|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Взаимодействие специалистов *в коррекционно-развивающей работе с неуспевающими детьми при различных типах отклоняющегося развития*  Публикация статьи произведена при поддержке форума медицинских консультаций Аирмед. Если вам необходимо получить врачебную консультацию по интересующему вас вопросу в области гинекологии, урологии, пульмонологии, ортопедии, проктологии, эндокринологии и пр. областей медицины, уточнить назначения врача по лечению, получить информацию о лекарственных препаратах – все это можно сделать на [форуме медицинских консультаций](http://www.airmed.com.ua/forum/), расположенном на украинском медицинском сервере AirMed.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ** | **ДИАГНОЗЫ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ** | **РЕШЕНИЕ КОНСИЛИУМА  ОБ ИЗМЕНЕНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МАРШРУТА** | **ПОДКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ КОНСИЛИУМА  И ШКОЛЫ** | **НЕОБХОДИМАЯ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ РАБОТА** | **ПРОГНОЗ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ  И ОБУЧЕНИЯ** | | **ТОТАЛЬНОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ. ТОРМОЗИМО- ИНЕРТНЫЙ ТИП** | Основным диагнозом врача является легкая умственная отсталость с минимальными поведенческими нарушениями или отсутствием их (F70.0 по МКБ-10), другие заболевания и ранние поражения ЦНС, сопряженные с умственной отсталостью, в том числе наследственной природы. Логопедом может быть поставлен соответствующий диагноз нарушения речи | Направление на ПМПК | На первый планвыступают арт-терапевты, музыкотерапевты, другие специалисты подобного рода. Такая предварительная работа создает необходимый для дальнейшей деятельности учителя (дефектолога) и логопеда уровень психической активности, психического тонуса. В этом же ряду находится и врач-невролог (психиатр), который определяет потребность в медикаментозной коррекции. Лишь при достаточном уровне психической активности эффективность специального обучения будет максимальной. На следующем этапе уже возможно полномасштабное подключение учителя-дефектолога и логопеда. При необходимости — дополнительная консультация специалистов медицинского профиля (генетика, эндокринолога и пр.) | Несмотря на то что для детей данной категории показаны практически все виды развивающей работы, необходимо выделить приоритетные. Это программы по развитию межанализаторных вза-имодействий (зрительно-, слухомоторные координации), произвольных форм регуляции высших психических функций и поведения, в том числе функций программирования и контроля, а также формирование пространственных представлений. Программа развития аффективно-эмоциональной сферы включает, в первую очередь, тоническую стимуляцию, формирование второго уровня аффективной регуляции, гармонизацию третьего и четвертого уровней, подключение к работе любого направления развития чувственного опыта | Поскольку эти дети “удобны” в качестве учеников и, как правило, не привлекают к себе большого внимания, работа с ними проводится обычно в последнюю очередь, что негативно сказывается на динамике их развития. При наличии органического заболевания или поражения ЦНС (в частности, эпилепсии или вариантов эпилептического синдрома) прогноз дальнейшего развития ребенка зависит от адекватности и эффективности лечебных мероприятий | | **ТОТАЛЬНОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ. ПРОСТОЙ УРАВНОВЕШЕННЫЙ ТИП** | Основным медицинским диагнозом по МКБ-10 является диагноз “умственная отсталость” (в данном случае вероятнее всего легкая умственная отсталость), шифр F70. Логопедом может быть поставлен диагноз нарушения речи | Направление на ПМПК | Основным специалистом является учитель-дефектолог, в первую очередь определяющий развитие такого ребенка. Необходимо также подключение логопеда. Желательно наблюдение врача-невролога и детского психиатра с целью определения возможной медикаментозной терапии. В большинстве случаев необходима консультация генетика и эндокринолога. Коррекционная деятельность психолога с ребенком является вспомогательной. Необходима психотерапевтическая поддержка семьи | Включение в развивающие и коррекционные программы (при отсутствии неврологических противопоказаний) разнообразной сенсорной стимуляции, в том числе и полимодальной, для необходимой тонизации, повышения уровня общей психической активности ребенка. Эта работа должна быть проведена уже на первом этапе деятельности специалистов. В дальнейшем — все варианты коррекционно-развивающей работы: арт-терапия, музыкотерапия, логоритмика, программы по формированию произвольной регуляции деятельности, функций программирования и контроля, различные формы двигательных и когнитивных занятий, в том числе формирование пространственных представлений. Приоритетное значение — общепринятым методам дефектологии и программам специального коррекционного образования. Основным условием эффективности применения разнообразных коррекционных воздействий является достаточная аффективная тонизация ребенка в процессе работы | Достаточно невысокая динамика развития. При адекватной возможностям ребенка программе обучения (в условиях коррекционного учреждения) наблюдается удовлетворительная социальная адаптация. В неблагоприятных условиях (продолжение обучения в общеобразовательной школе, отсутствие медикаментозной поддержки, трудового обучения, неблагоприятная социальная обстановка в подростковом периоде) возможна девиация состояния в сторону аффективно-неустойчивого или тормозимо-инертного типов тотального недоразвития, что может значительно осложнить социальную адаптацию, увеличить риск формирования асоциального поведения | | **ПАРЦИАЛЬНАЯ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РЕГУЛЯТОРНОГО КОМПОНЕНТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ** | Основными диагнозами являются: синдром гиперактивности и дефицита внимания, синдром повышенной нервной возбудимости, минимальная мозговая дисфункция, гиперкинетические расстройства (F90 по МКБ-10). Могут наблюдаться такие специфические формы речевых нарушений, как повышение темпа речи — “тахилалия” (по МКБ-10), “речь взахлеб” — (F98.6) | Разработка специализированной коррекционной про-граммы в условиях массового образования. В выраженных случаях решение вопроса о переводе в класс КРО (выравнивания, коррекции и т.п., если таковые имеются) | Необходимо наблюдение невропатолога, а в резко выраженных случаях — и детского психиатра, отслеживание динамики развития психологом с обязательным анализом характера латеральных предпочтений. Подключение логопедической коррекционной работы на начальных этапах нецелесообразно в силу крайне низкой ее результативности из-за выраженной регуляторной незрелости и вследствие специфических особенностей функциональной организации мозговой деятельности. Именно последним фактом объясняется также и необходимость чрезвычайно осторожного подхода к назначению лекарственных препаратов | Формирование произвольной регуляции деятельности в целом и функций программирования и контроля в частности. Работа должна проводиться с привлечением вначале двигательных, а позднее (если позволит время) или параллельно (в зависимости от возраста ребенка) когнитивных методов, основанных на нейропсихологическом подходе. Элементом коррекционного воздействия может стать структурирование (стереотипизация) образовательной среды, режима повседневной жизни. В случаях выраженной несформированности регуляторной составляющей деятельности необходим жесткий внешний контроль практически во всех жизненных ситуациях с постепенным (по мере продвижения в компенсации регуляторных проблем) переносом контроля и программирования от непосредственно взрослого к стереотипно организованной среде, а в дальнейшем — во внутренний план самого ребенка. Ведущим специалистом следует считать психолога или нейропсихолога. При выраженных неврологических нарушениях ведущим специалистом может быть врач-невролог или психиатр | Прогноз развития тем благоприятнее, чем раньше начата специфическая коррекционная работа, сопровождаемая наблюдением врача. В запущенных случаях или когда работа начинается после 8–9 лет, возможна девиация в сторону группы асинхронного развития (чаще — дисгармоничное развитие экстрапунитивного типа). В этих случаях большое значение имеет выраженность таких отягощающих развитие ребенка факторов, как атипичное формирование межфункциональных взаимодействий (большое количество левосторонних латеральных предпочтений), неблагоприятная социально-педагоги-ческая ситуация развития и неадекватная коррекционная работа, например только психокоррекционная, работа феноменологического уровня без медикаментозной поддержки и т.п. | | **ПАРЦИАЛЬНАЯ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОГНИТИВНОГО КОМПОНЕНТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ** | Основным является логопедический диагноз: общее недоразвитие речи различной степени выраженности, медицинский диагноз: задержка психоречевого развития на резидуально-органическом фоне. В школьном возрасте ставятся диагнозы дисграфия и/или дислексия на фоне некомпенсированного общего недоразвития речи. Кроме того, неврологами часто диагностируется неврозоподобный синдром (его астенический или астено-невротический варианты). В соответствии с современной классификацией психических расстройств (МКБ-10) могут быть поставлены такие диагнозы (без конкретизации), как специфические расстройства речи (F80), специфические расстройства развития учебных навыков (F81) | Направление на ПМПК | Значительная представленность в этой группе детей со специфическими особенностями функциональной организации мозговой деятельности (неустоявшаяся или смешанная латерализация, семейное или иное атипичное развитие) требует чрезвычайно осторожного подхода к применению медикаментозной терапии. Назначение ведущего специалиста зависит от возраста ребенка и выраженности речевых нарушений. Соответственно, ведущим специалистом может быть либо логопед, либо (на первом этапе коррекционной работы) психолог (нейропсихолог). Часто оба эти специалиста могут рассматриваться в качестве ведущих. В отдельных случаях требуется консультативная помощь учителя-дефектолога, невролога, реже – психиатра | Основное направление —формирование предпосылок для развития когнитивных процессов, в частности формирование пространственных представлений в соответствии с пониманием, с какого именно уровня необходимо начинать коррекционную работу. Только по достижении определенной динамики развития рекомендуется подключение собственно логопедической работы.  Такая последовательность проведения коррекционных мероприятий возможна лишь в случае работы с детьми дошкольного возраста, когда имеется достаточный запас времени. С детьми более старшего возраста (от момента поступления в школу до 9–10 лет) необходимо параллельно проводить психологические и логопедические коррекционные занятия. Кроме того, предполагается работа по гармонизации уровней аффективной регуляции, в основном в рамках специально выстроенной про-граммы групповой (игровой) психотерапии | Прогноз благоприятен в том случае, когда правильно выстроен сценарий работы (адекватная последовательность подключения специалистов к работе с ребенком), а сама работа начинается относительно рано. Безусловно, очень важный фактор — общий эмоциональный фон. При неблагоприятном стечении обстоятельств возможна девиация развития по двум направлениям: 1. Нарастание с возрастом проблем, связанных с недостаточностью операциональной стороны мыслительной деятельности, гностических функций восприятия, мнестических функций. Утяжеляет ситуацию и недостаточное формирование произвольной регуляции собственной деятельности.  2. Девиация состояния в сторону асинхронного развития (различные варианты дисгармоничного развития), то есть нарастание поведенческих реакций вплоть до патохарактерологических, которые вначале носят компенсаторный характер, а в более старшем возрасте приводят к патологическому формированию личности в целом | | **ПАРЦИАЛЬНАЯ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬ СМЕШАННОГО ТИПА** | Задержка психоречевого развития, ЗПР церебрально-органического генеза, специфические задержки развития (315.0–315.9 по МКБ-9), неврозоподобный (астенический) синдром, специфические расстройства учебных навыков (F81 по МКБ-10), дисграфия, дислексия и т.п. Часто таким детям в дошкольном возрасте ошибочно ставится диагноз “легкая умственная отсталость” (F70 по МКБ-10), что определяет весь жизненный путь ребенка и его семьи. В возрасте старше 9–10 лет, особенно при выраженном социальном неблагополучии, правомерен диагноз “олигофреноподобный синдром” | Направление на ПМПК | Психиатр, невролог (для проведения при необходимости медикаментозной терапии), учитель-дефектолог, логопед, нейропсихолог, психотерапевт | Особое внимание следует обратить на работу по повышению общего уровня активности и продуктивной работоспособности, которая должна предшествовать собственно психолого-педагогической коррекции. Здесь чаще всего требуется помощь не только врача-невропатолога, но и педиатра, назначение витаминотерапии, общеукрепляющих и режимных мероприятий, разумная дозировка нагрузок и т.п. Трудно себе представить, что без этих мер, только нагружая ребенка дополнительными коррекционными занятиями, пусть даже в игровой или двигательной форме, мы сможем помочь ему преодолеть имеющиеся трудности. Из показанных специальных видов помощи следует отметить, в первую очередь, формирование произвольного компонента деятельности, включая моторную коррекцию, основанную на методе замещающего онтогенеза. Последняя показана при работе с детьми, имеющими так называемый “фактор левшества”. Лишь после этого продуктивно начать работу по формированию речи (логопедическая коррекция) и пространственных представлений в целом как основы для развития познавательной деятельности. | Если все замечания относительно особенностей оказания помощи этой группе детей учтены, а сама работа начата не позднее 7,5– 8-летнего возраста, то можно предполагать, с одной стороны, невысокую динамику развития в целом, а с другой — прогноз дальнейшего развития можно оценивать как достаточно благоприятный. При позднем обращении к специалистам вполне возможна девиация развития в сторону тотального недоразвития, часто осложненного личностной дисгармонией и нарушениями поведения. При этом, помимо нарастания проблем обучения, может резко сужаться сфера интересов ребенка, будут уплощаться эмоциональные реакции. Велика вероятность формирования асоциальных форм поведения, а также вовлечение такого ребенка (подростка) в различные виды зависимого поведения. Социальная ситуация развития может вносить как положительные, так и отрицательные коррективы в развитие ребенка.При неблагоприятных условиях (неполная, малообеспеченная семья, алкоголизм родителей, низкий социальный уровень семьи и т.п.) часто приходится с сожалением констатировать, что ребенку, которого можно было “вытянуть” при раннем (5–7 лет) вмешательстве, приходится выносить такой диагноз, как “социально обусловленное тотальное недоразвитие” | | **ТЕМПОВО ЗАДЕРЖАННОЕ РАЗВИТИЕ** | Инфантилизм, конституциональная задержка психического развития, функциональная дислалия, неярко выраженное общее недоразвитие речи | Разработка индивидуально ориентированной программы “доразвития” ребенка в условиях массового обучения. Основным элементом такой программы должно быть снижение обучающих нагрузок, особенно вербально-логического плана, перевод обучения в плоскость игровых методов, повышение “эмоциогенности” обучения | Исходя из приоритета двигательного и аффективного развития как основы и регуляции, и познавательной деятельности в целом, в первую очередь следует обратить внимание на виды развивающей работы: ритмика, танцы, изобразительная деятельность (другие виды арт-терапии), участие в театрализованных представлениях, занятия физической культурой (без упора на достижение высоких результатов). В некоторых случаях необходимо подключение логопеда для формирования звукопроизношения. При всех видах работ с ребенком необходим тщательный учет особенностей операциональных характеристик его деятельности и мотивации | В данном случае не приходится говорить о коррекционной работе в прямом смысле слова, это должна быть соответствующая возрасту, который демонстрирует ребенок, развивающая работа. Безусловно, необходимо фор-мирование и функций программирования, контроля и регуляции собственной деятельности (с учетом ведущего типа мотивации) в основном через игровой компонент. Возможно подключение логопеда (как правило, для коррекции звукопроизношения). Наблюдение врача-педиатра нужно постольку, поскольку ребенок нуждается в общеукрепляющей поддержке, витаминотерапии и т.п. | Прогноз развития следует оценивать как хороший, особенно в том случае, когда ребенок начинает регулярное обучение не в соответствии с паспортным возрастом, а по факту готовности (созревания собственно регуляторных функций, эмоциональной, личностной и когнитивной сфер). Как правило, это происходит к 7,5–8,5 годам. Если же особенности развития ребенка не учитываются и он начинает обучение в школе “как все” или родители, наоборот, считают, что школа как раз и “вправит ему мозги”, то фактическая невозможность нормального усвоения материала и эмоциональная, поведенческая неадекватность условиям обучения могут способствовать формированию дисгармонических черт личности, нарушению поведения и школьной дезадаптации в целом | | **ПОВРЕЖДЕННОЕ РАЗВИТИЕ (ДИФФУЗНО- ПОВРЕЖДЕННЫЙ ТИП)** | Диагностируются различные неврологические заболевания ЦНС, поражения общемозгового характера (травмы, ушибы, сотрясения мозга) | Консилиум должен разработать (в соответствии с медицинскими показаниями) индивидуальную программу сопровождения, исходящую из ресурсных возможностей ребенка и особенностей его познавательной деятельности. Важным моментом является тщательное прослеживание динамики развития и усвоения ребенком знаний, то есть более пристальное мониторинговое сопровождение. Комплексное сопровождение не должно заканчиваться с переводом ребенка по медицинским показаниям в первую группу здоровья, а опираться непосредственно на психолого-педагогический статус обучения в динамическом аспекте | Основной специалист — медицинский работник, желательно невролог, на мнение которого ориентируются остальные специалисты. В дальнейшем роль основного специалиста перекладывается на психолога, который должен на уровне поведенческих маркеров распознать риск возникновения возможной неуспешности (неуспеваемости) ребенка, связанный с отдаленными последствиями повреждения ЦНС | Создание, в первую очередь, щадящего режима нагрузок, который должен быть сбалансирован с возможными поведенческими декомпенсациями, вероятными в условиях излишне свободного режима. В дальнейшем психологическая коррекция может рассматриваться исключительно как небольшая помощь в создании базы для непосредственной педагогической работы, в том числе и внеучебного плана. Скорее следует говорить о коррекции личностностного развития, которое может подвергаться значительным деформациям в связи с особым статусом ребенка в детском коллективе и снижением требований к нему. Значительная роль отводится профилактической работе с родителями для предотвращения вполне оправданной в такой ситуации “гиперопеки”. Иногда такая работа приобретает статус психотерапевтической, поскольку родители могут находиться в сложном эмоциональном состоянии и неадекватно оценивать состояние ребенка | Прогноз дальнейшего развития и состояния в целом определяется “выходом” ребенка из заболевания или последствий повреждения. Чем продолжительнее последствия повреждения, чем длительнее нахождение на индивидуальном обучении, тем вероятнее накопление негативных личностных проявлений, тем больше гиперопека семьи, тем сложнее говорить о социальной адаптированности ребенка | | **МИКРОСОЦИАЛЬНАЯ (ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ) ЗАПУЩЕННОСТЬ** | Возможны такие логопедические диагнозы, как дислалия, легкое речевое недоразвитие, обусловленное социальной ситуацией. Медицинский диагноз: невротическое развитие. Диагнозы, связанные с поведенческими расстройствами: расстройства поведения, смешанные расстройства поведения и эмоций, расстройства социального функционирования, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте (соответственно, F91, F92, F94 по МКБ-10) | В данном случае следует говорить не о психолого-медико-педагогическом консилиуме, но о педагогическом совете, поскольку здесь решаются задачи исключительно педагогического плана. Школьный ППк нужен лишь для констатации именно педагогической запущенности и отграничения этой причины неуспеваемости от других, выше перечисленных. В дальнейшем все решения должен принимать педагогический совет с включением всех, прекрасно разработанных в отечественной педагогике, учебно-воспитательных мероприятий | В первую очередь — подключение к работе с ребенком и его семьей социального педагога и социального работника (если таковой есть в школе), а также тесное взаимодействие с правоохранительными органами (детской комнатой милиции), с отделом охраны прав детей муниципального управления образования и с органами опеки и попечительства. Естественно, что основная работа в этом случае приходится непосредственно на педагогический коллектив и воспитателей группы продленного дня. Психолог выступает как специалист, определяющий психологические причины неуспеваемости, отслеживающий динамику развития ребенка и помогающий специалистам консилиума и школы организовать его сопровождение. В дальнейшем возможно проведение психопрофилактических мероприятий по предотвращению личностных девиаций – включение ребенка в группы личностного роста, развития самосознания, общения и т.п. | Изменение (по возможности) ситуации в семье и внешкольной ситуации (социальный педагог, социальный работник), а также дополнительные занятия педагогов и воспитателей ГПД с ребенком. Профилактические мероприятия по предотвращению асоциальных поступков, криминального поведения в целом, может быть рекомендовано пребывание в школе “полного дня”. В младшем школьном возрасте — работа по развитию самосознания (например, сказкотерапия по И.В. Вачкову), в предподростковом и подростковом — социально-психологические тренинги различной направленности | Прогноз полностью зависит как от возможности повлиять на семейную и внешкольную ситуацию, так и от педагогических мероприятий по преодолению педагогической запущенности, пропусков в знаниях. В случае создания у ребенка ощущения успешности и поддержания этого ощущения на протяжении длительного периода прогноз благоприятен. Если семейная и внешкольная ситуации продолжают оставаться неблагоприятными, дополнительные занятия педагога не приводят к ликвидации неуспеваемости и ребенок продолжает оставаться “неуспешным”, то вполне вероятен выход в асоциальное и даже криминальное поведение, с риском патологического формирования личности |   Подготовила **Наталья СЕМАГО**, кандидат психологических наук | |