

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ В ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ *

Конева Е.В.¹, Русанова Л.С.²

¹ Конева Елена Витальевна

доктор психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова», ул. Советская, д. 14, Ярославль, 150003, Россия. Тел.: 8 (4852) 47-88-94.

E-mail: ev-kon@yandex.ru

² Русанова Лилия Сергеевна

кандидат психологических наук, заместитель директора; государственное общеобразовательное учреждение Ярославской области «Центр помощи детям», ул. Некрасова, д. 58, Ярославль, 150040, Россия. Тел.: 8 (4852) 32-14-45.

E-mail: lirusanova@yandex.ru

Аннотация

В системе среднего образования высоко востребована деятельность ПМПК (психолого-медико-педагогических комиссий). Основная их функция — проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет и подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания. Деятельность психолого-медико-педагогических комиссий (далее — комиссий) находится в русле образовательной и демографической политики России. Получение детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами качественного образования рассматривается как одна из важнейших задач во всем современном мире. Несмотря на сложившиеся за несколько десятилетий методологические принципы и методические подходы в работе комиссий, в настоящее время возникли новые обстоятельства, вызывающие необходимость изменения концептуальных основ их деятельности.

Во-первых, расширился контингент клиентов комиссий за счет ряда категорий детей и подростков, которые ранее не прибегали к их услугам, например, детей с тяжелой умственной отсталостью. Особенности их развития требуют изменения парадигмы диагностики, на которую должны опираться рекомендации комиссий.

Обычная диагностическая процедура должна меняться и в направлении адаптации ее к лицам подросткового и раннего юношеского возраста, что вызывает проблему недостатка психометрически проверенных методических средств, а также их внешней валидности.

Статус детей с ограниченными возможностями здоровья, кроме того, приобретают в настоящее время лица с поведенческими и/или эмоциональными нарушениями, тяжелыми соматическими расстройствами, что также требует разработки новых диагностических практик.

Во-вторых, есть основания для пересмотра и расширения критериев, важных для определения тех условий обучения, которые рекомендуются обучающимся. В частности, назрела необходимость рассматривать в качестве важнейшего условия адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе адаптации к условиям обучения, использование ресурсов семьи. Возможности семьи целесообразно учитывать при выработке решений, касающихся психологического потенциала детей, их обучения и воспитания.

В-третьих, возрастают требования к организации взаимодействия специалистов в процессе работы психолого-медико-педагогических комиссий: врачей, учителей-дефектологов, педагогов-психологов и учителей-логопедов, а также к координации их работы с психолого-медико-педагогическими консилиумами школ. Наконец, актуальным становится определение эффективности деятельности комиссий. Являясь гибкой и адаптивной системой, комиссии располагают ресурсами для решения обозначенных задач.

* Частично финансируется РФФИ, проект № 18-013-00901.

Ключевые слова: психолого-медико-педагогическая комиссия; психолого-медико-педагогический консилиум; обследование; дети с ограниченными возможностями здоровья; внешние ресурсы развития; взаимодействие специалистов.

УДК 159.9:616-053.2

Библиографическая ссылка

Конева Е.В., Русанова Л.С. Современные тенденции и проблемы в психолого-медико-педагогическом обследовании детей // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 4. – С. 4. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14040

Поступила в редакцию: 02.08.2018 Прошла рецензирование: 17.10.2018 Опубликовано: 26.10.2018

Активная деятельность психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) в системе среднего образования насчитывает несколько десятилетий. В соответствии с Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным Приказом Министерства образования и науки РФ № 1082 от 20.09.2013 года [4], ПМПК — это структура, включающая специалистов разного профиля, в том числе врачей, учителей-дефектологов, педагогов-психологов и учителей-логопедов, основной целью которой является проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет и подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания. Клиентами ПМПК являются дети, в том числе дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), а также дети-инвалиды, если их способность обучаться по основным общеобразовательным программам может быть подвергнута сомнению. Получение детьми с ОВЗ и детьми-инвалидами качественного образования рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики не только в сфере образования, но и в области демографического и социально-экономического развития в современном мире [3; 15; 16; 21].

Основными направлениями деятельности ПМПК являются:

- проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;
- подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;
- оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением;
- оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;
- осуществление учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;
- участие в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей [4].

В связи с меняющимися социально-экономическими и юридическими макроусловиями деятельность ПМПК также претерпевает изменения, в ее работе появляются новые особенности, причем следование традициям и одновременный учет этих особенностей не всегда являются возможными. Обозначим наметившиеся тенденции в работе ПМПК, которые требуют изменения не только диагностического инструментария, но, возможно, и организационных принципов деятельности комиссии.

1. Расширился контингент клиентов ПМПК. Это произошло по нескольким причинам. Во-первых, закон «Об образовании в Российской Федерации» не делает исключения для детей с тяжелой и глубокой формой умственной отсталости, детей с выраженными аутистическими чертами, глубокими сенсорными нарушениями, рассматривая их наряду со здоровыми детьми как полноправных участников образовательного процесса. Требования Закона находятся в полном соответствии с Конвенцией о правах ребенка, действующей во всем мире с 1989 г. [1]. Тем не менее, в действительности клиентами ПМПК дети с серьезными психическими расстройствами стали лишь в последние годы. Это обуславливает принципиально иную методологию обследования по сравнению с традиционной. В частности, диагностика способности детей к обучению в образовательном учреждении не актуальна по отношению к перечисленным группам, соответственно, она должна быть заменена диагностикой способности к познанию мира теми средствами, которыми располагает ребенок. У детей с тяжелой умственной отсталостью диагностируется не когнитивное развитие в привычном формате, а по сути — ощущения, в лучшем случае — восприятие, то есть принципиально меняется парадигма обследования. Это, в свою очередь, влечет за собой разработку диагностических методик, включая их стандартизацию, валидизацию и т.д. Более того, для подобных вариантов развития необходимо изменение парадигмы самого обучения, а не только диагностики, соответственно, и рекомендации ПМПК должны опираться на новую, а не на традиционную парадигму.

Во-вторых, Закон предполагает обследование детей в возрасте от 0 до 18 лет, что порождает проблемы, сходные с вышеописанной. Казалось бы, такое положение действовало изначально, однако в реальности оно актуализировалось только в последние годы. Согласно Федеральному закону от 28.12.2010 г. № 427-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» и отдельные законодательные акты Российской Федерации в части уточнения процедуры направления несовершеннолетних в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа», для «подготовки рекомендаций по оказанию несовершеннолетнему, в отношении которого рассматривается вопрос о помещении в специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа, психолого-медико-педагогической помощи и определению форм его дальнейшего обучения и воспитания психолого-медико-педагогическая комиссия проводит на основании постановления начальника органа внутренних дел или прокурора комплексное обследование несовершеннолетнего» [3]. В дальнейшем данное положение Закона подкрепляется документами региональных административных органов.

В-третьих, увеличилось число детей, запрос на обследование которых вызван необходимостью определения специальных условий сдачи ими государственной итоговой аттестации. Два последних из перечисленных обстоятельств означают, что обычная диагностическая процедура должна меняться в направлении адаптации ее к лицам подросткового и раннего юношеского возраста. Основные препятствия в решении этой задачи — недостаток психометрически проверенных методических средств, а также отсутствие уверенности во внешней валидности даже тех методик, которые формально предназначены для испытуемых данного возраста. Эта проблема фиксируется уже несколько десятилетий [6]. Отмечалось, в частности, что в пособиях по диагностике нарушений развития не дается каких-либо указаний к оценке результатов выполнения предлагаемых заданий и даже к выбору методик из обширного перечня предлагаемых в этих пособиях диагностических инструментов, применить их все к одному ребенку

невозможно. Обычно содержится описание многочисленных разрозненных методик, в лучшем случае снабженных указаниями, как эти задания выполняются нормально развивающимися детьми и детьми с отклонениями в развитии, причем в этих описаниях часто не учитываются возрастные изменения и различия в интеллектуальном статусе испытуемых. Несмотря на острую актуальность этой проблемы, заметных шагов в направлении ее решения за десятилетия не сделано. С другой стороны, есть опасность и в применении стандартизованных, рекомендованных к массовому использованию методик: дети нередко приходят на ПМПК с признаками «обученности» в результате действий педагогов образовательных учреждений и родителей.

В-четвертых, расширился перечень категорий детей с ОВЗ за счет, казалось бы, относительно благополучных обучающихся. Если ранее, до начала действия Положения о ПМПК [7], к детям с ОВЗ относились 8 категорий лиц, имеющих интеллектуальные, сенсорные или речевые отклонения, то в настоящее время статус ОВЗ приобретают лица с поведенческими и/или эмоциональными нарушениями, а также с тяжелыми соматическими расстройствами. Задача ПМПК — определить специальные условия обучения таких детей, учитывая при этом возможности современной школы. В частности, адекватными условиями для детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями были бы классы с малой наполняемостью, в которых реализуются многочисленные усилия со стороны педагога [19], что не всегда осуществимо в реальности. Поэтому специалисты комиссии вынуждены прибегать к «облегченным» формулировкам по типу «организации рабочего места в поле зрения педагога».

2. Назрела необходимость анализа и, возможно, пересмотра и дополнения некоторых методологических принципов работы комиссии. Основными критериями, определяющими тот или иной образовательный маршрут ребенка, возможности успешного освоения им школьного компонента в рамках того или иного типа образовательного учреждения, традиционно являются **адекватность** его поведения в процессе обследования, **критичность** по отношению к результатам, успешность решения диагностических задач, **обучаемость** ребенка как основной педагогический критерий [8]. На наш взгляд, в качестве важнейшего показателя необходимо учитывать совокупность обстоятельств, определяющих внешние ресурсы, существенные для адаптации ребенка к условиям обучения. Соответствующим критерием можно назвать **«наличие внешних ресурсов развития»**. Настаивая на его введении, мы имеем в виду, что при наличии одинаковых внутренних предпосылок дети могут быть в разной степени успешны в обучении в зависимости от условий, которые созданы в семье и в других сферах их ближайшего окружения.

В частности, ранее нами показано, что одним из механизмов развития речи ребенка является стиль родительского отношения к нему, причем характер влияния различен в зависимости от места проживания ребенка (городская или сельская местность) [2; 10].

Среди детей дошкольного возраста, проживающих в городской местности, относительно высокие оценки речевого развития имеют дети, родители которых применяют стиль воспитания «Гипопротекция». Высокий уровень гипопротекции в семье создает предпосылки для развития речи городских детей. Как ни парадоксально, но городские родители, мало интересующиеся потребностями детей, создают условия для усвоения детьми языковой культуры. Недостаток внимания к ребенку со стороны родителей, дефицит коммуникации в семье компенсируется в городской среде общением со сверстниками, посещением индивидуальных и групповых развивающих занятий, возможностью социального взаимодействия с педагогом. Механизм формирования речи городского ребенка, с нашей точки зрения, носит компенсаторный характер: недостаток внутрисемейного общения компенсируется для ребенка расширением речевого опыта вне семьи. Высока вероятность того, что и внутри семьи ребенок стремится привлечь внимание родителей вербальными средствами.

При исследовании параметра семейных взаимоотношений «Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания», нами установлено, что вынесение конфликта отрицательно сказывается как в целом на уровне развития речи городских детей, так и на понимании речи, формировании словарного запаса, грамматического строя и связности речи. В городских семьях противоречивость в воспитании и конфликтность между супругами, их негативное речевое поведение (возможно, использование ненормативной, грубо-просторечной лексики, повышенный тон и спонтанность речи), а также недостаточность требований к ребенку со стороны родителей снижают уровень речевого развития детей.

Выявлена положительная связь на статистически высоком уровне значимости параметра «Доверительность общения» между супругами в городских ($r_s = 0,26$; $p < 0,001$) и сельских ($r_s = 0,19$; $p < 0,05$) семьях с уровнем детского речевого развития. Искренние и доверительные отношения между супругами позволяют им правильно строить содержательное речевое общение с ребенком, от которого зависят формирование интонационной стороны речи, содержание семантического поля, связность речевых высказываний.

Отрицательная связь выявлена между параметром «Взаимопонимание между супругами» и уровнем сформированности слоговой структуры слов у городских ($r_s = -0,15$; $p < 0,05$) и сельских ($r_s = -0,19$; $p < 0,05$) детей. Можно предположить, что чрезмерная увлеченность супругов друг другом может привести к отсутствию необходимого коммуникативного взаимопонимания с ребенком, эмоционального контакта с ним, а также к недостатку качественных речевых образцов.

Неоднозначной, на первый взгляд, кажется отрицательная связь параметра «Легкость общения между супругами» в сельских семьях с практически всеми показателями речевого развития ($p < 0,05$). Данный параметр характеризует возможность беспрепятственного установления контактов между супругами, их раскрепощенность в семейном общении. Можно сделать предположение, что в сельских семьях лаконичное общение между супругами «сводит» их речевое общение к минимальному набору лексико-грамматических категорий и простых синтаксических конструкций, что негативно отражается на формировании детской речи.

Социально-психологические ресурсы семьи, во-первых, не исчерпываются перечисленными показателями, так как включают, например, семейный уклад, семейные традиции и т. д.; во-вторых, их влияние распространяется далеко не только на речевое развитие ребенка, что в настоящее время является предметом исследований специалистов ГОУ Ярославской области «Центр помощи детям».

Перспективной задачей является, однако, не только изучение, но и использование возможностей семьи в общепсихологическом и речевом развитии детей [12; 13; 17; 18]. Это тем более важно в ситуации, когда клиентами ПМПК становятся дети подросткового возраста, в развитии которых собственно школьное обучение играет меньшую роль, чем в развитии младших школьников. Основная адаптационная задача подростков — научиться взаимодействовать с социальным окружением и социальными структурами. Коммуникативные компетенции в широком смысле этого слова приобретают в данных обстоятельствах решающее значение [14; 20]. В их передаче важнейшую функцию выполняет родительский опыт и семейные формы взаимодействия. В особенности это касается сельских семей, для которых функционирование семейной сферы и функционирование сельского микросоциума фактически представляют собой единый процесс. При этом идеология работы ПМПК основывается на консультировании родителей в основном по вопросам когнитивного, а не социального развития детей. Практика показывает, что отставание ребенка в речевом развитии становится для родителей очевидным именно в старшем дошкольном возрасте, кроме того, определенного уровня речевого развития требует предстоящее школьное обучение. Между тем коррекция отставания в речевом развитии в данном возрасте представляет для специалистов проблему, решение которой требует привлечения максимального

объема психологических ресурсов, в том числе семейных. В частности, семейные роли и их распределение, стабильность и успешность семьи, совместная семейная деятельность, удовлетворенность браком, эмоциональные отношения в семье, особенности общения между супругами являются условиями успешного развития детской речи.

В этой связи под новым углом зрения следует, по-нашему мнению, рассматривать работу не только ПМПК, но и психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) школ. Роль консилиума образовательной организации состоит в обеспечении диагностико-коррекционного, психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ и/или состояниями декомпенсации, исходя из реальных возможностей учреждения и в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья обучающихся. Работа консилиума направлена на создание условий для сопровождения ребенка и правильной разработки адаптированной образовательной программы обучения и воспитания [5].

Специфика работы ПМПк, прежде всего, состоит в том, что он имеет возможность изучать ребенка непосредственно в условиях его школьной жизнедеятельности, в том числе фиксировать динамику его развития на протяжении длительного времени. Кроме того, ПМПк в большей степени, чем комиссия, связан с семьей ребенка, лучше оценивает ее психологические возможности и перспективы развития, что позволяет взаимодействовать с ней на прочной информационной основе.

3. В новых условиях как никогда актуально стало оптимально организованное взаимодействие специалистов в процессе работы комиссии. Особенности ее работы, во-первых, в том, что каждый специалист в процессе и по окончании обследования ребенка выстраивает субъективную картину его развития в рамках своего предметного поля. Между тем, в результате должно быть сформулировано единое заключение, объединяющее ряд индивидуальных представлений. Во-вторых, получаемые разными специалистами результаты объективно содержат значительное количество аспектов, имеющих полипредметный характер. Это само по себе вызывает необходимость объединения данных, полученных членами комиссии. Наконец, дефицит времени, в условиях которого традиционно происходит обследование клиентов комиссии, требует, в рамках возможного, устранения дублирования данных. Другими словами, диагностика как результат обследования ребенка в ПМПК требует синтеза заключений всех специалистов. В настоящее время стандартные формы взаимодействия членов комиссии, позволяющие решить перечисленные выше задачи, более или менее выработаны [8]. Наиболее целесообразное построение процесса работы ПМПК предполагает такую ее последовательность, когда вначале врач-психиатр проводит клиническое обследование, которое предшествует психолого-педагогическому. Это позволяет получить первичную информацию о ребенке, которая в дальнейшем учитывается другими специалистами: педагогом-психологом, учителем-дефектологом и логопедом. Последующие этапы диагностического процесса включает индивидуальное обследование ребенка каждым специалистом (педагогом-психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом). Индивидуальность их работы в процессе обследования не означает автономности каждого специалиста в оценке состояния ребенка, но обеспечивает полное, адекватное и качественное определение уровня его актуального развития, а также прогноз успешности обучения, дают возможность выработать высокопрофессиональные рекомендации по организации учебной деятельности и внеурочной коррекционной работы специалистов. В некоторых случаях возможно обследование ребенка несколькими специалистами одновременно по психолого-медико-педагогическим показаниям с целью исключения психотравмирующих ситуаций (например, при высокой истощаемости ребенка или трудностей установления контакта с ним).

Согласно другой точке зрения, в общем комплексе психолого-медико-педагогического обследования ведущая роль принадлежит психологическому этапу. Психологическое обследование включает качественную и количественную оценку интеллектуального развития, исследование эмоционально-волевых и личностных

особенностей, изучение умственной работоспособности, возможности концентрировать и удерживать внимание. Важное место в психологическом обследовании принадлежит диагностике сформированности программирующих и контрольных функций. Полученные результаты являются основой для определения вида и типа образовательного учреждения, а также необходимой степени индивидуализации коррекционной работы с ребенком [9].

Приоритетность специалистов того или иного профиля зависит от категории лиц с ОВЗ, к которой принадлежит ребенок (подросток), проходящий комиссию. Но признание этого положения как истинного не решает проблемы, так как не во всех, например, случаях сочетания у ребенка речевой патологии и интеллектуальных нарушений возможно определить, какой из дефектов первичен и, соответственно, в какой последовательности необходимо проводить диагностические процедуры. Тем более не определены ситуации, в которых обследование некоторых специалистов данному ребенку может быть, в принципе, не нужно, между тем, в реальности такие ситуации нередки.

В любом случае, после проведения обследования, а также изучения представленных документов, собеседования с законными представителями проводится совещание-консилиум специалистов, на котором выносятся коллегиальное заключение о состоянии ребенка и даются рекомендации по его дальнейшему обучению и воспитанию. Между тем, алгоритм этого этапа работы ПМПК до настоящего времени не выработан и складывается в известной степени стихийно. Успешность его проведения во многом зависит от «сработанности» членов комиссии, являющихся специалистами в разных областях знаний, от того, насколько они друг друга «знают», каков опыт их взаимодействия. У этого положения есть реальные научные основания. В данном случае мы сталкиваемся с одной из фундаментальных проблем психологической науки, в частности, психологии труда — проблемой вербализации и передачи профессиональных знаний и профессионального опыта.

Одной из основных проблем внутри данной темы являются «единицы», в которых презентуется профессиональный опыт в психике человека и, соответственно, выражается во внешнем плане. Данная проблема не является уникальной для ПМПК и характерна для профессиональной деятельности в целом [11]. Применительно же к ПМПК она может выражаться, в частности, в том, что одни и те же показатели особенностей психического развития ребенка и его ресурсных и компенсаторных возможностей разными специалистами ПМПК встраиваются в разные системы профессиональных знаний. При этом стихийно происходит формирование некоторых общих для разных специалистов когний, которые существенно облегчают процесс межпредметного взаимодействия и способствуют успешному формированию как общей диагностической гипотезы, так и концепции разрабатываемых рекомендаций. Так, педагогам-дефектологам хорошо известна образовательная стратегия, предполагающая обучение ребенка с интеллектуальными нарушениями в классе с заведомо более сложной программой, чем та, которая соответствует его познавательным возможностям. Для психологов эта стратегия презентуется как «помещение ребенка в более сложную когнитивную среду» и так же, как для педагогов, рассматривается в качестве приемлемого способа активизации ресурсов ребенка.

4. Отдельный и важный вопрос — эффективность деятельности ПМПК. Он требует специальной разработки, примеры которой нам неизвестны. Поэтому ограничимся предварительными и общими положениями.

Во-первых, эффективность в данном случае следует, по-видимому, рассматривать поэтапно: на уровне организации деятельности ПМПК, на процессуальном уровне и уровне результативном. Каждый из них предполагает отдельный перечень критериев. Они, в свою очередь, могут быть разделены на объективные и субъективные. Выделенные уровни в разной степени «податливы» к нахождению удовлетворительных

показателей. Так, на организационном уровне определения эффективности объективным ее критерием может выступать количественный и качественный состав комиссии, в частности, достаточное число включенных в нее специалистов и наличие у них квалификационных категорий, ученых степеней и т.д. При этом субъективный критерий на данном этапе — вопрос дискуссионный. На процессуальном уровне, напротив, относительно легко определяются субъективные критерии. Это, например, удовлетворенность специалистов совместной работой. Поиск объективных показателей эффективности на данном этапе более сложен. Результативный уровень позволяет в равной степени выделить как объективные, так и субъективные критерии. В качестве объективных может быть рассмотрено отсутствие разного рода попыток оспорить заключение ПМПК. Роль субъективных критериев может сыграть наличие/отсутствие жалоб клиентов на работу специалистов.

Кроме того, субъективные критерии можно разделить на внутренние (оценки самих специалистов) и внешние (оценки клиентов). Последние могут быть стандартизованными и спонтанными. В первом случае разрабатывается специальная процедура оценки и заготавливаются соответствующие бланки, во втором — анализируются оценки, которые даются клиентами в порядке свободной инициативы. Соответственно, при выборе стандартизованной процедуры необходимо решить, какие шкалы включать в бланк оценки (если выбрана шкальная система оценивания). Для специалистов, к примеру, этот бланк может включать не только показатель удовлетворенности совместной работой, но и методическую обеспеченность, степень согласованности мнений специалистов при выработке решения, степень уверенности в принятом решении и т.д.

Разработка критериев деятельности комиссии — проблема, выходящая далеко за рамки исключительно научного интереса. Наличие информации об этом — основа для определения необходимости обучения специалистов, регулирования качественного состава комиссии, выбора тематики обсуждения на внутренних совещаниях, заседаниях методических объединений и т.д.

Многие из обозначенных тенденций в деятельности ПМПК развивались бы успешнее при условии изменения концепции ее деятельности. Адекватным направлением изменения нам представляется усиление мониторинговой и консультативной функции комиссии. Имеется в виду, что процедуры обследования и составления заключения получили бы большую точность и целенаправленность при поступлении специалистам ПМПК информации об адаптации клиента ПМПК к тем условиям обучения, которые были ему рекомендованы. И наоборот: адаптация имеет шансы стать более успешной, если специалисты ПМПК сотрудничают с педагогами и психологами того образовательного учреждения, где обучается клиент ПМПК. Проект нового Положения ПМПК ориентирует ее деятельность именно в этом направлении [7]. В то же время, надо заметить, что нововведения встречаются специалистами комиссий без энтузиазма. Это объяснимо: временные рамки работы ПМПК не позволяют уделить достаточно внимания «посткомиссионному» психическому функционированию ребенка; и, что более важно, в настоящее время отсутствует методологическая и правовая база для такой работы, так как выполнение рекомендаций Проекта фактически наделяет ПМПК контрольно-ревизионными полномочиями по отношению к образовательным учреждениям.

Другую принципиальную возможность повышения эффективности деятельности ПМПК в направлении решения новых задач предоставляет, с нашей точки зрения, оптимизация работы методических объединений. Традиционно в учреждениях, где действуют ПМПК, проходят заседания «монопредметных» МО: врачи, психологи и педагоги работают отдельно. С целью выработки общих конструктов, для развития общего профессионального дискурса было бы целесообразно организовывать совместные обсуждения, например, в формате рассмотрения сложных кейсов.

Ряд актуальных вопросов деятельности комиссии остался за пределами статьи. Пути их решения во многом будут зависеть от текста нового Положения о ПМПк, однако дело не только в этом. Потребность в получении услуг, предоставляемых комиссией, растет; работа ПМПк представляет собой сложную систему, требующую изучения не только средствами психологии, но и юриспруденции, науки управления и т.д. В конечном итоге, это будет способствовать улучшению образовательной среды для многих тысяч детей и подростков, в том числе имеющих ограниченные возможности здоровья.

Литература

1. Конвенция о правах ребенка [Электронный ресурс]. – URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml/ (дата обращения: 12.04.2018).
2. Конева Е.В., Русанова Л.С. Социально-психологические факторы развития речи // Актуальные проблемы специального образования и сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья: материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. – С. 60–63.
3. Об образовании в Российской Федерации. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 07.03.2018) [Электронный ресурс]. – URL: <https://zakon.ru/laws/federalnyy-zakon-ot-29.12.2012-n-273-fz/?yclid=1866535529210978436> (дата обращения: 12.04.2018).
4. Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии. Приказ Министерства образования и науки РФ от 20.09.2013 г. № 1082 [Электронный ресурс]. – URL: <http://base.garant.ru/> (дата обращения: 23.05.2018).
5. О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения. Письмо Министерства образования РФ от 27 марта 2000 г. N 27/901-6 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mosmetod.ru/files/OVZ/doc/36> (дата обращения: 07.06.2018).
6. Основы психодиагностики: учебное пособие для студентов педвузов / под общ. ред. А.Г. Шмелева. – М.; Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 544 с.
7. Положение о психолого-медико-педагогической комиссии. Проект [Электронный ресурс]. – URL: <http://psy.1september.ru/article.php?ID=200004211> (дата обращения: 24.05.2018).
8. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка: Комплект рабочих материалов / под общ. ред. М.М. Семаго. – М.: Аркти, 1999. – 133 с.
9. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: пособие для учителя-дефектолога / под ред. Л.М. Шипицыной. – М.: Владос, 2003. – 528 с.
10. Русанова Л.С. Речевое развитие детей в контексте sibлингового общения и внутрисемейной межличностной коммуникации // Вестник Ярославского государственного педагогического университета им. К.Д. Ушинского. – 2016. – № 5. – С. 229–234.
11. Технологии сохранения и воспроизведения когнитивного опыта / отв. ред. В.Н. Носуленко. – М.: Институт психологии РАН, 2016. – 457 с.
12. A Conceptual Model of the Factors Affecting the Recreation and Leisure Participation of Children with Disabilities / G. King, M. Low, S. King [et al.] // Physical and Occupational Therapy in Pediatrics. – 2003. – Vol. 23, № 1. – P. 63–90.
13. (Baby)Talk to Me: The Social Context of Infant-Directed Speech and Its Effects on Early Language Acquisition / R.M. Golinkoff, D.D. Can, M. Soderstrom [et al.] // Current Directions in Psychological Science. – 2015. – Vol. 24, № 5. – P. 339–344.
14. Chung Y.-Ch., Carter E.W., Sisco L.G. Social Interactions of Students with Disabilities Who Use Augmentative and Alternative Communication in Inclusive Classrooms // American Journal on Intellectual and Developmental. – 2012. – Vol. 117, № 5. – P. 349–367.
15. Florian L. Special or inclusive education: future trends // British Journal of Special Education. – 2008. – Vol. 35, № 4. – P. 202–208.
16. Odom S.L., Buysse V., Soukakou E. Inclusion for Young Children With Disabilities: A Quarter Century of Research Perspectives // Journal of Early Intervention. 2011. – Vol. 33, № 4. – P. 344–356.

17. Parental involvement in children's learning: comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) / M.A. Rogers, J. Wiener, I. Marton [et al.] // *Journal of School Psychology*. – 2009. – Vol. 47, № 3. – P. 167–185.

18. Positive Family Intervention for Severe Challenging Behaviour I: A Multisite Randomized Clinical Trial / V.M. Durand, M. Hieneman, S. Clarke [et al.] // *Journal of Positive Behaviour Interventions*. – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 133–143.

19. Salmon H. Educating students with emotional or behavioral disorders // *Law and Disorder*. – 2006. – Vol. 1. – P. 49–53.

20. Social Communication Competence and Functional Adaptation in a General Population of Children: Preliminary Evidence for Sex-by-Verbal IQ Differential Risk / D.H. Skuse, W. Mandy, C. Steer [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2009. – Vol. 48, № 2. – P. 128–137.

24. Watkins A., Ebersold S., Lénárt A. Data Collection to Inform International Policy Issues on Inclusive Education // *International Perspectives on Inclusive Education*. – Vol. 3: *Measuring Inclusive Education* / ed. by C. Forlin, T. Loreman. – Bingley: Emerald Group, 2014. – P. 53–74.

Current trends and problems in psychological, medical and pedagogical examination of children

Koneva E.V.¹
E-mail: ev-kon@yandex.ru

Rusanova L.S.²
E-mail: lirusanova@yandex.ru

¹ P. G. Demidov Yaroslavl State University
14 Sovetskaya str., Yaroslavl, 150003, Russia
Phone: +7 (4852) 47-88-94

² State Educational Institution of the Yaroslavl region "Center for Children"
58 Nekrasov str., Yaroslavl, 150040, Russia
Phone: +7 (4852) 32-14-45

Abstract

In the system of secondary education the activities of the psychological-medical and pedagogical commissions in high demand. Their main function is to carry out a survey of children aged 0 to 18 years and prepare recommendations on the results of the survey to provide children with psychological, medical and educational assistance and organization of their training and education. The activity of the commissions is in line with the educational and demographic policy of Russia. Getting quality education for children with disabilities is considered as one of the most important tasks in the modern world. Despite of methodological principles and methodological approaches that were during decades in the work of the commissions, new circumstances have emerged that call for a change in the conceptual framework of Its work. First, the number of clients of the psychological, medical and pedagogical Commission has increased due to a number of categories of children and adolescents who have not previously used its services, for example, children with severe mental retardation. The peculiarities of their development require a change in the paradigm of diagnosis, which should be the base on the recommendations of the psychological, medical and pedagogical Commission.

The usual diagnostic procedure should also change in the direction of adaptation to persons of adolescence and early adolescence, which causes the problem of lack of psychometrically proven methodological tools, as well as their external validity.

Persons with behavioural and/or emotional disorders, as well as persons with severe somatic disorders, are acquiring the status of children with disabilities, which also requires the development of new diagnostic practices.

Second, there is reason to review and expand the criteria that are important for determining the learning environment that is recommended to children. In particular, there is a need to consider as the most important condition of the adaptation of children with disabilities, including of adaptation to the conditions of education, the using of family resources. Family capacity should be taken into account when making decisions concerning the psychological potential of children, their education and upbringing.

Third, there are increasing demands for the organization of interaction of specialists in the process of work of the psychological-medical-pedagogical Commission: doctors, teachers-defectologists, teachers-psychologists and speech therapists, as well as to coordination the work with the psychological-medical-pedagogical councils of schools. Finally, it becomes relevant to determine the effectiveness of the psychological-medical-pedagogical Commission. As a flexible and adaptive system, the psychological-medical-pedagogical Commission has the resources to solve the identified problems.

Key words: psychological-medical pedagogical Commission; psychological-medical-pedagogical consultation; examination; children with disabilities; external resources of development; interaction of specialists.

For citation

Koneva E.V., Rusanova L.S. Current trends and problems in psychological, medical and pedagogical examination of children. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 4, p. 4. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14040 [in Russian, abstract in English].