

Департамент образования Ярославской области
Государственное образовательное учреждение Ярославской области
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной
помощи «Центр помощи детям»

Вопросы инклюзивного образования
Практическое пособие
Часть 1
Правовое и организационное обеспечение

Ярославль
2013

ББК
УДК

Рецензенты:

Н.Н. Мехтиханова, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова;

Л.В. Кочкина, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей педагогики и психологии ГОАУ Ярославской области Институт развития образования

Вопросы инклюзивного образования. Часть 1. Правовое и организационное обеспечение. Практическое пособие. /Под редакцией Е.В. Коневой. – Ярославль, 2013. – 48 с.

Пособие представляет собой 1 часть серии изданий, посвященных теоретическим и практическим проблемам инклюзивного образования. В данной части раскрыты концептуальные аспекты инклюзивного образования, описаны функции и механизм действия психолого-медико-педагогической комиссии и психолого-медико-педагогического консилиума в контексте реализации инклюзивной практики.

Практическое пособие предназначено для специалистов образовательных учреждений и родителей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Авторы-составители: Баранцова Н.С., Русанова Л.С., Семенова А.А.

Содержание

| | |
|---|-----------|
| Введение..... | 4 |
| Глава I. Теоретическое и методологическое обоснование инклюзивного образования..... | 6 |
| 1.1. Понятие и развитие инклюзивного образования..... | 6 |
| 1.2. Мировая практика инклюзивного образования..... | 11 |
| 1.3. Инклюзия в России | 17 |
| Глава II. Инструменты реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья на образование | 25 |
| 2.1. Роль психолого-медико-педагогической комиссии в проектировании образовательных траекторий для детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования | 25 |
| 2.2. Организация и содержание деятельности психолого-медико-педагогического консилиума в образовательном учреждении, реализующем инклюзивную практику | 32 |

Введение

Современный мир переживает коренную смену подходов к образованию и к социокультурной политике в целом. Это обусловлено переориентацией общества на развитие человека, формирование его личностных качеств. Для XXI столетия характерно понимание того, что самореализация личности является основной целью любого социального развития.

В последнее время большое внимание уделяется проблеме обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. Долгое время система образования делила детей на обычных и инвалидов, которые практически не имели возможности получить образование и реализовать свои возможности. Между тем они должны иметь равные возможности с другими детьми. Поэтому в середине 80-х годов XX века возникла потребность в новой форме обучения – инклюзивное образование. Инклюзивное обучение и воспитание – закономерный этап развития системы образования в любой стране мира. Это процесс, в который вовлечены все высокоразвитые страны, в том числе и Россия. Инклюзия нацелена не на изменение или исправление отдельного ребенка, а на адаптацию учебной и социальной среды к возможностям данного ребенка.

В настоящее время интеграция в общество детей с ограниченными возможностями здоровья является одной из острых и дискуссионных проблем. Но несмотря на ее широкое обсуждение, многие аспекты инклюзивного образования остаются без достаточного осмысления; ощущается его слабое методическое обеспечение. Во-первых, нет единого мнения относительно самой сущности инклюзивного образования: в частности, является оно фактически вариантом интегративного образования или принципиально отличается от него. Во-вторых, как в общественном сознании, так и в литературе в разной степени представлены вопросы инклюзивного обучения детей с различными ограничениями здоровья. Так, наиболее широко обсуждается вопрос об инклюзии детей с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата. Проблемы же инклюзивного обучения детей, например, с речевыми нарушениями освещаются недостаточно.

Наконец, широкий спектр вопросов порождается осмыслением технологии инклюзивного образования: при каких условиях, в каком объеме, какими средствами образовательное учреждение может или должно вводить инклюзивное обучение; какие структуры, кроме школ, должны участвовать в этом процессе; каким образом они должны взаимодействовать; какова роль семей обучающихся в этом процессе и т. д.

Специалисты государственного образовательного учреждения Ярославской области для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Центр помощи детям», используя свой практический потенциал и специальные знания, на протяжении нескольких лет изучают теорию и практику инклюзивного образования. В результате

сформировались некоторые положения концепции инклюзивного образования, позволяющие обобщить и осмыслить материал, имеющийся в литературных источниках и нормативных актах и отраженные в серии из четырех пособий. Целью их написания было помочь специалистам образовательных учреждений, реализующих инклюзивную практику, получить ответы на возникающие в связи с инклюзией вопросы или по меньшей мере сориентировать их на поиск решений в соответствующих источниках. Серия пособий может быть также полезна родителям детей с ограниченными возможностями здоровья как на этапе принятия решения о типе образовательного учреждения, в котором будет получать образование ребенок с ограниченными возможностями здоровья, так и в процессе его обучения. В данном пособии, которое представляет собой первую часть серии, рассмотрены понятие и история инклюзивного образования, представлены нормативные документы, касающиеся работы психолого-медико-педагогической комиссии и психолого-медико-педагогического консилиума.

Глава I. Теоретическое и методологическое обоснование инклюзивного образования

1.1. Понятие и развитие инклюзивного образования

В процессе исторического развития образовательная система детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) прошла путь от изоляции до инклюзии. Историю обучения детей с ОВЗ в школе можно условно разбить на следующие этапы. С начала до середины 60-х годов XX века – «медицинская модель», которая вела к изоляции людей с ОВЗ. С середины 60-х до середины 80-х годов XX века – «модель нормализации», интегрирующая людей с ОВЗ в общественную жизнь. С середины 80-х годов XX века до настоящего времени – «модель включения», то есть инклюзия¹.

Термин «инклюзия» в переводе с английского языка означает «включенность». Инклюзивное образование (фр. *Inclusif* – включающий в себя, лат. *Include* – заключаю, включаю) понимает под собой создание условий для совместного обучения детей с ограниченными возможностями и их здоровых сверстников². Инклюзивный подход предполагает учет различных образовательных потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья и предоставление услуг в соответствии с этими потребностями через более полное участие в образовательном процессе, привлечение общественности и устранение дискриминации в образовании. ЮНЕСКО дало наиболее универсальное определение инклюзивного образования как «целостного феномена, предполагающего равный доступ к качественному образованию всех детей без исключения»³. Оно базируется на гуманизме, развитии интеллекта и творческих способностей детей с ОВЗ, балансе интеллектуальных, этнических, эмоциональных и физиологических компонентов личности. Отделение раннего детства Совета по делам особенных детей (1993) определяет инклюзию как «...ценность, которая обеспечивает право всех детей вне зависимости от их способностей принимать активное участие в жизни общества в существующих в данный момент условиях». В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» инклюзивное образование – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей (статья 2, п. 27.).

¹ Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов, 2003.

² Малофеев Н.Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики. // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2010. № 1. С. 3–10.

³ Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом. М., 1997.

Целью инклюзивного образования является устранение социальных, физиологических и психологических барьеров на пути приобщения ребенка с особыми возможностями здоровья к общему образованию, приобщение к жизни в социуме.

Инклюзивное образование должно решить следующие задачи:

- создание адаптированной образовательной среды, обеспечивающей удовлетворение как общих, так и особых образовательных потребностей ребенка с ОВЗ;
- обеспечение индивидуального педагогического подхода к ребенку с особыми возможностями здоровья с учетом специфики и выраженности нарушения развития, социального опыта, индивидуальных и семейных ресурсов;
- построение обучения особым образом – с постановкой специальных задач обучения, а также использование методов, приемов и средств для достижения тех образовательных задач, которые в условиях нормы достигаются традиционными способами;
- обеспечение психолого-педагогического сопровождения процесса включения детей с особыми возможностями здоровья в образовательную и социальную среду, содействие ребенку и его семье, помощь педагогам;
- разработка специализированных программно-методических комплексов для обучения детей с особыми возможностями здоровья;
- координация и взаимодействие специалистов разного профиля и родителей, вовлеченных в процесс образования;
- повышение профессиональной компетентности педагогов в вопросах обучения и развития детей с особыми возможностями здоровья различной специфики и выраженности;
- формирование толерантного отношения всех участников образовательного процесса к различным нарушениям развития, а также к самим детям с особыми возможностями здоровья.

Современный этап развития инклюзивного образования наполнен массой противоречий и проблем и требует от педагогов профессионального открытого диалога, конструктивного спора, учета отечественного опыта и согласованности позиций. Для развития инклюзивной практики образования нужны системные институциональные изменения, которые не происходят быстро. Но самые сложные из них – это изменения в профессиональном мышлении и сознании людей, начиная с психологии учителя (что самое сложное), заканчивая экономическими и финансовыми основаниями функционирования всей системы. Внедрение инклюзивного образования сталкивается не только с трудностями организации, так называемой «безбарьерной среды», но, прежде всего, с проблемами социального свойства. Они включают в себя распространенные стереотипы и предрассудки, готовность или отказ учителей, детей и их родителей принять новые принципы образования, а также недостаток систематических,

комплексных психолого-педагогических знаний и технологий, специальных мониторинговых исследований, непосредственно касающихся опыта отечественного инклюзивного образования. Наряду с декларируемыми философскими основаниями и принципами, отсутствие методологии инклюзивного образования рождает множество вопросов, связанных с недоверием и критикой относительно самой идеи.

Важная характеристика данного этапа развития инклюзивного образования – недостаточная профессиональная подготовка педагогов общего образования и специалистов сопровождения, способных реализовать инклюзивный подход. Они нуждаются в специализированной комплексной помощи со стороны специалистов в области коррекционной педагогики, специальной и педагогической психологии, в понимании и реализации подходов к индивидуализации обучения детей с особыми образовательными потребностями, в категорию которых в первую очередь попадают учащиеся с ограниченными возможностями здоровья. Но самое важное, чему должны научиться педагоги массовой школы – это работать с разными детьми и учитывать это многообразие в своем педагогическом подходе к каждому⁴.

Одной из существенных характеристик происходящих изменений является позиция родителей. Самостоятельность мышления родителей определяет образовательную траекторию ребенка с особыми образовательными потребностями, партнерскую позицию родителей по отношению к школе и их ответственность за образовательный результат.

Понятие «инклюзия» стало часто употребляемым в системе образования, но содержательные аспекты данного понятия не раскрыты. В ряде случаев понятия «инклюзия» и «интеграция» считаются синонимами, но это не единственно возможная точка зрения. Инклюзивное обучение является логическим продолжением идей интегративного обучения, которое предшествовало инклюзии хронологически, идеологически и технологически. Именно поэтому следует считать их рядоположенными, но не равнозначными терминами. Понятия «инклюзия» и «интеграция» характеризуют разную степень включенности детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в образовательную систему. Главное отличие процесса инклюзии от интеграции состоит в том, что при инклюзии у всех участников образовательного процесса меняется отношение к детям с ОВЗ, а идеология образования изменяется в сторону большей гуманизации учебного процесса и усиления воспитательной и социальной направленности обучения. Таким образом, инклюзия скорее является социокультурной технологией, а интеграция – это образовательная технология.

Инклюзивное обучение и воспитание – это долгосрочная стратегия, рассматриваемая не как локальный участок работы, а как системный подход в организации деятельности общеобразовательной системы по всем направлениям в целом. Инклюзивная форма обучения касается всех

⁴ Алехина С.В. Современный этап развития инклюзивного образования. // Инклюзивное образование. Выпуск 1. М., 2010.

субъектов образовательного процесса: детей с ОВЗ и их родителей, нормально развивающихся учащихся и членов их семей, учителей и других специалистов образовательного пространства, администрации, структур дополнительного образования. Поэтому деятельность общеобразовательного учреждения должна быть направлена не только на создание специальных условий для обучения и воспитания ребенка с ОВЗ, но и на обеспечение взаимопонимания как между педагогами (специалистами в области коррекционной и общей педагогики), так и между учащимися с ОВЗ и их здоровыми сверстниками.

Инклюзивное обучение не является обязательным для детей с ОВЗ, но обучение в условиях образовательной инклюзии позволяет ребенку с ОВЗ максимально сохранить свое привычное социальное окружение. Ранняя социализация благотворно сказывается на формировании личности детей с ОВЗ и их адаптации в реальной жизни⁵.

Для успешной реализации инклюзии необходимо выполнение ряда принципов:

1. признание равной ценности для общества всех обучающихся и педагогов;
2. повышение степени участия обучающихся в культурной жизни местных школ и одновременное уменьшение уровня изолированности части учащихся от общешкольной жизни;
3. реструктурирование методики работы в школе таким образом, чтобы она могла полностью отвечать разнообразным потребностям всех обучающихся, проживающих рядом со школой;
4. устранение барьеров на пути получения знаний и полноценного участия в школьной жизни для всех обучающихся, а не только для тех, кто имеет инвалидность, или относится к тем, у кого есть особые образовательные потребности;
5. анализ и изучение попыток преодоления барьеров и улучшения доступности школ для отдельных обучающихся, проведение реформ и изменений, направленных на благо всех обучающихся школы в целом;
6. различия между обучающимися – это ресурсы, способствующие педагогическому процессу, а не препятствия, которые необходимо преодолевать;
7. признание права обучающихся на получение образования в школах, расположенных по месту жительства;
8. улучшение ситуации в школах в целом как для обучающихся, так и для педагогов;
9. признание роли школ не только в повышении академических показателей обучающихся, но и в развитии общественных ценностей;

⁵ Ковалев Е.В., Староверова М.С., Образовательная интеграция (инклюзия) как закономерный этап развития системы образования.// Инклюзивное образование. Выпуск 1. М., 2010.

10. развитие отношений поддержки и сотрудничества между школами и местными сообществами; признание того, что инклюзия в образовании – это один из аспектов инклюзии в обществе⁶.

Суть данных принципов – в доступности школьного образования для всех детей, проживающих рядом со школой. Должен быть обеспечен физический доступ учеников с ограниченными возможностями здоровья в школы – транспорт, пандусы, подъемники. Необходимо составить такую структуру учебной программы, чтобы она была наиболее мобильной, а разнообразие образовательных методик позволяло удовлетворить потребности всех обучающихся. Особое значение имеет внеклассная деятельность, формирующая из ученика личность независимо от его возможностей здоровья и развития. Инклюзия – не ущемление прав здоровых обучающихся в пользу детей с инвалидностью, а следующая ступень развития общества, когда образование становится реальным правом для всех.

Система инклюзивного образования включает в себя учебные заведения среднего, профессионального и высшего образования. Ее целью является создание безбарьерной среды в обучении и профессиональной подготовке людей с ограниченными возможностями⁷. Данный комплекс мер подразумевает как техническое оснащение образовательных учреждений, так и разработку специальных учебных курсов для педагогов и других обучающихся, направленных на развитие их взаимодействия с инвалидами. Кроме этого, необходимы специальные программы, направленные на облегчение процесса адаптации детей с ограниченными возможностями в общеобразовательном учреждении.

Инклюзивное обучение – это одна из форм обучения детей с ОВЗ, которая не должна вытеснять традиционно сложившиеся формы эффективной помощи детям-инвалидам, сложившиеся и развивающиеся в специальном образовании.

Специальные (коррекционные) школы и интернаты – образовательные учреждения с круглосуточным пребыванием обучающихся, созданные в целях оказания помощи семье в воспитании детей, формирования у них навыков самостоятельной жизни, социальной защиты и всестороннего раскрытия творческих способностей детей. Также на территории РФ существует система домов-интернатов социальной защиты, в которых различные образовательные программы осуществляются силами социальных педагогов.

Специальные (коррекционные) классы общеобразовательных школ – форма дифференциации образования, позволяющая решать задачи своевременной активной помощи детям с ограниченными возможностями

⁶ Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира. Хрестоматия. / Сост. Л.М. Шипицына. СПб., 1997.

⁷ Башарин В.Ф. Образование на пороге XXI века. //Профессиональное образование. 2000. № 1.С. 20-28.

здоровья. Положительным фактором в данном случае является наличие у детей-инвалидов возможности участвовать во многих школьных мероприятиях наравне со своими сверстниками из других классов, а также то, что дети учатся ближе к дому и воспитываются в семье.

Домашнее обучение – форма обучения детей-инвалидов, при котором преподаватели образовательного учреждения организовано посещают ребенка и проводят с ним занятия непосредственно по месту его проживания. В таком случае, как правило, обучение осуществляется силами педагогов ближайшего образовательного учреждения. Домашнее обучение может вестись по общей либо вспомогательной программе, построенной с учетом возможностей обучающегося. По окончании обучения ребенку выдается аттестат об окончании школы общего образца с указанием программы, по которой он проходил обучение.

Дистанционное обучение – комплекс образовательных услуг, предоставляемых детям-инвалидам с помощью специализированной информационно-образовательной среды, базирующейся на средствах обмена учебной информацией на расстоянии (спутниковое телевидение, радио, компьютерная связь и т.п.). Для осуществления дистанционного обучения необходимо мультимедийное оборудование (компьютер, принтер, сканер, веб-камера и т.д.), с помощью которого будет поддерживаться связь ребенка с центром дистанционного обучения. В ходе учебного процесса проходит как общение преподавателя с ребенком в режиме онлайн, так и выполнение учащимся заданий, присланных ему в электронном виде, с последующей отправкой результатов в центр дистанционного обучения.

1.2. Мировая практика инклюзивного образования

Экономические, технологические и информационные возможности развитых стран Европы, США, Японии позволили создавать для реализации инклюзивного образования, наряду с имеющейся системой специального образования, параллельную специальную образовательную среду в системе массового образования, а также сделать максимально доступной для лиц с ограниченными возможностями городскую инфраструктуру, снять информационные и иные барьеры и значительно уменьшить ограничения возможностей этой категории населения при участии их в социальной жизни.

За рубежом, начиная с 1970-х гг., ведется разработка и внедрение пакета нормативных актов, способствующих расширению образовательных возможностей инвалидов. В недавней истории образовательной политики США и Европы получили свое развитие несколько подходов: десегрегация

школ, расширение доступа к образованию, интеграция, мейнстриминг, инклюзия⁸.

Десегрегация школ

Идеи интеграции лиц с отклонениями в развитии в 70-е годы возникают и реализуются в контексте либерально-демократических реформ, общественного противостояния идеям дискриминации людей по расовому, половому, возрастному, национальному, политическому, религиозному, этническому и другим признакам. Борьба против дискриминации способствует формированию новой культурной нормы – уважения к различиям между людьми. Именно в этом широком антидискриминационном контексте специальные школы и интернаты признаются учреждениями сегрегационными, а изолированная от массовой система специального образования – дискриминационной. И если на предшествующем этапе эволюции общество боролось за организацию специальных учебных заведений, то теперь оно стало рассматривать помещение ребенка в специальную школу как нарушение его прав и «навешивание социального ярлыка».

Плюсы:

- Педагогами таких учебных заведений являются профильные дефектологи (тифлопедагоги, сурдопедагоги, логопеды, олигофренопедагоги), знающие особенности детей, методы и методики обучения. Учебные заведения оснащены всем необходимым для обеспечения обучения: звукоусиливающая аппаратура для плохослышащих, тифлотехника для плоховидящих, ортопедическая техника для детей-опорников и пр.

Минусы:

- Дети с проблемами здоровья изолированы в значительной мере, как от семьи, так и от нормально развивающихся сверстников. Они замыкаются в особый социум, внутри которого и осуществляется специальное образование.

Мэйнстриминг

Мэйнстриминг в обучении – программы совместных занятий и проведения досуга детей-инвалидов и обычных детей. Такие программы представляют собой мощное средство социальной адаптации детей и подростков.

Плюсы:

- Развитие таких важных навыков и личностных качеств учащихся, как:

⁸ Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Отечественные модели интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии и опасность механического переноса западных моделей интеграции //Материалы Международной научно-практической конференции по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с особыми образовательными потребностями). М., 2001.

- социальная компетентность (гибкость, эмпатия и заботливость, способность к позитивной коммуникации, креативность);
- навыки решения проблем (умение вырабатывать альтернативные решения, планировать);
- независимость, ощущение силы, уверенности, самоуважение, эффективность, самоконтроль, адаптивное дистанцирование (например, умение сказать «нет», не быть втянутым в опасную ситуацию);
- навыки целеполагания (формирование нормальных, или «здоровых», ожиданий и установок, умение до определенной степени контролировать окружение, целеустремленность).

Минусы:

- Общение ограничивается временными рамками мероприятия и часто носит формальный характер. Обе стороны могут быть не удовлетворены своими отношениями со сверстниками.

Интеграция

Составной частью интеграции детей с отклонениями в развитии в общество является их интеграция в общеобразовательные учреждения, где они получают возможность совместного обучения с нормально развивающимися сверстниками.

Главным условием интеграции в **России** является приведение в соответствие потребностей детей с психическими и физическими нарушениями с системой образования, остающейся в целом неизменной: дети с ОВЗ в массовой школе, не приспособленной для них. Иначе говоря, ребенок должен соответствовать стандартам системы образования.

Плюсы:

- Сохранение детско-родительских отношений и возможность полноценного участия ребенка в повседневной жизни своей семьи.
- Обретение опыта социального взаимодействия со сверстниками и взрослыми.

Минусы:

- Сложности усвоения норм социального поведения, незнание которых может сделать ребенка еще и социальным инвалидом.
- По мере осознания себя непохожими на других, дети с ОВЗ как бы воздвигают стену между собой и сверстниками, отказываясь общаться с ними, замыкаясь на себе самих или, если в группе присутствуют дети с аналогичными проблемами, образуют отдельную группу.
- Ребенок с ОВЗ, привыкший к повышенному вниманию в семье, в массовом учебном заведении становится одним из многих, что может быть причиной дискомфорта или стресса.
- Дети с тяжелыми формами нарушений редко приобретают себе друзей среди одноклассников и у них часто развивается чувство собственной неполноценности.
- Незнание особенностей развития детей с ОВЗ и зачастую нежелание педагогов образовательного учреждения работать с таким ребенком.

Практика показала, что педагог, изначально сфокусированный на работу с обычными детьми в общеобразовательной школе и оказавшийся в условиях интегрированного обучения, не обладает знаниями о специфике обучения детей с ограниченными возможностями, не владеет специально-педагогическими умениями и навыками, и, следовательно, не может оценить степень нарушения и спрогнозировать пути дальнейшего развития такого ребенка. Более того, возникает эмоциональная напряженность во взаимоотношении между педагогами, учащимися с особыми образовательными потребностями и их родителями. В таком положении становится невозможной не только коррекционная работа, но и весь процесс обучения в целом. Это явление В.И. Лубовский назвал «вынужденной интеграцией».

Инклюзивное образование

Инклюзивное образование – это более широкий процесс интеграции, подразумевающий одинаковую доступность образования для всех детей и развитие общего образования в плане приспособления к различным нуждам всех детей. То есть процесс обучения подстраивается под нужды и потребности развития ребенка.

В международной практике (ЮНЕСКО) термин «интегрированное образование» (integration) был заменен термином «инклюзивное образование».

Включение детей с особенностями в развитии в образовательный процесс в массовых школах по месту жительства, то есть инклюзивное образование – новый подход для российского образования.

Плюсы:

- Создание в общеобразовательном учреждении специальных условий обучения для детей с особыми образовательными потребностями.
- Создание гибкой адаптивной образовательной среды, которая может соответствовать образовательным потребностям **всех** детей-учащихся данного образовательного учреждения.
- Обучение в условиях общих классов массовой школы, с предоставлением ученику необходимой психолого-педагогической поддержки профильными специалистами.
- Подготовка ученического, педагогического и родительского коллективов к принятию детей с ОВЗ и создание таких условий обучения, которые являлись бы комфортными для всех детей способствовали бы достижению максимального уровня развития, а также социальной реабилитации ребенка и его интеграции в общество.
- Формирование в сообществе (класс, группа, школа) навыков толерантности, т.е. терпимости, милосердия, взаимоуважения.

Минусы:

В идеале никаких минусов быть не должно, поскольку инклюзивное образование способствует улучшению качества жизни детей, особенно детей из социально уязвимых групп и оздоровлению общества в целом. Но,

учитывая современные социально-экономические условия и уровень общественного сознания, инклюзивное образование в России носит пока экспериментальный характер.

Развитие системы инклюзивного образования в нашей стране требует принципиальных изменений в системе не только среднего (как «школа для всех»), но и профессионального и дополнительного образования (как «образование для всех»). До сих пор отсутствуют общегосударственные правовые и финансово-экономические нормы, касающиеся основ инклюзивного образования детей с особенностями развития.

На сегодняшний момент можно выделить несколько барьеров для инклюзивного образования:

- Отсутствие гибких образовательных стандартов.
- Несоответствие учебных планов и содержания обучения массовой школы особым образовательным потребностям ребенка.
- Отсутствие специальной подготовки педагогического коллектива образовательного учреждения общего типа, незнание основ коррекционной педагогики и специальной психологии.
- Отсутствие у педагогов массовых школ представлений об особенностях психофизического развития детей с ОВЗ, методиках и технологии организации образовательного и коррекционного процесса для таких детей.
- Недостаточное материально-техническое оснащение общеобразовательного учреждения под нужды детей с ОВЗ (отсутствие пандусов, лифтов, специального учебного, реабилитационного, медицинского оборудования, специально оборудованных учебных мест и т.д.).
- Отсутствие в штатном расписании образовательных учреждений общего типа дополнительных ставок педагогических (сурдопедагоги, учителя-логопеды, педагоги-психологи, тифлопедагоги) и медицинских работников.

Примером успешного внедрения и развития инклюзивного обучения являются США. С 1875 по 1914 годы в США вводилось обязательное школьное образование. В связи с этим были сформированы классы для детей, которые считались умственно недоразвитыми, а также для тех, кого полагали «неисправимыми за их поведение», глухих или физических инвалидов. В этот же период Национальная ассоциация образования создала Департамент специального образования. Развивались тесты измерения интеллекта, прибывали потоки иммигрантов, росло количество организованной рабочей силы, развивались психологические теории. Все эти факторы повлияли на школьную систему, в которой складывались принципы измерения и определения индивидуальных различий и потенциала.

В 1962 году была предложена модель для конструирования услуг по удовлетворению потребностей отдельных учащихся. Для детей представлены услуги от обучения при больнице и домашнего обучения до спецшкол, спецклассов и, наконец, обычных классов массовой школы. В

Законе 1977 года «Образование для всех детей-инвалидов» приводится перечень соответствующих дополнительных услуг, необходимых для помощи детям-инвалидам в получении специального образования»: транспорт, логопедия, аудиология, психологические услуги, физиотерапия, рекреация, оккупационная терапия, ранняя идентификация, медицинские услуги, школьный врач или медсестра, школьный социальный работник, психолог, услуги социальной работы для детей и семьи, консультирование и подготовка родителей.

В 1990-е годы в США принимается закон об образовании для всех детей с инвалидностью с его принципом индивидуализированного обучения. Таким образом, речь идет об инклюзии, то есть организации обучения, при которой все обучающиеся учатся совместно со своими сверстниками в школе по месту жительства.

Исследования экономической эффективности инклюзивного обучения, проведенные в 1980-1990-х гг., демонстрируют преимущества такого образования.

В 1994 г. под эгидой ЮНЕСКО в г. Саламанка (Испания) проводится Всемирная конференция по образованию лиц с особыми потребностями, которая вводит в международный обиход термин «инклюзия» и провозглашает принцип инклюзивного образования. Инклюзивное образование предусматривает не только активное включение и участие детей и подростков с ограниченными возможностями в образовательном процессе обычной школы, но в большей мере перестройку всего процесса массового образования как системы для обеспечения образовательных потребностей всех детей.

Согласно Саламанкской декларации о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями (Саламанка, Испания, 7-10 июня 1994 г.):

- Каждый ребенок имеет основное право на образование и должен иметь возможность получать и поддерживать приемлемый уровень знаний.
- Каждый ребенок имеет уникальные особенности, интересы, способности и учебные потребности.
- Необходимо разрабатывать системы образования и выполнять образовательные программы так, чтобы принимать во внимание широкое разнообразие этих особенностей и потребностей.
- Лица, имеющие особые потребности в области образования, должны иметь доступ к обучению в обычных школах. Обычные школы должны создать им условия на основе педагогических методов, ориентированных прежде всего на детей с целью удовлетворения этих потребностей.
- Обычные школы с такой инклюзивной ориентацией являются наиболее эффективным средством обеспечения образования для всех; более того, они повышают эффективность и, в конечном счете, рентабельность системы образования.

На сегодняшний день в большинстве западных стран сложился определенный консенсус относительно важности инклюзии для детей-

инвалидов. Государственные, муниципальные школы получают бюджетное финансирование на детей с особыми потребностями, и, соответственно, заинтересованы в увеличении числа учащихся, официально зарегистрированных как инвалиды.

1.3. Инклюзия в России

Инклюзивное образование в России находится в стадии формирования. Каждый одиннадцатый житель России имеет ту или иную форму инвалидности⁹. Это 13 миллионов человек с особенностями физического, психического или интеллектуального развития различной степени: врожденные или приобретенные в течение жизни нарушения опорно-двигательного аппарата, зрения, слуха, состояния психики, умственного развития. Они нуждаются в специально приспособленных условиях жизни и зачастую требуют посторонней помощи¹⁰. На август 2009 года численность детей-инвалидов в России составляет 545 тысяч человек, 12,2% из них проживают в настоящее время в учреждениях-интернатах. Численность детей, впервые признанных инвалидами, – 67 121 человек. Из них 23,6% детей-инвалидов страдают заболеваниями различных органов и нарушений обмена веществ, 21,3% – умственными нарушениями и 23,1% детей-инвалидов имеют двигательные нарушения. По данным Министерства образования, в 2008-2009 учебном году в обычных школах обучалось 142,659 тысяч детей-инвалидов, в коррекционных классах обычных школ – 148,074 тысячи детей-инвалидов. В коррекционных школах и школах-интернатах – 210,842 тысячи детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

На 1 июля 2010 года численность детей-инвалидов в Ярославской области составила 2868 человек. Половина из них учится в средних школах, 35 % – в специальных коррекционных, 5 % – в техникумах и вузах, 11 % – в детских садах. При этом около полутора тысяч детей-инвалидов получают общее среднее и дополнительное образование на дому

Первые инклюзивные образовательные учреждения появились в нашей стране на рубеже 1980 – 1990 гг. В Москве в 1991 году по инициативе московского Центра лечебной педагогики и родительской общественной организации появилась школа инклюзивного образования "Ковчег" (№1321). По данным Министерства образования и науки РФ, в 2008 - 2009 гг. в порядке эксперимента внедряется модель инклюзивного образования в образовательных учреждениях различных типов в ряде субъектов Федерации: Архангельской, Владимирской, Ленинградской, Московской, Нижегородской, Новгородской, Самарской, Томской и других областях.

⁹ Инновации в Российском образовании. //Специальное (коррекционное) образование. М., 2001.

¹⁰Шукшунов В.А. От осознания парадигмы к образовательной практике. М., 1995.

В 2008 году Россия подписала Конвенцию ООН «О правах инвалидов». В статье 24 Конвенции говорится том, что в целях реализации права на образование государства-участники должны обеспечить инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни человека.

Проблемы внедрения инклюзивного образования в России¹¹

- Число детей, официально получающих пособия по инвалидности, в стране резко возросло и достигло 1,3 % от общего числа детей.
- Специальное образование, охватывающее учащихся с особыми потребностями, испытывает серьезные потрясения ввиду сокращения финансирования и структурных преобразований.
- Внедрение инклюзивного образования сталкивается не только с трудностями организации так называемой «безбарьерной среды» (пандусов, одноэтажного дизайна школы, введения в штаты сурдопереводчиков, переоборудования мест общего пользования и т.п.), но и с препятствиями социального свойства, заключающимися в распространенных стереотипах и предрассудках, в том числе, в неполной готовности или отказе учителей, школьников и их родителей принять рассматриваемую форму образования.

Переход к инклюзивному образованию в принципе уже был предопределен тем, что Россия ратифицировала Конвенцию ООН в области прав детей, прав инвалидов: Декларацию прав ребенка (1959); Декларацию о правах умственно-отсталых (1971); Декларацию о правах инвалидов (1975); Конвенцию о правах ребенка (1975). Но чтобы Россия стала цивилизованной страной с цивилизованным образованием, нужно не только принять закон о специальном образовании или об образовании лиц с ограниченными возможностями, но и иметь благоприятное общественное мнение по данному вопросу, а также создать условия для реализации прав инвалидов. Система образования в современной России переживает глубокие изменения, различные учебные заведения трансформируются в результате правительственных реформ и под влиянием рыночной экономики. При этом на повестку дня выходят ценности социального включения, интеграции, хотя общественное мнение по этому вопросу далеко не однородно.

Сегодня существуют различные формы содействия в получении высшего образования для различных социально-уязвимых групп населения: законодательное регулирование условий получения высшего образования, финансовая поддержка, информационное обеспечение, социальная реабилитация, позитивная дискриминация. Все эти формы находятся на разной ступени своего развития и обладают различной степенью эффективности. По данным Министерства образования и науки РФ, в 2008 – 2009 гг. модель инклюзивного образования внедряется в порядке эксперимента в образовательных учреждениях различных типов в ряде

¹¹ Лошакова И.И. Ярская-Смирнова Е.Р. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов // Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. Саратов, 2002. С 15-21.

субъектов Федерации: Архангельской, Владимирской, Ленинградской, Московской, Нижегородской, Новгородской, Самарской, Томской и других областях.

Необходимо отметить, что в последнее время происходит сокращение обучающихся, воспитанников в школах-интернатах для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, за последнее десятилетие в системе образования детей с ограниченными возможностями здоровья обозначились следующие тенденции, связанные как с внешними, так и с внутренними факторами влияния:

- общий рост количества детей с отклонениями в развитии;
- увеличение общего количества образовательных учреждений для детей с ограниченными возможностями здоровья;
- сокращение контингента обучающихся в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях;
- незначительный рост доли обучающихся по интегрированной форме;
- увеличение количества обучающихся в специальных (коррекционных) классах общеобразовательных школ для детей с нарушениями физического и умственного развития, с одновременным сокращением классов для детей с ЗПР

Проблема инклюзивного образования сложна, дискуссионна, но главное – она является действительно социальной, так как в ходе ее решения затрагиваются интересы колоссального количества людей. Общество должно предоставить любому человеку право выбора вида образования в зависимости от его интересов, потребностей, возможностей¹².

Перед инклюзивным образованием стоит задача удовлетворять надлежащим образом широкий спектр образовательных потребностей в рамках формального и неформального образования. Являясь не просто второстепенным вопросом, касающимся методов возможного вовлечения некоторых обучающихся в основной процесс образования, инклюзивное образование представляет собой подход, позволяющий изыскивать методы трансформации образовательных систем для удовлетворения потребностей широкого круга обучающихся. Оно направлено на то, чтобы позволить учителям и учащимся не испытывать неудобств в условиях многообразия и рассматривать его скорее не как проблему, а как задачу и фактор, способствующий обогащению среды обучения.

Инклюзивный подход направлен на более полное взаимодействие всех участников образовательного процесса (детей, родителей, педагогов и персонала). Совместное сотрудничество создает особую среду и культуру, в которой абсолютно все будут равноценны и причастны. Практика совместной работы и участия основывается и поддерживается совместно разделяемыми ценностями учеников и персонала школы, в соответствии с

¹²Инновации в Российском образовании. //Специальное (коррекционное) образование. М., 2001.

которыми учитывались особенности каждого ребенка или взрослого. Эти ценности отражались не только на том, как персонал школ относится к детям, но и на взаимодействии взрослых, искренней радости талантам и особенностям каждого человека¹³.

Интеграция в культуру сверстников является наиболее успешной в дошкольном возрасте, по сравнению со школьным, и главную роль играют значимые взрослые. Одним из основных условий интеграции в культуру сверстников является коррекция отношений участников процесса (детей, их педагогов и родителей) друг к другу. Взаимопонимание, взаимоуважение и взаимодействие – три составляющих успеха социальной интеграции. Эффективная социальная интеграция в дальнейшем способствует успешной инклюзии этих детей при обучении в общеобразовательной школе. С.Н. Сорокоумова обозначает следующие преимущества инклюзивного образования: это создание благоприятных условий для их скорейшей социализации и индивидуализации, где эти процессы понимаются в более широком смысле. Основой такой индивидуализации является возможность вести каждого конкретного ребенка в направлении образовательного стандарта своим путем, не снижая в целом уровня образования. Такой принцип изменяет не содержание, а методы и пути обучения¹⁴.

Для успеха интеграции и последующей инклюзии возникает необходимость учета важного принципа – «качества жизни». Повышение качества жизни детей с отклонениями в развитии может быть достигнуто за счет принципа социализации, который осуществляется на протяжении всей жизни человека и проходит в трех сферах:

- в деятельности – у человека развиваются задатки и способности, происходит их реализация;
- в общении, которое возникает во всех сферах жизнедеятельности, развиваются коммуникативные способности, способности взаимодействия с окружающими;
- в самосознании, сознании и понимании самого себя, то есть в развитии правильной самооценки, что означает адекватное мнение и суждение человека о самом себе, о своих качествах, достоинствах и недостатках, способностях, потенциальных возможностях, а также своем месте и роли среди других людей.

На интеграцию в культуру сверстников влияет возраст, пол и тип нарушения ребенка. Установлено, что чем старше дети с ограниченными возможностями, тем сложнее интеграция. В гендерном отношении также отмечаются различия: девочки более позитивно относятся к интеграции, чем мальчики. Тип нарушений оказывает разное влияние на интеграцию в

¹³ Сабельникова С. И. Развитие инклюзивного образования. Справочник руководителя образовательного учреждения. 2009. № 1.

¹⁴ Сорокоумова С. Н. Психологические особенности инклюзивного обучения. // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, т. 12. № 3. 2010.

дошкольном и школьном возрасте. Так, при интеграции в среду дошкольников более сильное негативное значение имеют двигательные нарушения по сравнению с интеллектуальными, а в школьную группу сверстников, наоборот, дети с двигательными нарушениями интегрируются легче, чем с интеллектуальными.

Для осуществления интегрированного воспитания и инклюзивного обучения необходимо у детей с дошкольного возраста строить взаимодействия на основе сотрудничества и взаимопонимания. Основой их жизненной позиции должна стать толерантность. Проблема воспитания толерантности зависит от эффективности интеграции ребенка с ограниченными возможностями в культуру сверстников, под которой понимается определенная система ценностей при усвоении опыта и предполагаются социальные правила общения в разных сферах жизни ребенка: в семье, школе, на улице и т.д., что позволяет формировать активную жизненную позицию в сообществе¹⁵.

Дополнительной деятельностью к основному образовательному процессу является коррекционно-развивающая работа, которая способствует более эффективному развитию ребенка, раскрытию и реализации его способностей. Эта работа не подменяет собой обучение ребенка с особыми образовательными потребностями, которое тоже носит коррекционно-развивающий характер, а включена в психолого-медико-педагогическое сопровождение ребенка в образовательном процессе. В коррекционно-развивающей работе особое место занимает психологическая и педагогическая коррекция. Педагогическая коррекция должна быть направлена на устранение пробелов в знаниях, на усвоение отдельных учебных предметов или их разделов.

При организации коррекционно-развивающей работы в школе важно учитывать следующие **принципы**:

Интеграция через раннюю коррекцию – первый и самый главный принцип. Речь идет о комплексных программах ранней (с первых месяцев жизни) психолого-медико-педагогической коррекции нарушенных функций, позволяющей вывести ребенка с проблемами на такой уровень психофизического развития, который дает ему возможность максимально рано влиться в общеобразовательную среду. Инклюзия детей с отклонениями в развитии в массовые образовательные учреждения предусматривает специализированную коррекционную помощь и психологическую поддержку, задачами которых являются контроль над развитием ребенка, успешностью его обучения, оказание помощи в решении проблем адаптации в среде здоровых сверстников.

¹⁵ Шипицина Л. М. Интеграция и инклюзия: проблемы и перспективы // Материалы российского форума «Педиатрия Санкт-Петербурга: опыт, инновации, достижения» 20-21 сентября 2010 г. – СПб, 2010.

Динамичность восприятия учебного материала предполагает использование заданий по степени, нарастающей трудности. Следует подбирать задания, при выполнении которых используются действия различных анализаторов: слухового, зрительного, кинестетического.

Принцип продуктивной обработки информации. В учебный процесс необходимо включать задания, предполагающие самостоятельную обработку информации учениками с использованием дозированной поэтапной помощи педагога. Предварительно учитель обучает работать с информацией по образцу, алгоритму, вопросам. Ученик осуществляет перенос показанного способа обработки информации на свое индивидуальное задание.

Принцип развития и коррекции высших психических функций основан на включении в урок специальных упражнений по коррекции и развитию внимания, памяти, навыков чтения и устного высказывания.

Принцип мотивации к учению подразумевает, что каждое учебное задание должно быть четким, т. е. ученик должен точно знать, что надо сделать для получения результата. У ученика в случае затруднения должна быть возможность воспользоваться опорой по образцу, по алгоритму (забыл – повторю – вспомню – сделаю).

Дети со смешанными специфическими расстройствами, так же как все другие дети с ОВЗ, «могут реализовать свой потенциал социального развития при условии вовремя начатого и адекватно организованного обучения и воспитания – образования, обеспечивающего удовлетворение как общих с нормально развивающимися детьми, так и особых образовательных потребностей, заданных спецификой нарушения психического развития».

На сегодняшний день инклюзивное образование на территории РФ регулируется прежде всего Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации»¹⁶. Он закрепил в качестве принципа государственной политики «организацию получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья» (ст. 79 Федерального закона). В соответствии с Законом «Об образовании в Российской Федерации» установлены государственные гарантии прав граждан с отклонением в развитии (с ограниченными возможностями здоровья) в области образования. Одной из основных гарантий государства является «создание необходимых условий для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов и наиболее подходящих для этих лиц языков, методов и способов общения и условия, в максимальной степени способствующие получению образования определенного уровня и

¹⁶ Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации». // Вестник образования России. 2013. № 3 – 4.

определенной направленности, а также социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (п. 5 ст. 5 Федерального закона).

Дети с ограниченными возможностями здоровья могут получать образование в общих классах и группах системы общего образования, по индивидуальной программе на дому, в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях (п. 4 ст. 79 Федерального закона). «Для обучающихся, нуждающихся в длительном лечении, детей-инвалидов, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования организуется на дому или в медицинских организациях» (п. 10 ст. 66 Федерального закона).

В России уже многие годы существует система специальных (коррекционных) образовательных учреждений. На сегодняшний день, действуют учреждения 8-ми видов. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения создаются для обучения детей с нарушением слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелым нарушением речи, эмоционально-волевой сферы и поведения и с умственной отсталостью. Детям-инвалидам I и II группы, согласно Закону, предоставляется льгота при приеме в средние специальные и высшие учебные заведения.

Решая, в каком образовательном учреждении целесообразно обучаться ребенку с ограниченными возможностями здоровья, его родители анализируют преимущества и недостатки каждого из возможных вариантов. Важно помнить, что достоинства инклюзивного образования теряются, если инклюзия представляет собой «не "включение", а скорее ... "перемещение" в общеобразовательную среду, не использующую коррекционные методы обучения и воспитания, не имеющую специальных коррекционных условий обеспечения жизнедеятельности ребенка с ОВЗ»¹⁷. Оно «не решит проблемы получения им "свободы и равных прав". И в этом случае будет ограничиваться его право на получение образования в соответствии с его образовательными потребностями и возможностями»¹⁸.

Литература

1. Алехина С.В. Современный этап развития инклюзивного образования. // Инклюзивное образование. Выпуск 1. М., 2010.
2. Алехина С.В., Алексеева М.Н., Агафонов Е.Л. Готовность педагогов как основной фактор успешности инклюзивного процесса в образовании. // Психологическая наука и образование. 2011. №1.

¹⁷ Кобрина Л.М. Отечественная система специального образования — фундамент инклюзивного обучения и воспитания.// Дефектология. 2012. № 3. С. 14-19.

¹⁸ Там же.

3. Башарин В.Ф. Образование на пороге XXI века. //Профессиональное образование. 2000. № 1. С.20-28
4. Инновации в Российском образовании. //Специальное (коррекционное) образование. М., 2001.
5. Кобрина Л.М. Отечественная система специального образования — фундамент инклюзивного обучения и воспитания.// Дефектология. 2012. № 3. С. 3-13.
6. Ковалев Е.В., Староверова М.С., Образовательная интеграция (инклюзия) как закономерный этап развития системы образования. //Инклюзивное образование. Выпуск 1. М., 2010.
7. Малофеев Н.Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики. //Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2010. №1. С. 3-10.
8. Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом. М., 1997.
9. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Отечественные модели интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии и опасность механического переноса западных моделей интеграции. //Материалы Международной научно-практической конференции по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с особыми образовательными потребностями). М., 2001.
10. Начальное общее образование. //Сборник нормативно-правовых материалов / под ред. Киселевой М.В. М., 2012.
11. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира: Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына. СПб, 1997.
- 12.Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации». // Вестник образования России. 2013. № 3 – 4.
13. Шукшунов В.А. От осознания парадигмы к образовательной практике. М., 1995.
14. Ярская-Смирнова Е.Р., Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов. //Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. Саратов, 2002.
15. Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов, 2003.

Глава II. Инструменты реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья на образование

2.1. Роль психолого-медико-педагогической комиссии в проектировании образовательных траекторий для детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования

Право на качественное образование – одно из самых значительных прав современного человека, поскольку находится в тесной связи с его правами на развитие своих способностей и правом на будущее. В связи с этим становится понятной необходимость обеспечения полной безусловной доступности образования и равных прав на его получение для всех членов общества, в том числе и для детей с ограниченными возможностями здоровья. Это право может быть реализовано не только в хорошо развитой системе специального (коррекционного) образования, но и в условиях инклюзивного образования. Демократические преобразования, активно развивающиеся в российском обществе, привели к серьезным изменениям и в системе образования. Эти преобразования коснулись как организационной, так и содержательной его стороны.

Развитие в нашей стране процесса включения (инклюзии) детей с ограниченными возможностями психического и (или) физического здоровья в среду обычных сверстников является не только отражением времени, но и представляет собой реализацию прав детей на получение образования. Инклюзивная практика обучения реализует обеспечение равного доступа к получению того или иного вида образования, создает необходимые условия для достижения успеха в обучении всеми без исключения детьми независимо от их индивидуальных особенностей, учебных достижений, родного языка, культуры, их психических и (или) физических возможностей.

Реализация инклюзивного образования опирается на принятие основных принципов и приоритетов его развития, таких как:

- приоритет социальной адаптации ребенка на каждом возрастном этапе;
- природосообразность образовательных (в широком смысле) задач и методов как возможностям ребенка, так и общей логике развития;
- профилактика и преодоление инвалидизации и искусственной изоляции семьи ребенка.

Эффективная реализация представленных приоритетов включения особого ребенка в среду общеобразовательного учреждения представляется практически невозможной без специализированного психолого-медико-педагогического сопровождения различных аспектов инклюзивной практики.

В то же время преувеличение роли инклюзивного образования или его абсолютизация недопустимы. Именно родители (законные представители) принимают решение о выборе образовательного учреждения для своего

ребенка, а задача специалистов помочь родителям (законным представителям) не только выбрать образовательную стратегию, но самое главное – определить, в каком образовательном учреждении ребенок получит лучшую социальную адаптацию, будет лучше развиваться и качество этого развития будет максимально возможным¹⁹. В связи с этим роль психолого-медико-педагогической комиссии (далее ПМПК) в проектировании образовательных траекторий для детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования достаточно велика. Именно деятельность ПМПК является системообразующим компонентом психолого-медико-педагогического сопровождения инклюзивного образования, ее «ядром».

В своей деятельности ПМПК руководствуется международными актами в области защиты прав и интересов ребенка, Федеральным законом Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральным Законом Российской Федерации от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», приказом Министерства образования и науки РФ от 24.03.2009 г. № 95 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».

Целью ПМПК является выявление детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении, проведение их комплексного обследования и подготовка рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания. Психолого-медико-педагогическая комиссия представляет собой «поле» для междисциплинарного взаимодействия специалистов (врача-психиатра, педагога-психолога, учителя-дефектолога и учителя-логопеда) и разработки конкретных рекомендаций по технологии сопровождения инклюзивного образовательного процесса²⁰. Значимость ПМПК обусловлена инициацией развития системы образования в целом, специального (коррекционного) образования, появлением инклюзивной практики в образовательных учреждениях, а также развитием уникальных единых межпредметных и межведомственных технологий, являющихся «ключом» целостного подхода к ребенку.

Основными направлениями деятельности ПМПК являются:

– проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей в возрасте от рождения до 18 лет с целью своевременного выявления недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

¹⁹ Инклюзивное образование. Выпуск 2. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. М., 2010.

²⁰ Инклюзивное образование в России. М., 2011.

– 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;

– документальное подтверждение на основании результатов обследования прав детей с нарушениями в психическом и/или физическом развитии на образование, коррекцию нарушений развития и социальной адаптации при помощи специальных педагогических подходов (специальное образование) в форме, соответствующей особенностям развития ребенка;

– оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных учреждений, учреждений социального обслуживания, здравоохранения, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении;

– 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;

– координация и организационно-методическое обеспечение деятельности территориальных комиссий;

– проведение обследования детей по направлению территориальной комиссии;

– сбор, хранение и анализ индивидуально-ориентированной информации о детях, прошедших обследование ПМПК, информирование органов образования о потребностях в специальном (коррекционном) обучении²¹.

Согласно законодательству Российской Федерации, любое изменение образовательного маршрута ребенка – перевод в специальный (коррекционный) класс I-VIII вида, зачисление в компенсирующие группы дошкольных учреждений – проводится на основании заключений психолого-медико-педагогических комиссий с согласия родителей (законных представителей). ПМПК выполняют важную функцию защиты прав детей: каждый ребенок имеет право на доступное его возможностям образование, как это определено в Декларации прав ребенка. Задача ПМПК – на основе комплексного психолого-медико-педагогического обследования определить наиболее адекватные состоянию ребенка условия обучения и воспитания.

Инициаторами обследования ребенка на ПМПК могут быть родители (законные представители); специалисты образовательных учреждений; учреждений, занимающихся обеспечением и защитой прав детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Обследование ребенка специалистами проводится с согласия родителей (законных

²¹ Положение о психолого-медико-педагогической комиссии, приказ Минобрнауки РФ от 24.03.09 № 95 // Вестник образования. 2009. № 7. С.42-45

представителей), в их присутствии. Контингент детей, обслуживаемых специалистами ПМПК, имеет различную патологию развития и направляется из любых образовательных и коррекционных учреждений, а также служб психолого-педагогического сопровождения и по желанию родителей.

ПМПК обслуживает:

- детей, осуществляя комплексное изучение проблем развития ребенка и определение индивидуального образовательного маршрута; оказывая социальную, медицинскую, психологическую, коррекционно-педагогическую помощь в совместном преодолении проблем в развитии, обучении, общении, поведении;

- родителей (законных представителей), информируя по существу проблем ребенка, консультируя по вопросам обучения и воспитания;

- специалистов образовательных учреждений, организуя психолого-педагогическую и методическую помощь и поддержку в их работе с детьми, имеющими проблемы в обучении, развитии и социальной адаптации.

Родители (законные представители) должны предоставить на ПМПК следующие документы:

- свидетельство о рождении ребенка (предъявляется);

- паспорт или документ, удостоверяющий личность родителей или законных представителей (предъявляется);

- подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей (педиатра, невропатолога, сурдолога, офтальмолога, ортопеда), наблюдающих ребенка в поликлинике по месту жительства;

- педагогическую характеристику, содержащую сведения о социальном статусе семьи, характере и формах обучения ребенка (тип детского дошкольного учреждения, школы, программа обучения), анализ трудностей при обучении; характеристика должна быть заверена директором школы;

- сведения об успеваемости ребенка (годовые и четвертные оценки, текущие оценки за последнюю четверть по основным предметам), заверенные директором школы;

- контрольные и рабочие тетради по математике и русскому языку.

Собственно обследованию, как правило, предшествует изучение представленных документов, собеседование с родителями (законными представителями) ребенка. Построение диагностического процесса определяется индивидуальным обследованием ребенка каждым специалистом (врачом-психиатром, педагогом-психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом). Врач-психиатр проводит клиническое обследование. Данное положение является основополагающим для выявления трудностей детей, направляемых в специальные (коррекционные) классы. Индивидуальность обследования не означает автономности каждого специалиста в квалификации состояния ребенка, но обеспечивает наиболее адекватное и качественное определение как уровня актуального развития, так и прогноза возможностей обучения ребенка, возможность дать адекватные рекомендации по организации соответствующего образовательного маршрута и внеурочной

коррекционной работы специалистов. Но в некоторых случаях возможно обследование ребенка несколькими специалистами одновременно, что определяется психолого-медико-педагогическими показаниями, исключающими возникновение психотравмирующих и неэтичных ситуаций. Диагностическое обследование ребенка специалистами ПМПК направлено на определение причин, механизмов, проявлений и закономерностей (включая прогноз) дизонтогенетических вариантов развития детей и подростков с учетом биологических и социальных предпосылок и условий развития. Диагностика как процесс выявляет внутреннюю структуру психического развития ребенка. Диагностика как результат обследования ребенка в ПМПК требует синтеза заключений всех специалистов²².

Немаловажным для ПМПК является методическое обеспечение ее деятельности. Современные требования к обследованию ребенка в ПМПК обозначают две ведущие тенденции в отношении методического обеспечения обследования. Первая из них предполагает оснащение ПМПК унифицированным набором стандартизованных экспериментальных методик, тестов, других методических средств. Вторая тенденция заключается в высокопрофессиональном владении этими средствами и гибком индивидуализированном их использовании по отношению к каждому конкретному ребенку.

Методология деятельности ПМПК в своих основах в достаточно совершенном и перспективном виде была заложена отечественными учеными еще в начале XX века. Многие выдающиеся педагоги и врачи, занимавшиеся проблемами «трудного детства», утверждали и реализовывали на практике межпредметный подход, невзирая на межведомственные барьеры. В своей деятельности ПМПК неуклонно следует принципам, разработанным отечественной дефектологией: принцип гуманности, принцип комплексного изучения детей, принцип стереогнозиса, принцип всестороннего и целостного изучения ребенка, принцип динамического изучения детей, принцип качественно-количественного подхода²³.

В современной командной работе специалистов ПМПК реализуются, кроме того, два основных принципа – мультидисциплинарный и междисциплинарный. Смысл мультидисциплинарного принципа заключается в реализации комплексного подхода к оценке развития ребенка, что предусматривает необходимость равноправного учета данных всех специалистов ПМПК. Междисциплинарный принцип деятельности специалистов при оценке психического развития ребенка предусматривает необходимость и выработки (согласования) коллегиальных подходов при такой оценке, и преломления (в некоторых случаях серьезной коррекции) мнения каждого из специалистов в зависимости от мнения других членов

²² Психолого-медико-педагогическая консультация: Методические рекомендации / Науч. ред. Л.М. Шипицына. 2-ое изд., доп. СПб., 2002.

²³ Грибанова Г.В. Руководство по организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) // Дефектология. 2001. № 6. С. 66-69.

ПМПК. Это, в свою очередь, требует и соответствующих технологий проведения коллегиального обсуждения, то есть технологий междисциплинарного взаимодействия. Основная «нагрузка» в этой ситуации ложится на ведущего заседание специалиста. Важной задачей ведущего становится последовательность обсуждения ребенка отдельными специалистами, согласование позиций специалистов и т.п. Подобные технологии взаимодействия специалистов при коллегиальном обсуждении еще не получили достаточного освещения в литературе.

Из вышесказанного следует, что учет обоих принципов командной работы специалистов на первый план выдвигает не столько задачи образования (хотя последние и воплощаются в конкретных рекомендациях по изменению образовательного маршрута или особенностях индивидуального сопровождения ребенка в образовательном пространстве), сколько задачи специализированной коррекционно-развивающей помощи ребенку, комплексного психотерапевтически ориентированного сопровождения его семьи. Все это «... в значительной мере снижает возможность возникновения диагностических ошибок и способствует выработке наиболее продуктивных подходов в решении судьбы маленького человека, соблюдении его прав»²⁴.

По мере развития инклюзивной практики в образовательных учреждениях выделяются задачи деятельности ПМПК, непосредственно способствующие успешной реализации этой практики:

1. Оценка особенностей и уровня развития ребенка (видение ресурсов ребенка, видение его дефицитарных особенностей, понимание механизмов психического дизонтогенеза, психолого-педагогическая квалификация состояния ребенка, определяющая его статус «включенного»).

2. Оценка состояния и возможности ребенка (на настоящем этапе развития) быть включенным в образовательное учреждение, реализующее инклюзивное образование.

3. Определение специальных условий включения конкретного ребенка в среду обычных сверстников:

- объем включения – частичное включение, полное включение, включение в рамках дополнительного образования;
- рекомендуемая индивидуальная программа развития в образовательном учреждении;
- потребность в специалистах сопровождения, в том числе тьюторе;
- необходимые средовые условия «под ребенка», в том числе дидактическое и техническое оснащение;
- сроки повторного прохождения ПМПК;

²⁴ Инклюзивное образование. Выпуск 2. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. М., 2010.

– потребность в наблюдении специалистами вне образовательного учреждения и др.

4. Определение срока, в том числе диагностического, пребывания ребенка на том или ином уровне инклюзии в образовательном учреждении.

Таким образом, решение традиционных задач, свойственных деятельности ПМПК, в условиях инклюзивного образования становится необходимым условием осуществления инклюзивной практики. ПМПК представляет собой одну из структур, которые обеспечивают комплексное психолого-медико-педагогическое сопровождение ребенка с ОВЗ, а, следовательно, способствуют проведению скоординированной политики в области образования. Суть этой политики – обеспечение в равной мере как дальнейшего развития системы специального (коррекционного) образования, так и инклюзивных процессов, предоставление возможности родителям (законным представителям) выбора образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ.

Литература

1. Грибанова Г.В. Руководство по организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК). // Дефектология. 2001. № 6. С. 66-69.

2. Инклюзивное образование. Выпуск 2. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. М., 2010.

3. Инклюзивное образование в России. – М., 2011.

4. Положение о психолого-медико-педагогической комиссии, приказ Минобрнауки РФ от 24.03.09 № 95.// Вестник образования. 2009. № 7. С.42-45.

5. Психолого-медико-педагогическая консультация: Методические рекомендации. / Науч. ред. Л.М. Шипицына. 2-ое изд., доп. СПб., 2002.

2.2. Организация и содержание деятельности психолого-медико-педагогического консилиума в образовательном учреждении, реализующем инклюзивную практику

Ведущая роль в вопросе создания инклюзивной образовательной среды отводится психолого-медико-педагогическому консилиуму (ПМПк) образовательного учреждения как одной из форм взаимодействия специалистов образовательного учреждения, объединяющихся для психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся, воспитанников, а также с целью создания особых условий реализации образовательных потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Консилиум служит задачам создания целостного, межпрофессионального представления об отдельном ребенке, группе (классе), которое складывается из профессиональных «видений» учителя (воспитателя), медицинского работника образовательного учреждения и других специалистов сопровождения.

В задачи консилиума входят:

- 1) Организация и проведение комплексного изучения личности ребенка с использованием диагностических методик психологического, педагогического, клинического обследования, выявление резервных возможностей ребенка;
- 2) Выбор дифференцированных педагогических условий, необходимых для коррекции недостатков развития и организации коррекционно-развивающего процесса: выбор оптимальных для развития ребенка с ОВЗ образовательных программ, соответствующих его готовности к обучению в зависимости от состояния его здоровья, индивидуальных возможностей развития, адаптивности к ближайшему окружению;
- 3) Динамическая оценка эффективности предпринимаемых мероприятий в первую очередь по отношению к процессам социальной адаптации ребенка, его истинному включению в среду сверстников и детское сообщество в целом.
- 4) Экспертные задачи по изменению образовательной траектории ребенка с ОВЗ в самом образовательном учреждении, подготовка документов для ПМПк.
- 5) Выделение детей, не проходивших ПМПк и не имеющих статуса «включенный», но тем не менее нуждающихся в дополнительных специализированных условиях и помощи со стороны различных специалистов для успешной адаптации ребенка и его обучения.
- 6) Утверждение и согласование планов работы различных специалистов, координация деятельности всех участников образовательного процесса, разработка единого плана сопровождения ребенка с ОВЗ в условиях образовательного учреждения (принцип междисциплинарности и скоординированного характера деятельности).
- 7) Оформление соответствующей документации.

Из всех указанных задач консилиума в условиях инклюзивной практики задача сопровождения «включенного» ребенка становится ведущей.

Говоря «включенный» ребенок, мы имеем в виду ребенка с особыми образовательными потребностями, обучающегося в массовой школе или дошкольном образовательном учреждении. Под лицами с ограниченными возможностями здоровья понимаются как дети-инвалиды, так и дети, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные ограничения возможностей здоровья и нуждающиеся в создании специальных условий обучения.

Ограничение возможностей здоровья – любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции либо отклонение от них, влекущие полное или частичное ограничение способности или возможности осуществлять бытовую, социальную, профессиональную или иную деятельность тем способом и в том объеме, которые считаются нормальными для человека при прочих равных возрастных, социальных и иных факторах. В зависимости от степени возможности компенсации или восстановления ограничение возможностей здоровья может быть временным или постоянным. Законодательство предполагает возможность получения образования лицами с ограниченными возможностями здоровья в государственных образовательных учреждениях любого типа и вида в формах, предусмотренных федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами с учетом рекомендаций психолого-медико-педагогических комиссий (далее ПМПК).

Цель психолого-педагогического сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в учебно-воспитательном процессе – усвоение соответствующих общеобразовательных программ, коррекция отклонений в развитии, психологическое развитие обучающихся в специально созданных в образовательном учреждении психолого-педагогических условиях.

Задачи психолого-педагогического сопровождения учащихся с ограниченными возможностями здоровья:

1. Мониторинг особенностей психологического развития ребенка.
2. Создание условий для полноценного развития учащихся в рамках их возрастных и индивидуальных возможностей.
3. Создание специальных условий для оказания помощи детям, испытывающим трудности в обучении, имеющим проблемы в развитии.

Следует заметить, что если стратегию включения ребенка в образовательную среду определяют специалисты психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК), «задающие» особые необходимые условия для успешного включения ребенка с ОВЗ в среду обычных сверстников, то на ПМПК возлагаются задачи по сопровождению и выстраиванию образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ в условиях конкретного образовательного учреждения. ПМПК несет ответственность за обеспечение диагностико-коррекционного, психолого-педагогического и

медико-социального сопровождения обучающихся, воспитанников с ОВЗ, в том числе в состоянии декомпенсации, исходя из реальных возможностей образовательного учреждения и в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья обучающихся, воспитанников.

Таким образом, консилиум образовательного учреждения – это постоянно действующий, объединенный общими целями, скоординированный коллектив специалистов, реализующий ту или иную стратегию сопровождения ребенка, и разрабатывающий тактики сопровождения включенного ребенка²⁵.

В создании индивидуальной образовательной среды значительную роль играет система деятельности специалистов ПМПк, интеграция их профессиональных знаний, продуктивной совместной работы с детьми, имеющими ОВЗ, их родителями, педагогическим коллективом образовательного учреждения. Особую важность составляет не сумма разнонаправленных воздействий разных специалистов, а единое комплексное воздействие на ребенка с ОВЗ в системе межпрофессиональных отношений на всех этапах работы ПМПк в образовательном учреждении.

Необходимо обратить внимание на тот факт, что работа консилиума по отношению к «включенному» ребенку начинается после получения согласия родителей (законных представителей) ребенка, которое должно быть документально зарегистрировано в каком-либо документе, заводимом на ребенка в образовательном учреждении. Такое письменное согласие родителей или лиц, их заменяющих, ставшее уже стандартной процедурой в большинстве образовательных учреждений, позволяет предупредить ряд негативных моментов, связанных в первую очередь с конфликтными ситуациями.

Нормативные документы консилиума

Регламент деятельности Психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения определяется Письмом Министерства образования Российской Федерации от 27.03.2000 №27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения»²⁶. (Приложение 1).

Состав консилиума (приложение 3)

Примерный состав ПМПк зафиксирован в нормативных документах. Это заместитель руководителя образовательного учреждения по учебно-воспитательной работе (председатель консилиума), учитель или воспитатель образовательного учреждения, представляющий ребенка на ПМПк, учителя (воспитатели) образовательного учреждения с большим опытом работы,

²⁵ Инклюзивное образование. Выпуск 2. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. М, 2010.

²⁶ Инструктивное письмо МО РФ № 27/901-6 от 27.03.2000 г. «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательных учреждений».

учителя (воспитатели) специальных (коррекционных) классов/групп, педагог-психолог, учитель-дефектолог и/или учитель-логопед, врач-педиатр (невропатолог, психиатр), медицинская сестра.

В состав специалистов ПМПк образовательного учреждения инклюзивного образования обязательно входит координатор по инклюзии. Также в составе консилиума традиционно присутствуют завуч по инклюзии или старший воспитатель, психолог, логопед, дефектолог. Могут входить специалисты, непосредственно работающие с ребенком – воспитатели или учителя, специалист сопровождения ребенка (тьютор, социальный педагог, педагог группы продленного дня, педагоги дополнительного образования, медсестра или врач). Могут приглашаться представители подразделения ППМС центра, родители.

Председателем ПМПк назначается координатор по инклюзии в образовательного учреждения (старший воспитатель, завуч по инклюзии) или руководитель службы психолого-педагогического сопровождения, завуч и иной администратор, педагог-психолог образовательного учреждения²⁷.

Ответственность специалистов консилиума

Специалисты ПМПк несут ответственность за:

- адекватность используемых диагностических и коррекционных методов;
- обоснованность рекомендаций;
- конфиденциальность полученных при обследовании материалов;
- соблюдение прав и свобод личности ребенка;
- ведение документации и ее сохранность.

Этапы работы консилиума по сопровождению ребенка с ОВЗ

Работу ПМПк условно можно разделить на три основных этапа: подготовительный этап, проведение заседания ПМПк, этап реализации принятых на ПМПк решений.

Подготовительный этап.

На подготовительном этапе изучаются рекомендации ПМПк. В наиболее полном варианте они включают направления коррекционной работы логопеда, психолога, дефектолога, социального педагога, инструктора по лечебной физкультуре, врача, рекомендуемый режим занятий и консультаций. Определяются потребности ребенка в сопровождении (тьютор), дополнительной помощи специалистов вне образовательного учреждения, дополнительном специальном оборудовании и т. д. для успешного включения ребенка с ОВЗ в детское сообщество. Анализируются реальные возможности образовательного учреждения реализовать эти рекомендации. Помимо этого изучаются медицинские документы по основному заболеванию ребенка, карты развития, предоставленные дошкольным образовательным учреждением и другими учреждениями, где ранее находился ребенок, начальные сведения о ребенке и его семье.

²⁷ Инклюзивное образование в России. М., 2011.

Далее происходит первичное обследование ребенка профильными по отношению к его особенностям и ограничениям специалистами. Чаще всего первичный углубленный диагностический прием ребенка с ОВЗ проводит психолог школы, возможно, совместно с педагогом группы или класса, принявшего ребенка. В ситуации, когда первичный прием проводит психолог, в своих рекомендациях он может в каждом конкретном случае определить необходимость участия в обследовании других специалистов, а в некоторых случаях и установить последовательность (приоритетность) проведения обследований (консультаций) специалистами разного профиля.

По результатам проведения углубленного обследования каждый специалист, работавший с ребенком, составляет развернутое заключение, уточняет рекомендации с точки зрения программ коррекционной и абилитационной работы, ее конкретных направлений и этапов, тактик и технологий работы с ребенком.

Проведение ПМПк.

На консилиуме обсуждаются обобщенные аналитические материалы обследования каждого специалиста (педагога, педагога-психолога, учителя-логопеда, медицинского работника). В этих материалах информация о ребенке и его семье облекается в формы, не нарушающие их права на конфиденциальность, формулируется доступным и понятным педагогу и медику языком. Порядок изложения информации не имеет принципиального значения. Прежде всего выслушивается специалист, который направил ребенка на консилиум. В случае, если все участники относят данного ребенка или подростка к числу наиболее проблемных, правильнее начинать обсуждение с педагога, описывающего поведение учащегося, наличие возможностей его обучения, особенности его адаптации. Обмен информацией между участниками и взаимный ответ на вопросы служит основой для заполнения первой важной графы заключения консилиума, касающейся описания актуального психолого-медико-педагогического состояния школьника.

Работа консилиума заканчивается заполнением итогового документа — заключения консилиума, в котором предусматриваются ответы на следующие вопросы:

- Каков психологический, педагогический и медицинский статус ребенка на момент обследования?
- Какими особенностями и проблемами характеризуется развитие ребенка в целом на момент обследования?
- Каким содержанием должна быть наполнена индивидуальная стратегия его сопровождения в процессе школьного обучения?
- В каких формах и в какие сроки в сопровождении ребенка примут участие психолог, логопед, социальный педагог, инструктор ЛФК, школьный медик и классный руководитель?
- Предусматривается ли и какая по содержанию консультативная работа участников консилиума с педагогическим коллективом или отдельными учителями, родителями ребенка и школьной администрацией?

Ответы на все поставленные выше вопросы предполагает установление сроков выполнения той или иной работы, конкретного ответственного лица и форм контроля. Ответственным может быть любой специалист консилиума, но чаще всего им становится школьный психолог или социальный педагог. В его функции входит ведение карты развития школьника, контроль этапов сопровождения, инициация повторного обсуждения данного ребенка на заседании ПМПк с целью подведения итогов проделанной работы и обсуждения дальнейших шагов.

Особое внимание следует обратить на ответственность специалистов ПМПк при заполнении документации (приложение 2). Представления и заключения должны составляться объективно и грамотно. Некорректно составленные представления и заключения могут стать причиной судебного разбирательства между школой и родителями ребенка. Основными недостатками при составлении представлений и заключений могут быть:

- неполное или искаженное отражение ситуации развития;
- неграмотное использование специальной терминологии;
- отсутствие анализа и обобщения проблемы;
- излишне подробная информация, содержащая ненужные детали, нарушающая конфиденциальность;
- отсутствие рекомендаций специалистов или несоответствие их проблеме;
- отсутствие или подделка подписей ответственных лиц.

На заседании консилиума ведется протокол, отражающий краткие высказывания участников при обсуждении итогового решения по каждому индивидуальному случаю, назначаются ответственные за выполнение назначенных рекомендаций²⁸.

В процессе обсуждения индивидуальной стратегии сопровождения ребенка на консилиуме должна быть найдена оптимальная ситуация взаимодействия ребенка и школьной системы в каждом конкретном случае. Для каких-то детей, может быть, предстоит изменить систему образовательных или нормативных требований, то есть «приспособить» к ним среду. В других случаях — поработать с самим ребенком в плане формирования определенных социальных навыков, коррекции сложившихся приемов учебной деятельности или способов общения, т.е. «приспособить» школьника к школьной среде. В ходе консилиума решение любой задачи сопровождения облекается в конкретные направления деятельности, мероприятия, психологические и педагогические технологии. Важно только, чтобы все участники консилиума понимали необходимость решения всех возникающих вопросов для создания благоприятных условий обучения и развития учеников школы. На основе целостного видения проблемы

²⁸ Рекомендации по организации и содержанию деятельности школьного психолого-медико-педагогического консилиума: Методическое пособие для руководителей образовательных учреждений, специалистов психолого-медико-педагогических консилиумов). / Составители: Э.М. Александровская, И.В. Коновалова. М., 2006.

участники консилиума разрабатывают общую педагогическую стратегию работы с ребенком или группой детей, индивидуальный образовательный план (индивидуальную программу развития) то есть собственно стратегию сопровождения.

Под *индивидуальным образовательным маршрутом* ребенка с ОВЗ в образовательном учреждении подразумевается система конкретных совместных действий администрации, основных педагогов, междисциплинарной команды специалистов сопровождения образовательного учреждения, родителей в процессе включения ребенка с ОВЗ в образовательный процесс. *Индивидуальный образовательный план (индивидуальная программа развития)* – документ, отражающий и закрепляющий эту систему на определенный период, утвержденный директором ОУ и подписанный родителями ребенка²⁹. Индивидуальные образовательные программы для детей с ОВЗ разрабатываются специалистами ПМПк учебных заведений с участием родителей и в соответствии с нуждами и потребностями детей в целях достижения их успеха в образовательном процессе.

Индивидуальная образовательная система формируется корпоративно, коллективом единомышленников. В ее создании участвуют учителя начальных классов, учителя-предметники, педагоги-психологи, учителя-логопеды, учителя-дефектологи, социальные педагоги, инструкторы по ЛФК, воспитатели, педагоги дополнительного образования и тьюторы (педагоги сопровождения), а также медицинский персонал учреждения. Часто их работа идет по принципам «чем больше, тем лучше» и «все сразу вместе», причем каждый из них озадачен прежде всего максимально полным выполнением своего объема работ, зачастую вне зависимости от того, что делают остальные. Координация усилий специалистов, сборка всех в единую слаженную команду есть собственно задача консилиумных обсуждений и деятельности координатора по инклюзии, как председателя консилиума. Это требует от него особых управленческих навыков, знаний в смежных областях знаний, умения создать конструктивную атмосферу в деятельности консилиума³⁰.

Реализация принятых на ПМПк решений.

Необходимо ознакомить родителей (законных представителей) ребенка с ОВЗ с результатами работы ПМПк в виде понятного для них заключения. Именно председатель консилиума часто совместно с педагогом или воспитателем ребенка обсуждают с родителями все интересующие или непонятные им моменты, связанные с содержательными и организационными вопросами. В то же время следует помнить, что каждый специалист обязан проконсультировать родителей по результатам собственного обследования и дать ясные и понятные рекомендации по

²⁹ Там же.

³⁰ Инклюзивное образование. Выпуск 2. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. М., 2010.

развитию, воспитанию ребенка в сфере своей компетенции, опираясь на решение консилиума. Точно так же каждый специалист может в доступной краткой форме предоставить родителям информацию о вероятностном прогнозе адаптации ребенка, предполагаемой динамике его состояния.

Далее следует реализация решений консилиума в плане коррекционно-развивающей работы с ребенком с ОВЗ, динамическое наблюдение специалистами за ходом обучения и адаптации ребенка в среде сверстников. В обобщенном виде этапы работы ПМПк представлены в таблице.

Таблица 1
Этапы создания и организации деятельности ПМПк
общеобразовательного учреждения

| Этап | Название этапа | Содержание деятельности этапа | Документация данного этапа | Ответственные |
|------|-------------------|--|--|---|
| 1. | Организационный | Организация деятельности психолого-медико-педагогического консилиума в образовательном учреждении. | 1. Приказ по образовательному учреждению о создании ПМПк. 2. Положение о ПМПк. 3. График работы ПМПк образовательного учреждения. | Директор образовательного учреждения. Председатель ПМПк. |
| 2. | Предварительный. | 1. Определение запроса инициатора обращения. 2. Составление договора между образовательным учреждением и родителями (законными представителями) ребенка. 3. Заполнение журнала записи детей на ПМПк. | 1. Договор между образовательным учреждением в лице руководителя образовательного учреждения и родителями (законными представителями) ребенка о психолого-медико-педагогическом обследовании и сопровождении. 2. Журнал записи детей на ПМПк. | Председатель ПМПк образовательного учреждения. |
| 3. | Подготовительный. | Индивидуальное обследование ребенка специалистами консилиума. | 1 График консультирования специалистов. 2 График | Специалисты консилиума. |

| | | | | |
|----|---|--|---|---|
| | | Уточнение и дополнение анамнестических данных ребенка. Анализ документов, предоставленных родителями ребенка (характеристика из дошкольного образовательного учреждения, заключения специалистов других учреждений и т. д.). | обследования специалистами ребенка. 3. Индивидуальный план обследования ребенка: педагогического, психологического, логопедического, медицинского. | |
| 4. | Индивидуальное обследование ребенка специалистами консилиума. | Индивидуальное обследование ребенка специалистами консилиума. | Индивидуальные заключения всех специалистов консилиума и педагогическая характеристика педагога. | Психолог, логопед, учитель, дефектолог, медицинский работник. |
| 5. | Коллегиальное обсуждение: определение образовательного маршрута и коррекционной помощи. | Выработка единого представления о характере и особенностях развития ребенка, о прогнозе его развития. Обсуждение комплекса коррекционно-развивающих мероприятий. Разработка индивидуального образовательного маршрута ребенка. | 1 Протокол консилиума. 2 Коллегиальное заключение. 3 Рекомендации специалистов участникам образовательного процесса. | Все члены консилиума. |
| 6. | Согласование деятельности специалистов по коррекционно-развивающей работе | Координация деятельности специалистов в ситуации совместного сопровождения ребенка. Согласование решений консилиума с законными представителями ребенка. | Карта развития ребенка Планы коррекционно-развивающих мероприятий всех специалистов консилиума. | Куратор ребенка и все специалисты консилиума. |
| 7. | Реализация рекомендаций консилиума. | Проведение коррекционно-развивающих мероприятий специалистами консилиума согласно | Журнал учета индивидуальных и групповых занятий Журнал | Специалисты консилиума. |

| | | | | |
|----|--|--|---|------------------------|
| | | скоординированному плану. | консультаций | |
| 8. | Оценка эффективности коррекционно-развивающей работы | Оценивается изменение состояния ребенка и необходимость дальнейшей работы с ним. | Карта динамики развития ребенка (или «Дневник динамического наблюдения»). | Специалисты консилиума |

Можно говорить о плановых и внеплановых консилиумах в образовательном учреждении. Соответствующее разделение консилиумного процесса приводится и в положении о консилиуме образовательного учреждения³¹.

Плановый консилиум, как правило, проводится два раза в учебном году. Первый – в начале учебного года или на момент поступления ребенка с ОВЗ в образовательное учреждение, второй – ближе к концу учебного года. Плановый консилиум решает следующие задачи:

1) Разработка тактических задач сопровождения ребенка с ОВЗ в условиях конкретного образовательного учреждения на психолого-медико-педагогическом уровне.

2) Выработка согласованных решений по определению образовательного коррекционно-развивающего маршрута и дополнительных программ развивающей или коррекционной работы.

3) Анализ результатов на основании динамического наблюдения за состоянием ребенка; коррекция ранее намеченной программы.

Внеплановый консилиум проводится по результатам промежуточного обследования в том случае, если отмечается явно недостаточная или отрицательная динамика развития или социальной адаптации ребенка с ОВЗ, его обучения в целом. Поводом для внепланового консилиума является выяснение или возникновение новых обстоятельств, влияющих на обучение и развитие ребенка (например, продолжительная болезнь ребенка). Задачами внепланового консилиума являются:

1) Изменение направления ранее проводимой коррекционно-развивающей работы в случае ее неэффективности.

2) Решение вопроса о принятии каких-либо необходимых экстренных мер по выявившимся обстоятельствам.

Литература

1. Инклюзивное образование. Выпуск 2. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. М., 2010.

³¹ Инструктивное письмо МО РФ № 27/901-6 от 27.03.2000 г. «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательных учреждений».

2. Инклюзивное образование в России. М., 2011.
3. Инструктивное письмо МО РФ № 27/901-6 от 27.03.2000 г. «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательных учреждений». edu.of.ru/attach/17/19769/ppt
4. Положение о реализации инклюзивной практики в классах ГБОУ СОШ № 1321 «Ковчег» города Москвы. covcheg.1321.com
5. Рекомендации по организации и содержанию деятельности школьного психолого-медико-педагогического консилиума: Методическое пособие для руководителей образовательных учреждений, специалистов психолого-медико-педагогических консилиумов). / Составители: Э.М. Александровская, И.В. Коновалова М., 2006.

Методическое письмо Министерства образования РФ от 27.03.2000 г. № 27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения»

1. ПМПк является одной из форм взаимодействия специалистов образовательного учреждения, объединяющихся для психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии и/или состояниями декомпенсации.

2. ПМПк может быть создан на базе образовательного учреждения любого типа и вида независимо от организационно-правовой формы приказом руководителя образовательного учреждения при наличии соответствующих специалистов.

3. Общее руководство ПМПк возлагается на руководителя образовательного учреждения.

4. ПМПк образовательного учреждения в своей деятельности руководствуется уставом образовательного учреждения, договором между образовательным учреждением и родителями (законными представителями) обучающегося, воспитанника, договором между ПМПк и ПМПК.

5. Примерный состав ПМПк: заместитель руководителя образовательного учреждения по учебно-воспитательной работе (председатель консилиума), учитель или воспитатель дошкольного образовательного учреждения (ДОУ), представляющий ребенка на ПМПк, учителя (воспитатели ДОУ) с большим опытом работы, учителя (воспитатели) специальных (коррекционных) классов/групп, педагог-психолог, учитель-дефектолог и/или учитель-логопед, врач-педиатр (невропатолог, психиатр), медицинская сестра.

6. Целью ПМПк является обеспечение диагностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии и/или состояниями декомпенсации исходя из реальных возможностей образовательного учреждения и в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья обучающихся, воспитанников.

7. Задачами ПМПк образовательного учреждения являются:

– выявление и ранняя (с первых дней пребывания ребенка в образовательном учреждении) диагностика отклонений в развитии и/или состояний декомпенсации;

– профилактика физических, интеллектуальных и эмоционально-личностных перегрузок и срывов;

– выявление резервных возможностей развития;

– определение характера, продолжительности и эффективности специальной (коррекционной) помощи в рамках имеющихся в данном образовательном учреждении возможностей;

– подготовка и ведение документации, отражающей актуальное развитие ребенка, динамику его состояния, уровень школьной успешности.

8. Специалисты, включенные в ПМПк, выполняют работу в рамках основного рабочего времени, составляя индивидуальный план работы в соответствии с реальным запросом на обследование детей с отклонениями в развитии и/или состояниями декомпенсации. Специалистам может быть установлена доплата за увеличение объема работ, размер которой в соответствии со ст. ст. 32 и 54 Закона Российской Федерации «Об образовании» определяется образовательным учреждением самостоятельно. С этой целью необходимые ассигнования для оплаты труда специалистов за работу в составе ПМПк следует планировать заблаговременно.

9. Обследование ребенка специалистами ПМПк осуществляется по инициативе родителей (законных представителей) или сотрудников образовательного учреждения с согласия родителей (законных представителей) на основании договора между образовательным учреждением и родителями (законными представителями) обучающихся, воспитанников. Медицинский работник, представляющий интересы ребенка в образовательном учреждении, при наличии показаний и с согласия родителей (законных представителей) направляет ребенка в детскую поликлинику.

10. Обследование проводится каждым специалистом ПМПк индивидуально с учетом реальной возрастной психофизической нагрузки на ребенка.

11. По данным обследования каждым специалистом составляется заключение и разрабатываются рекомендации.

12. На заседании ПМПк обсуждаются результаты обследования ребенка каждым специалистом, составляется коллегиальное заключение ПМПк.

13. Изменение условий получения образования (в рамках возможностей, имеющихся в данном образовательном учреждении) осуществляется по заключению ПМПк и заявлению родителей (законных представителей).

14. При отсутствии в данном образовательном учреждении условий, адекватных индивидуальным особенностям ребенка, а также при необходимости углубленной диагностики и/или разрешения конфликтных и спорных вопросов специалисты ПМПк рекомендуют родителям (законным представителям) обратиться в психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПк).

15. Заседания ПМПк подразделяются на плановые и внеплановые и проводятся под руководством председателя.

16. Периодичность проведения ПМПк определяется реальным запросом образовательного учреждения на комплексное, всестороннее обсуждение проблем детей с отклонениями в развитии и/или состояниями декомпенсации; плановые ПМПк проводятся не реже одного раза в квартал.

17. Председатель ПМПк ставит в известность родителей (законных представителей) и специалистов ПМПк о необходимости обсуждения проблемы ребенка и организует подготовку и проведение заседания ПМПк.

18. На период подготовки к ПМПк и последующей реализации рекомендаций ребенку назначается ведущий специалист: учитель и/или классный руководитель, воспитатель ДОУ или другой специалист, проводящий коррекционно-развивающее обучение или внеурочную специальную (коррекционную) работу. Ведущий специалист отслеживает динамику развития ребенка и эффективность оказываемой ему помощи и выходит с инициативой повторных обсуждений на ПМПк.

19. На заседании ПМПк ведущий специалист, а также все специалисты, участвовавшие в обследовании и/или коррекционной работе с ребенком, представляют заключения на ребенка и рекомендации. Коллегиальное заключение ПМПк содержит обобщенную характеристику структуры психофизического развития ребенка (без указания диагноза) и программу специальной (коррекционной) помощи, обобщающую рекомендации специалистов; подписывается председателем и всеми членами ПМПк.

20. Заключения специалистов, коллегиальное заключение ПМПк доводятся до сведения родителей (законных представителей) в доступной для понимания форме, предложенные рекомендации реализуются только с их согласия.

21. При направлении ребенка на ПМПк копия коллегиального заключения ПМПк выдается родителям (законным представителям) на руки или направляется по почте, копии заключений специалистов направляются только по почте или сопровождаются представителем ПМПк. В другие учреждения и организации заключения специалистов или коллегиальное заключение ПМПк могут направляться только по официальному запросу.

Формы учета деятельности специалистов ПМПк

Журнал записи детей на ПМПк

| № п/п | Дата, время | Ф.И.О. ребенка | Дата рождения (число, месяц, год) | Пол | Инициатор обращения | Повод обращения | График консультирования специалистами |
|-------|-------------|----------------|-----------------------------------|-----|---------------------|-----------------|---------------------------------------|
|-------|-------------|----------------|-----------------------------------|-----|---------------------|-----------------|---------------------------------------|

Журнал регистрации заключений и рекомендаций специалистов и коллегиального заключения и рекомендаций ПМПк

| № п/п | Дата, время | Ф.И.О. ребенка | Дата рождения (число, месяц, год) | Пол | Проблема | Заключение специалиста или коллегиальное заключение ПМПк | Рекомендации | Специалист или состав ПМПк |
|-------|-------------|----------------|-----------------------------------|-----|----------|--|--------------|----------------------------|
|-------|-------------|----------------|-----------------------------------|-----|----------|--|--------------|----------------------------|

Карта (папка) развития обучающегося, воспитанника *Основные блоки*

1. «Вкладыши»:

— педагогическая характеристика;

— выписка из истории развития;

при необходимости получения дополнительной медицинской информации о ребенке медицинская сестра ПМПк направляет запрос в детскую поликлинику по месту жительства ребенка.

2. Документация специалистов ПМПк (согласно учрежденным формам):

— заключения специалистов ПМПк;

— коллегиальное заключение ПМПк;

— дневник динамического наблюдения с фиксацией:

времени и условий возникновения проблемы,

мер, предпринятых до обращения в ПМПк, и их эффективности,

сведений о реализации и эффективности рекомендаций ПМПк.

Приложение 3
к главе II разделу 2.2

Мониторинг обеспеченности ПМПк специалистами, осуществляющими психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся, воспитанников

| Специалисты | Количество ставок по штату | | Фактическое замещение (наличие реальных физических лиц) | | | | Необходимая потребность | |
|---|-------------------------------|--|--|--|---------------------------------|--|-------------------------------|--|
| | | | штатными работниками | | работниками по совместительству | | | |
| | в образовательных учреждениях | в том числе в учреждениях специального образования | в образовательных учреждениях | в том числе в учреждениях специального образования | в образовательных учреждениях | в том числе в учреждениях специального образования | в образовательных учреждениях | в том числе в учреждениях специального образования |
| педагог-психолог учитель-дефектолог учитель-логопед социальный педагог врач (указать специальность) мед. сестра другие специалисты (указать, какие) Итого: | | | | | | | | |