных или базовых учебных действий в примерных АООП имеет свои особенности. Так, в примерной АООП для глухих обучающихся (вариант 1.2) выделены следующие виды универсальных учебных действий: учебно-организационные умения, учебно-информационные умения, учебно-коммуникативные и учебно-интеллектуальные умения. При выделении этих видов универсальных учебных действий разработчиками примерной АООП учитывалось, что многие общеучебные умения на начальной стадии формирования выступают в качестве предметных (чтение, письмо, некоторые грамматические, математические умения), а в дальнейшем, на более поздней стадии обучения, становятся общими для различных видов учебной деятельности.

Программа формирования универсальных (базовых) учебных действий предполагает интеграцию и координацию деятельности педагогов и специалистов ППМС-центров, реализующих программы учебной и внеурочной деятельности.

Стандартами предусмотрено формирование у обучающихся системы универсальных или базовых учебных действий в разных видах учебной и внеурочной деятельности, включая различные коррекционные занятия, реализуемые в групповой и индивидуальной формах. Направления такой работы в образовательных организациях, реализующих тот или иной вариант АООП, представлены на рисунке 2.

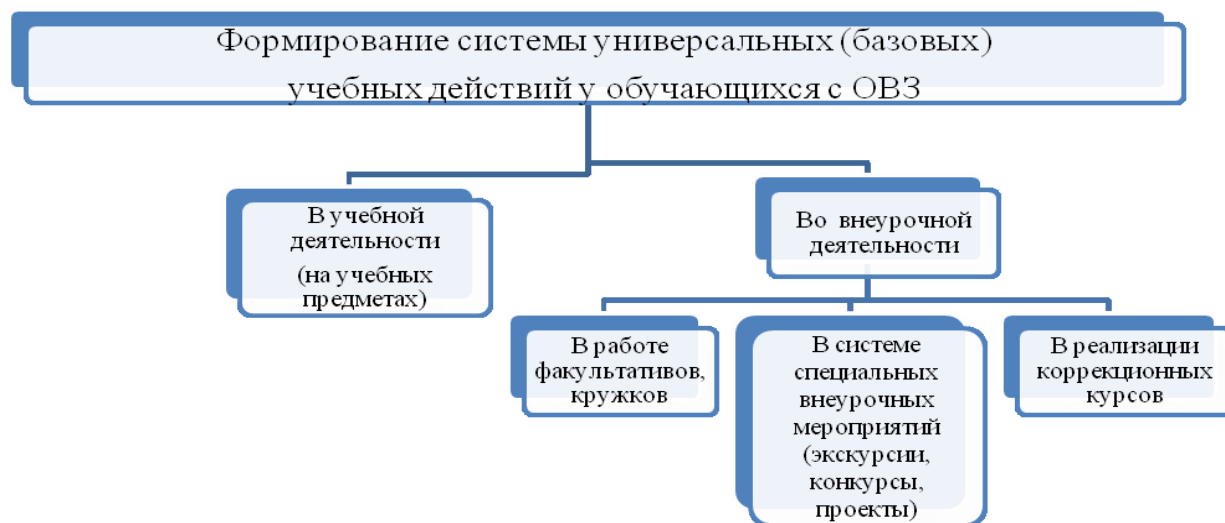


Рис. 2. Система работы по формированию учебных действий у обучающихся в образовательной организации

Предусмотренные ФГОС ОВЗ требования к формированию универсальных и базовых учебных действий предполагают определенные изменения в сложившихся формах организации и содержании учебной и коррекционно-воспитательной работы, а также психолого-педагогического сопровождения обучающихся.

В соответствии с деятельностным подходом и принципами

коррекционно-развивающего обучения универсальные (базовые) учебные действия формируются в специально проектируемых ситуациях с учетом типологических особенностей обучающихся с ОВЗ. Важнейшим условием эффективности программы является обеспечение взаимосвязи между всеми направлениями работы по формированию этих учебных действий на основе общих принципов, методов и алгоритмов, а также единых критериев и показателей оценки их сформированности. Кроме того, следует учитывать структуру и уровневое строение учебных действий, а также особенности нарушений психических функций у детей для осуществления коррекционно-развивающей работы.

Таким образом, организация работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий должна выстраиваться на основе системного подхода<sup>12</sup>. Следует отметить, что в специальной педагогике на основе системного подхода осуществляется анализ структуры дефекта, оценка роли внешних и внутренних факторов, влияющих на нарушение социализации и социальной адаптации, разработка коррекционных программ и программ комплексного сопровождения и т.д.

В качестве основных задач, решение которых обеспечивает реализацию системного подхода к формированию универсальных (базовых) учебных действий, можно выделить следующие:

1. Определение направлений формирования универсальных (базовых) учебных действий и их связи с определенными учебными предметами и курсами.

2. Подбор методов и приемов, обеспечивающих формирование универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с ОВЗ в учебной и внеурочной деятельности.

3. Проектирование учебных и коррекционных занятий с учетом решения задач, связанных с формированием универсальных (базовых) учебных действий.

4. Разработку технологической карты урока с определением учебных ситуаций, обеспечивающих формирование универсальных (базовых) учебных действий.

5. Разработка рабочих программ учебных предметов, курсов, предусматривающих деятельность по формированию универсальных (базовых) учебных действий.

6. Разработку показателей и уровней сформированности универсальных (базовых) учебных действий.

7. Отбор методов педагогической и психологической диагностики, а также разработку формы мониторинга сформированности универсальных (базовых) учебных действий.

---

<sup>12</sup> В Стандартах деятельностный подход соответствует системно-деятельностному, что отражает понимание деятельности и конституирующих ее действий как сложно организованной системы, формирование которой предусматривает комплекс взаимосвязанных специальных условий и воздействий.

8. Организацию взаимодействия педагогов и специалистов по формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся.

Большинство видов универсальных (базовых) учебных действий, составляющих ядро любой учебной деятельности, актуализируются и формируются на каждом учебном занятии. Вместе с тем, для целенаправленной работы по формированию определенных видов универсальных (базовых) учебных действий должны создаваться специальные условия.

Направления формирования разных видов универсальных (базовых) учебных действий определяются исходя из специфики образовательных областей, коррекционной работы и внеурочной деятельности. Например, формированию познавательного базового учебного действия «делать простейшие обобщения, сравнивать, классифицировать на наглядном материале» в большей степени способствует содержание таких образовательных областей, как «Естествознание» и «Язык и речевая практика», а другому познавательному базовому учебному действию, связанному с выполнением арифметических операций, т. е. имеющему более предметный характер, определено соответствует образовательная область «Математика».

Как уже было отмечено выше, выбор направленности формирования тех или иных универсальных (базовых) учебных действий в коррекционной работе должен определяться на основе дифференцированного подхода с учетом типологических особенностей обучающихся с умственной отсталостью (например, в рамках выделенных В.В. Воронковой уровней обучаемости), а в условиях индивидуальной работы – на основе анализа структуры дефекта конкретного обучающегося [35].

Таким образом, связь видов универсальных (базовых) учебных действий с определенными учебными предметами и курсами определяется с учетом:

- 1) содержания учебного предмета, коррекционного курса или внеурочной деятельности обучающихся;
- 2) используемых образовательных технологий, методов и приемов обучения, воспитания, коррекционной работы;
- 3) организационных форм, используемых в образовательном процессе.

Установленные связи различных видов универсальных (базовых) учебных действий с определенными учебными предметами и курсами представляются в виде таблицы в программе формирования универсальных (базовых) учебных действий, включающейся в содержательный раздел АООП.

В каждом учебном предмете или коррекционном курсе педагог может использовать широкий арсенал методов и приемов для формирования универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся. При этом на начальных этапах обучения особое внимание должно уделяться формированию регулятивных учебных действий, обеспечивающих

организацию учебной деятельности школьника. Среди базовых регулятивных учебных действий к таким относятся умения адекватно соблюдать ритуалы школьного поведения (поднимать руку, вставать и выходить из-за парты и т. д.), а также принимать цели, произвольно включаться в деятельность и следовать предложенному плану. По единым алгоритмам учеников младших классов ежедневно следует приучать подготавливать к уроку свое рабочее место, ориентироваться в тетради и учебнике, правильно выбирать способы выполнения задания, планировать свои действия и многое другое.

Учитывая, что для большинства обучающихся с умственной отсталостью характерен низкий уровень сформированности произвольной регуляции, а также недостаточное осознание требований ситуации школьного обучения, для формирования школьного поведения на первых этапах обучения возможно использование поведенческих методов<sup>13</sup>. Применение этих методов позволит за счет различных внешних стимуляций (например, модификаций жетонного метода) создать условия для соблюдения обучающимися норм школьного поведения с последующей интериоризацией этих регулятивных действий. Эти методы оказываются особенно эффективными при работе с детьми с грубыми нарушениями целенаправленного поведения.

Для дальнейшего развития регулятивных умений, например, действовать по плану, можно начать с обучения детей составлению плана уже выполненной работы. Этот прием позволяет учащимся осознать, что задание следует всегда выполнять в определенной последовательности, и подготавливает основу для перехода к последующему этапу обучения – составлению плана предстоящей работы. После овладения школьниками умением составлять план выполненной работы можно рекомендовать обучать их умению работать по предложенному педагогом плану. В этом случае план вначале дается к знакомым, а затем и к новым заданиям. Педагог же должен сопровождать обучение объяснениями и демонстрациями рисунков, наглядно представляющих последовательность совершаемых действий.

Специальная коррекционно-воспитательная работа требуется для развития приемов и способов самоконтроля. Формирование самоконтроля зависит от уровня осмысленности совершаемых действий и способности сопоставить их результат с образцом. К условиям формирования самоконтроля у обучающегося относится понимание им цели совершаемого действия, а также сформированность у него следующих познавательных базовых учебных действий: выделять некоторые существенные, общие и

---

<sup>13</sup> Поведенческие методы широко используются в зарубежной коррекционной педагогике для работы с детьми, имеющими выраженные нарушения произвольной регуляции поведения, умственную отсталость, аутизм. В последние годы эти методы все чаще применяются в коррекционной работе с детьми и в нашей стране.

отличительные свойства хорошо знакомых предметов; сравнивать и классифицировать на наглядном материале; наблюдать под руководством взрослого за предметами и явлениями окружающей действительности и др. Формированию этих умений могут способствовать выполняемые совместно с учителем упражнения по развитию различных видов зрительного гнозиса. При этом учитель с помощью вопросов организует восприятие ребенка с целью привлечения внимания к дифференцирующим объект признакам.

Разнообразные методы и приемы формирования регулятивных и познавательных базовых учебных действий (например, таких как сравнение предметов, сериация, а также более предметных по содержанию базовых учебных действий – умений читать, писать, выполнять арифметические действия) на таких учебных предметах, как «Русский язык», «Чтение», «Математика» можно найти в соответствующих учебных пособиях для учителей по методикам преподавания этих предметов.

В качестве общих принципов формирования базовых учебных действий у обучающихся в учебной деятельности можно выделить принципы, сформулированные еще 60-е годы прошлого века Б.И. Пинским, по мнению которого для развития общеучебных умений необходима [37,38]:

- 1) помощь и направляющее воздействие учителя, подготавливающие обучающихся к предстоящим действиям ;
- 2) систематическая тренировка школьников в выполнении умственных действий, их постепенное превращение в приемы деятельности;
- 3) включение в учебный процесс упражнений в применении усвоенных знаний.

На этих же принципах может выстраиваться работа по формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся и во внеурочной деятельности, где педагог имеет большие возможности выбора как содержания деятельности, так и методов и приемов работы с детьми.

В коррекционной работе психолога по формированию универсальных (базовых) учебных действий могут быть использованы материалы методики комплексной сенсомоторной коррекции, разработанной А.В. Семенович. В этой методике большое внимание уделяется развитию произвольной регуляции деятельности, формированию у детей функций гнозиса, праксиса, пространственного анализа и синтеза, т. е. функций, обеспечивающих формирование различных регулятивных, познавательных и коммуникативных БУД [42].

Важнейшим элементом рассматриваемой здесь системы работы является подготовка и проведение учебных и коррекционных занятий с учетом решения задач, связанных с формированием универсальных (базовых) учебных действий. При проектировании каждого урока учителем должны определяться конкретные универсальных (базовых) учебных действий, формирующиеся на разных этапах учебного занятия. Учителем должны продумываться учебные ситуации, включающие учебный материал, методы и приемы организации деятельности обучающихся, обеспечивающие

формирование этих учебных действий.

Общий алгоритм проектирования учебного занятия может быть следующим:

1. Сформулировать задачи урока, связанные с формированием определенных универсальных (базовых) учебных действий.

2. Определить на основе программы и тематического плана виды деятельности, методы, приемы и средства обучения, обеспечивающие формирование определенных универсальных (базовых) учебных действий в ходе урока.

3. Продумать учебные ситуации на уроке, в рамках которых будет осуществляться формирование универсальных (базовых) учебных действий. Здесь должно быть предусмотрено, что будут делать дети в каждой из этих учебных ситуаций (слушать, отвечать на вопросы, выполнять задание в рабочей тетради и т. д.), как часто будут меняться виды деятельности, какие формы работы будут использоваться (фронтальная работа, работа в группе, работа в паре, самостоятельная работа).

4. Определить моменты урока, в которые нужно организовать проверку выполнения учащимися заданий по предложенному алгоритму, в том числе само- и взаимопроверку, а также ситуации, обеспечивающие формирование у обучающихся способности оценивать деятельность свою и других: когда, что, кого, кто, по каким критериям должны оценивать и пр.

5. Предусмотреть рефлексивные моменты на уроке: подведение итогов работы, оценку настроения, постановку целей будущей работы и др.

Проектирование уроков с направленностью на формирование универсальных (базовых) учебных действий предполагает создание условий для постепенного перехода учеников к саморегуляции своей деятельности и самоконтролю, в том числе за счет развернутой алгоритмизации обучения, повторения общих алгоритмов действий в ориентировке, исполнении, контроле и оценивании в каждом учебном задании. В едином алгоритме на каждом занятии учителем должны организовываться работа обучающихся учебным материалом с четким определением операций: нахождение в учебнике ответа на заданный учителем вопрос; совместное с учителем составление простого плана по прочитанному рассказу.

Для удобства подготовки урока с реализацией задач, связанных с формированием универсальных (базовых) учебных действий, может использоваться технологическая карта урока, которая представляет собой способ графического проектирования урока, таблицу, позволяющую структурировать урок по выбранным учителем параметрам. Такими параметрами могут быть этапы урока, его цели, содержание учебного материала, методы и приемы организации учебной деятельности обучающихся, деятельность учителя и деятельность обучающихся и т.д.

Форма записи урока в виде технологической карты позволяет детально продумать его еще на стадии подготовки, оценить разумность и потенциальную эффективность выбранных методических приемов, средств и



подходов к организации деятельности обучающихся на каждом этапе урока. Это дает возможность учителю оценить рациональность отбора содержания учебного материала, соответствие применяемых форм и методов работы поставленным целям. Пример технологической карты урока с учетом решения задач по формированию универсальных (базовых) учебных действий представлен в приложении 1.

В соответствии с требованиями ФГОС ОВЗ система работы по формированию БУД должна быть отражена как в соответствующем разделе АООП (программе формирования базовых учебных действий), так и в каждой рабочей программе учебного предмета, курса. Требования к структуре программы формирования БУД и рабочей программы представлены в Стандартах.

Можно рекомендовать следующий алгоритм включения видов универсальных (базовых) учебных действий в содержание рабочих программ учебных предметов:

1. Проанализировать содержание разделов и тем программы на предмет его использования для формирования определенных видов универсальных (базовых) учебных действий.

2. Разработать рабочую программу учебного предмета на основе примерной, указав в пояснительной записке, а также в разделах программы формируемые универсальные (базовые) учебные действия.

3. Выбрать методы и средства формирования универсальных (базовых) учебных действий для каждого урока с учетом содержания изучаемой темы.

4. Разработать систему типовых заданий для формирования универсальных (базовых) учебных действий в рамках учебного предмета.

5. Разработать диагностический материал для оценки сформированности универсальных (базовых) учебных действий в учебном процессе.

Учитывая, что для отдельных обучающихся могут разрабатываться и индивидуальные учебные планы, в этих планах могут отражаться и особенности работы по формированию БУД. Подобным образом может осуществляться включение универсальных (базовых) учебных действий в содержание программ внеурочной деятельности.

## **7.2. Комплексная диагностика сформированности универсальных (базовых) учебных действий у детей-инвалидов, обучающихся по АООП**

Обеспечение эффективности работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с ОВЗ предполагает постоянный мониторинг ее результатов. С целью его проведения должна быть разработана система оценивания, предусматривающая определение показателей и уровней сформированности БУД.

В соответствии с примерной АООП при определении подходов к

осуществлению оценки результатов рекомендуется опираться на следующие принципы:

1) дифференцированный подход к оценке достижений с учетом типологических и индивидуальных особенностей развития и особых образовательных потребностей обучающихся с умственной отсталостью;

2) изучение всего комплекса изменений психического и социального развития, индивидуальных способностей и возможностей обучающихся;

3) единства параметров, критериев и инструментария оценки достижений в освоении содержания образовательной программы, что сможет обеспечить объективность оценки в разных образовательных организациях.

Реализация этих принципов предполагает создание методического обеспечения (определение показателей и уровней сформированности универсальных (базовых) учебных действий, описание диагностических материалов, процедур их применения, сбора, формализации, обработки) процесса осуществления оценки достижений обучающихся.

В работах, посвященных проблеме изучения динамики развития детей с умственной отсталостью, в качестве наиболее информативных и репрезентативных его показателей относят: сознательность познавательной деятельности обучающихся, уровень развития у них обобщения и абстрагирования, темп познавательных действий; динамичность познавательных процессов, уровень самостоятельности, обученность, обучаемость, учебная работоспособность.

Показатель сознательности деятельности дает возможность определить уровень понимания обучающимся цели ее осуществления, ориентировки в ситуации, задании и др., что выявляется посредством беседы или наблюдения. Главным критерием здесь выступает соотношение между прямым отражением действительности в виде ее копирования и аналитическим восприятием с проникновением в суть предметов и явлений.

Другой показатель характеризует уровень развития обобщения и абстрагирования, недостаточность которых являются ядерным нарушением при легкой умственной отсталости. Эти умения могут также постепенно формироваться при специальных условиях обучения у детей с умственной отсталостью, конечно в значительно меньшей степени, чем у детей с сохранным интеллектом. Показатель уровня развития обобщения и абстрагирования позволяет определить степень выраженности и специфические признаки главного симптома умственной отсталости – недоразвития высших познавательных процессов.

В ходе изучения познавательной деятельности детей с легкой умственной отсталостью рассматривается степень сформированности у них приемов построения обобщающих действий, способность их:

а) выделять некоторые существенные, общие и отличительные свойства хорошо знакомых предметов;

б) устанавливать видо-родовые отношения предметов;

в) делать простейшие обобщения, сравнивать, классифицировать на

наглядном материале;

г) объединять предметы в одну группу по общим признакам и абстрагироваться от объектов, которые их не имеют;

д) пользоваться знаками, символами, предметами-заместителями.

Важнейшим показателем сформированности как универсальных, так и базовых учебных действий, характеризующих динамику психического развития обучающихся в целом, является их обучаемость, т. е. то, как они поддаются обучению. Критерием обучаемости является объем и характер помощи, необходимых учащемуся для усвоения знаний или способов действий. Этот критерий указывает как на уровень ориентировки в задании, так и сформированность самоконтроля.

Соответственно, с учетом объема и характера помощи взрослого, учитывается и показатель самостоятельности деятельности обучающегося, которая определяется путем учета количества работы, выполненной учащимся без помощи извне.

С учетом особенностей психического состояния, структуры дефекта детей с ОВЗ значимыми являются также показатели динамики психических процессов. Показатель темпа деятельности позволяет выяснить, с какой скоростью протекает у обучающихся учебная деятельность: восприятие и осознание учебной информации, выполнение ручных операций и решение умственных задач. Существенным показателем, характеризующим динамику психических процессов, является также показатель способности к видоизменению, перестройке усвоенных знаний и способов действий в соответствии с новыми потребностями и в разных условиях деятельности. Этот показатель позволяет, например, определить меру проявления свойственной учащимся с умственной отсталостью инертности психических процессов.

Перечисленные показатели отражают наиболее существенные стороны учебной деятельности, которые необходимо учитывать при организации обучения детей с ОВЗ. При этом они также указывают на те объекты коррекционной работы, которые должны быть в центре внимания всех специалистов, участвующих в образовательном процессе.

В соответствии с рекомендациями примерной АООП для обучающихся с умственной отсталостью их поведение и деятельность могут оцениваться по системе показателей, характеризующих уровень сформированности видов базовых учебных действий.

Для определения уровня сформированности базовых учебных действий можно использовать следующую бальную систему оценки:

0 баллов – действие не может быть выполнено, смысл его обучающийся не понимает и поэтому не включается в процесс выполнения

вместе с учителем (взрослым<sup>14</sup>);

1 балл – обучающийся понимает смысл действия, но связывает его только с конкретной ситуацией, способен выполнить действие только по прямому указанию учителя (взрослого) и с его значительной организующей помощью;

2 балла – обучающийся преимущественно выполняет действие под руководством учителя (взрослого), но объем организующей помощи и контроль за выполнением действия со стороны учителя (взрослого) становится меньше;

3 балла – обучающийся способен самостоятельно выполнять действие, нуждаясь в незначительной организующей или активизирующей помощи, но допускает ошибки, которые исправляет по прямому указанию учителя;

4 балла – обучающийся способен самостоятельно применять действие, но иногда допускает ошибки, которые исправляет по замечанию учителя (например, обращением внимания ученика к правильности выполнения действия);

5 баллов – обучающийся знает, в какой ситуации надо применить действие, самостоятельно применяет его в различных ситуациях, не нуждаясь в контроле со стороны учителя.

Используя общие показатели и уровни сформированности универсальных (базовых) учебных действий можно осуществлять их комплексную оценку, основанную на данных диагностики проводимой разными специалистами (учителями, воспитателями, учителями-дефектологами, психологом). Схема комплексной диагностики отражена в рисунке 3.

В комплексном исследовании развития детей с ОВЗ могут использоваться общеизвестные педагогические и психологические диагностические методы: наблюдение, беседа, различные виды психолого-педагогического эксперимента, анализ продуктов деятельности обучающихся, анкетирование родителей и педагогов.

---

<sup>14</sup> Указано «Взрослый», так как в работе по формированию БУД у школьников участвуют не только учителя, но другие специалисты, а также родители.



Рис. 3. Модель комплексной диагностики сформированности универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с ОВЗ

Метод наблюдения позволяет оценить степень сформированности регулятивного компонента деятельности, в частности, таких ее показателей, как ее целенаправленность, организованность, произвольность, способность к планированию действий, самостоятельному выбору средств выполнения деятельности. Педагогическое наблюдение позволяет также выявить особенности отношения учащегося к окружающим и к самому себе.

Педагогическое наблюдение как один из методов комплексной диагностики может носить формализованный характер, т. е. осуществляться по конкретным показателям (перечню видов) универсальных (базовых) учебных действий) и выбранной системой их бальной оценки. Оценка сформированности универсальных (базовых) учебных действий посредством метода наблюдения может осуществляться разными учителями в начале и конце учебного года. Данные наблюдения по каждому обучающемуся заносятся в таблицу, образец которой представлен в приложении 4. Сам процесс наблюдения за учащимися класса для оценки сформированности универсальных (базовых) учебных действий на начало или конец года рекомендуется осуществлять в течение нескольких дней.

Для оценки сформированности отдельных универсальных (базовых) учебных действий могут использоваться типовые задачи<sup>15</sup>. Характер выполнения учащимися этих типовых задач также может являться предметом оценивания с помощью бальной шкалы, указанной выше.

<sup>15</sup> Для осуществления педагогической диагностики сформированности универсальных учебных действий у обучающихся с ОВЗ по первому и второму вариантам АООП НОО могут быть использованы типовые задачи, представленные в различных учебно-методических комплексах, соответствующих требованиям ФГОС НОО.

Для психологической диагностики универсальных (базовых) учебных действий можно рекомендовать использование нейропсихологических и патопсихологических методик, позволяющих выявить уровень сформированности произвольной регуляции деятельности, наглядно-действенного, наглядно-образного, вербально-логического мышления, чтения, письма, счетных операций, а также функций, являющихся важнейшими предпосылками формирования учебных действий: различных видов гнозиса, праксиса, мнестических функций, показателей нейродинамики. Здесь также рекомендуется использовать единую балльную систему оценивания для определения уровня сформированности универсальных (базовых) учебных действий. Подобная система оценки сформированности универсальных (базовых) учебных действий может осуществляться учителями коррекционных предметов и учителем-логопедом.

Данные результатов наблюдения, психологической и логопедической диагностики заносятся каждым специалистом в индивидуальную карту развития обучающегося

Важнейшей составляющей комплексной диагностики универсальных (базовых) учебных действий является оценивание уровня их сформированности родителями. С ними, как с полноправными участниками образовательного процесса, заранее согласуются показатели сформированности универсальных (базовых) учебных действий и в дальнейшем оценивается (например, посредством анкетирования) динамика их формирования у детей.

В заключение следует отметить, что главным условием успешности реализации системного подхода к формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с умственной отсталостью является выстроенная работа по взаимодействию учителей, специалистов и родителей детей. Выстраивание такого взаимодействия может осуществляться в рамках деятельности школьного психолого-медико-педагогического консилиума, к функциям которого относится отслеживание общей динамики развития обучающихся, в т.ч. за счет оценки сформированности универсальных (базовых) учебных действий, а также разработка и корректировка образовательных маршрутов.

Необходимым условием успешного взаимодействия всех участников образовательного процесса является непрерывное повышение уровня профессиональной компетенции педагогов в вопросах реализации деятельностного подхода в коррекционно-педагогической работе с детьми. Эту функцию также могли бы взять ППМС-центры в рамках деятельности по оказанию методической помощи муниципальным общеобразовательным организациям. В качестве форм повышения квалификации педагогов внутри образовательной организации можно рекомендовать обучающие и проблемные семинары, мастер-классы, анализы и обсуждения учебных и коррекционных занятий на методических объединениях.

## Список литературы

1. Актуальные проблемы интегрированного обучения. Материалы Международной научно-практической конференции по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья 29–31 января 2001 г. М., 2001.
2. Винокуров Л.Н. Школьная дизадаптация: вопросы организации помощи «детям риска». – Кострома: КОИРО, 2011.
3. Глозман Ж.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. – М.: Смысл, 2012. – 264 с.
4. Гришина А.В. Разработка моделей социального сопровождения одаренных детей, направленного на решение социальных вопросов и социальной защиты одаренного ребенка: методическое пособие / науч. ред. И.В. Абакумова. – М.: Изд-во «КРЕДО», 2012.
5. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.
6. Дульнев Г.М. Актуальные вопросы работы с глубоко отсталыми детьми: Обучение и воспитание умственно отсталых детей. – М., 1960.
7. Еременко И.Г. Олигофренопедагогика / И.Г. Еременко – КИЕВ, Головное издательство Издательского объединения «Вища школа», 1985.
8. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб: Издательство «Питер», 2000.
9. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004.
10. Ильин Е.П. Психология творчества, креативности, одаренности. – СПб., 2011.
11. Как проектировать универсальные учебные действия в начальной школе. От действия к мысли: пособие для учителя / [Асмолов А.Г., Бурменская Г.В., Володарская И.А. и др.]; под ред. Асмолова А.Г. – 3-е изд. – М.: «Просвещение», 2011.
12. Коноплева А.Н. Интегрированное обучение детей с особенностями психофизического развития: Монография / А.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская. – Мн.: НИО, 2003.
13. Концепция интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (со специальными образовательными нуждами) // В кн.: Актуальные проблемы интегрированного обучения: Материалы Международной научно-практической конференции по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с особыми образовательными потребностями) 29-31 января 2001 года. – М., «ПРАВА ЧЕЛОВЕКА», 2001.
14. Концепция Федерального государственного образовательного стандарта для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. – М. 2013.

15. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. – М.: ПЕР СЭ, 2002.
16. Коробейников И.А. Патопсихологическая дифференциация некоторых форм психического недоразвития у детей старшего дошкольного возраста / И.А. Коробейников: автореф. канд. дис. – М., Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980.
17. Кузма Л.П., Е.Н. Азлецкая Е.Н., Лукашева О.В. Инклюзивное образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных школах: учеб. пособие. – Краснодар: ГБОУ ИРО Краснодарского края, 2016.
18. Кузма Л.П., Шевченко Л.Е., Клещева Л.А. Методологические основы и технологии реализации образовательных стандартов обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Учебное пособие. – Краснодар, «Просвещение ЮГ», 2017.
19. Кулемзина А.В. Одаренный ребенок как ценность современной педагогики. – М., 2004.
20. Лейтес Н.С. Возрастная одаренность школьников: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М., 2000.
21. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – 2-е изд., стер. – М.: Смысл, 2005.
22. Маллер А.Р., Цикото Г.В. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. – М, 1988.
23. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Интеграция и специальные образовательные учреждения: необходимость перемен // Дефектология, № 2, 2008.
24. Малофеев Н.Н. Интеграция детей с особыми проблемами: реалии России. «Государство и дети: Реальности России». Материалы международной научно-практической конференции. М. 1995.
25. Малофеев Н.Н. Интеграция: идеальная модель и реальность. Развивающаяся личность в изменяющемся мире. Сборник докладов (на эстонском, английском и русском языке). Тарту Эстония, 1995.
26. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Системная модель интегрированного обучения // Дефектология. – 2003. – № 1.
27. Мамайчук И.И., Вахрушева И.А. Внутренняя картина болезни у подростков с заболеваниями желудочнокишечного тракта // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии. – СПб., 2004. – С. 40-42.
28. Мамайчук И.И., Галицына Е.Ю. Направления и перспективы психологической помощи детям и подросткам с соматическими заболеваниями // Петербургский психологический журнал. 2017, № 19. С.39-56.
29. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями // Педиатр. 2014, том V, № 1. С. 107 – 118.
30. Методика проведения медико-социальной экспертизы и



формирование заключений о реабилитационных мероприятиях у детей: методическое пособие / под редакцией В.Г. Помникова, Г.О. Пениной, О.Н. Владимировой – СПб: СПбИУВЭК Минтруда России, 2014.

31.Мозговой В.М., Яковлева И.М., Еремина А.А. Основы олигофренопедагогики. – М., 2006

32.Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра: учебно-методическое пособие. – Самара: ООО «Медиа-книга», 2015.

33.Морозова С.С. Основные аспекты использования АВА при аутизме. – М.: «Добрый век», 2013.

34.Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. Изд.3-е, стер. – М.: «Теревинф», 2005.

35.Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе: Пособие для учителей и студентов дефектолог. ф-тов пед. ин-тов/ Под ред. В.В. Воронковой – М.: «Школа-Пресс», 1994.

36.Переслени Л.И., Подобед В.Л. Исследование прогностической деятельности для характеристики уровня умственного развития // Дефектология. 1982. № 6.

37.Пинский Б.И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников. М., Изд-во АПН РСФСР, 1962.

38.Пинский Б.И. Психология трудовой деятельности обучающихся во вспомогательной школе. М.: Педагогика, 1977.

39.Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М.: Педагогика, 1989.

40.Психолого-педагогическая диагностика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамная, Т.А.Добровольская и др.; Под ред. И.Ю.Левченко, С. Д. Забрамной. – М.: Издательский центр Академия, 2003.

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

42.Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А.В. Семенович. – М.: Академия, 2002.

43.Семенович А.В., Курганская Е.Г. Особенности психического развития детей с бронхиальной астмой и кардиопатологией (нейропсихологический подход) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2003 (3), № 1. С.16-23.

44.Составление программы «Одаренный ребенок» в организациях дополнительного образования детей: методические рекомендации [Электронный ресурс] / авт.-сост. Л.Е. Вотякова; Мин-во образования Респ. Коми, Коми респ. ин-т развития образования. - Сыктывкар: КРИРО, 2015. - 35 с.

45.Спринц А.М., Ерышев О.Ф., Шатова Е.П., Филиппова И.И. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической

патологией / А.М. Спринц, О.Ф. Ерышев, Е.П. Шатова, И.И.Филиппова. – СПб.: Спец.лит, 2007.

46. Специальная педагогика: в 3 т.: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Н. М. Назаровой. – Т. 2: Общие основы специальной педагогики / [Н.М.Назарова, Л.И.Аксенова, Т.Г.Богданова, С.А.Морозов]. — М.: Издательский центр «Академия», 2008.

47. Сурдопедагогика: учебник для студ. высш. пед. учеб. заведений / [И.Г. Багрова и др.]; под ред. Е.Г. Речицкой. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2004.

48. Рабочая концепция одаренности: 2-е изд., расш. и перераб. - М., 2003.

49. Ранняя диагностика и коррекция. В 2 т.: практическое руководство под ред. Удо Б. Брака; [науч. ред. Русского текста Н.М. Назарова]. Т. 1. Нарушения развития. – М.: Издательский центр «Академия», 2007.

50. Речицкая Е.Г. Формирование универсальных учебных действий у младших школьников с нарушением слуха: Монография. – М.: МПГУ, 2011.

51. Тупоногов Б.К. Тифлопедагогические требования к современному уроку. – Калуга: Издательство Н.Бочкаревой, 1999 г. – 40.

52. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов. – М.: РМАПО, 1997.

### ***Нормативно-правовые документы***

53. Закон РФ «Об образовании в Российской Федерации» № 273 от 29.12.2012 г.

54. Закон Краснодарского края от 16 июля 2013 г. N 2770-КЗ "Об образовании в Краснодарском крае" (с изменениями и дополнениями) Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/36992225/#ixzz3f17lq82y>

55. Постановление Правительства РФ от 30.03.2013 г. №286 «О формировании независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги».

56. Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа», утвержденной Президентом Российской Федерации от 04 февраля 2010 г. № Пр-271.

57. Постановлением Правительства РФ от 07.02.2011 г. №61 «О Федеральной целевой программе развития образования 2011-2015 годы» с изменениями и дополнениями от: 20 декабря 2011 г., 13 июля, 26 ноября, 27 декабря 2012 г., 5 августа, 26 декабря 2013 г., 3 апреля 2014 г.

58. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации №276 от 07 апреля 2014 г. «Об утверждении порядка проведения аттестации педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность».

59. Приказ Минтруда России № 544н от 18 октября 2013 г. «Об

утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)».

60. Постановление Правительства Российской Федерации N 678 от 8 августа 2013 г. «Об утверждении номенклатуры должностей педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность, должностей руководителей образовательных организаций».

61. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 августа 2010 года N 761н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "квалификационные характеристики должностей работников образования».

62. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2016 года № 436н «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому».

63. Приказ Министерства образования и науки РФ от 17 декабря 2010 г. N 1897 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования";

64. Приказ Министерства образования и науки РФ от 17 мая 2012 г. N 413 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего (полного) общего образования";

65. Приказ Министерства образования и науки РФ от 9 января 2014 г. N 2 "Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ".

66. Приказ Минтруда России от 31.07.2015 N 528н "Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.08.2015 N 38624)

67. Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

68. Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».

69. Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому» от 30.06.2016 № 436.

70. Письмо Министерства образования и науки РФ «Об организации работы по подготовке к введению ФГОС образования обучающихся с ОВЗ» от 16.02.2015 № ВК-333/07.

71. Письмо Минобрнауки России от 31.08.2015 N ВК-2101/07 «О порядке организации получения образования обучающимися, нуждающимися в длительном лечении» (вместе с "Разъяснениями по вопросу о порядке организации получения образования обучающимися, нуждающимися в длительном лечении").

72. Письмо Министерства образования и науки РФ от 10.02.2015 № ВК-286/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».

73. Письмо Министерства образования и науки РФ от 23.05.2016 № ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий».

74. Методические рекомендации по вопросам внедрения федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (письмо Министерства образования и науки РФ от 11.03.2016 «О введении ФГОС ОВЗ»).

75. Методические рекомендации по организации инклюзивного образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в муниципальных образовательных организациях Краснодарского края (письмо министерства образования, науки и молодежной политики Краснодарского края от 09.01.2017 № 47-26/17-11).