

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Центр защиты прав и интересов детей»
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Московский государственный психолого-педагогический университет»
Институт проблем инклюзивного образования

Обследование детей с социальной депривацией
(воспитывающихся в семьях опекунов
(попечителей), приемных семьях,
организациях для детей-сирот и детей,
оставшихся без попечения родителей)

Методические рекомендации для специалистов
психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК)

Москва
2018

УДК 159.922.76:616.89
ББК 88.48
О25

Вакорина Людмила Юрьевна

педагог-психолог, руководитель федерального центра психолого-медико-педагогической комиссии ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»

Семаго Михаил Михайлович

кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник Института проблем инклюзивного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Юдилевич Алексей Яковлевич

дефектолог-консультант Отделения социально-психологической адаптации лечебно-диагностического медицинского центра «САКАРА» (город Орел), специальный психолог ЧУСО для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей «Детская деревня – SOS Лаврово» (Орловская область), консультант АНО «Институт социального проектирования в поддержку семьи и детства» (город Санкт-Петербург), заслуженный учитель Российской Федерации

О25 Обследование детей с социальной депривацией (воспитывающихся в семьях опекунов (попечителей), приемных семьях, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей): методические рекомендации для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) / М.М. Семаго, А.Я. Юдилевич. М. : ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018. 42 с.

ISBN 978-5-94051-189-2

В методических рекомендациях изложена процедура обследования детей с социальной депривацией (воспитывающихся в семьях опекунов (попечителей), организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также в приемных семьях), представлен рекомендуемый для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий инструментарий, в том числе педагогический.

Рассмотрены вопросы психолого-педагогического сопровождения приемной семьи в условиях психолого-педагогических и медико-социальных центров.

Адресованы специалистам психолого-медико-педагогических комиссий.

ISBN 978-5-94051-189-2
УДК 159.922.76:616.89
ББК 88.48

© Вакорина Л.Ю., 2018.

© Семаго М.М., 2018.

© Юдилевич А.Я., 2018.

© ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018.

Содержание

Введение.....	5
1. Нормативно-правовые аспекты, основные научные подходы, логика, содержание и порядок проведения процедуры обследования детей с социальной депривацией и рабочий инструментарий.....	6
1.2 Основные научные подходы к изучению депривационного синдрома и последствий воздействия депривации и тяжелых психотравмирующих факторов на развитие детей и подростков	8
1.3 Рекомендуемый порядок и инструментарий обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК.....	14
1.3.1 <i>Сроки и основные причины представления детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК.....</i>	<i>14</i>
1.3.3 <i>Принципы обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК.....</i>	<i>17</i>
1.3.4 <i>Порядок обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК.....</i>	<i>21</i>
1.3.5 <i>Пример заключений специалистов ПМПК и определения специальных образовательных условий с использованием педагогического инструментария</i>	<i>22</i>
2. Диагностический инструментарий для обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.....	25
3. Принципы, содержание, алгоритм, формы и методы психолого-педагогического сопровождения семей, принявших на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	26
3.1 Принципы и содержание психолого-медико-педагогического сопровождения семей.....	27

3.2 Алгоритм разработки рекомендаций ПМПк (в рамках ее компетенции) по организации сопровождения ребенка и его приемной семьи специалистами ППМС-центров и ПМПк образовательных организаций	28
Заключение	30
Список литературы	32

*Привязанность и утрата находятся в сердце всей
работы по защите прав детей-сирот
Вера Фальберг (V. Fahlberg, 1981)*

Введение

Настоящие методические рекомендации разработаны для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) (руководителей ПМПК, педагогов-психологов, учителей-дефектологов (олигофренопедагогов, сурдо- и тифлопедагогов), учителей-логопедов, социальных педагогов), обеспечивающих организацию и проведение обследования детей, развивающихся (или ранее длительно развивавшихся) в условиях полной или частичной материнской (социальной, психологической) депривации (воспитывающихся в семьях опекунов (попечителей), приемных семьях, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) *(далее – приемная семья, организация для детей-сирот, дети-сироты, ребенок)*.

В этом пособии представлены рекомендации по организации обследования данной категории детей, примерный диагностический инструментарий, обязательный для комплексного обследования на ПМПК, позволяющий учитывать особенности детей с социальной депривацией и избежать диагностических ошибок и возникновения трудностей при их обследовании. Это обеспечит оптимальные условия для разработки и определения соответствующего образовательного маршрута и позволит сформулировать рекомендации ПМПК педагогам и специалистам образовательных организаций, законным представителям для организации обучения, воспитания, развития и социальной адаптации в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка.

Настоящие методические рекомендации также содержат **материалы, освещающие принципы, алгоритм, содержание, формы и методы психолого-педагогического сопровождения приемной семьи в условиях психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (ППМС-центров)**.

1. Нормативно-правовые аспекты, основные научные подходы, логика, содержание и порядок проведения процедуры обследования детей с социальной депривацией и рабочий инструментарий

О необходимости реализации особых подходов при обследовании на ПМПК детей-сирот, а также в ситуации разработки комиссиями рекомендаций по организации обучения, воспитания, специальной коррекционно-развивающей работы с ними неоднократно высказывались многие ученые, практики и СМИ [Ж-л «Русский репортер», 2018; 8], а также общественные организации [РОО «Право ребенка»; 22]. В связи с этим выделим вопрос о понимании сути такого рода работы, определим ключевые понятия проблемы обследования детей с социальной депривацией и их юридические дефиниции.

1.1 Ключевые понятия проблемы обследования детей с социальной депривацией и их юридические дефиниции

Согласно ст. 1 Федерального закона «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ (ред. от 07.03.2018)):

- дети-сироты – это лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель;
- дети, оставшиеся без попечения родителей, – это лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного родителя или обоих родителей в связи с лишением их родительских прав, ограничением их в родительских правах, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), объявлением их умершими, установлением судом факта утраты лицом попечения родителей, отбыванием родителями наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, нахождением в местах содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, уклонением родителей от воспитания своих детей или от защиты их прав и интересов, отказом родителей взять своих детей из образовательных организаций, медицинских организаций, организаций, оказывающих социальные услуги, а также в случае, если единственный родитель или оба родителя неизвестны, в иных случаях признания детей оставшимися без попечения родителей в установленном законом порядке.

Нормативно-правовое регулирование правового статуса детей-сирот, в части обеспечения их прав на доступное качественное образование и наилучшие

условия личностного развития и социальной адаптации, предусматривают следующие нормативно-правовые акты:

- Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г.; вступила в силу для СССР 15 сентября 1990 г.). Ст. 20 (ч. 1);
- Конституция Российской Федерации (с учетом поправок, внесенных законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ). Ст. 43;
- Семейный кодекс Российской Федерации (СК РФ) (ред. от 03.08.2018) // СЗ РФ. 1996. № 1. Ст. 16;
- Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) (ГК РФ) (ред. от 03.08.2018) // СЗ РФ. 1994. № 32. Ст. 3301;
- Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» // СЗ РФ. 1996. № 52. Ст. 5880;
- Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ (ред. от 31.12.2017) «Об опеке и попечительстве» // СЗ РФ. 2008. № 17. Ст. 1755;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 г. № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» (вместе с «Положением о деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей») // СЗ РФ. 2014. № 22. Ст. 2887; и др.

Опека – форма устройства малолетних граждан (не достигших возраста четырнадцати лет несовершеннолетних граждан) и признанных судом недееспособными граждан, при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (опекуны) являются законными представителями подопечных и совершают от их имени и в их интересах все юридически значимые действия.

Попечительство – форма устройства несовершеннолетних граждан в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет и граждан, ограниченных судом в дееспособности, при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (попечители) обязаны оказывать несовершеннолетним подопечным содействие в осуществлении их прав и исполнении обязанностей, охранять несовершеннолетних подопечных от злоупотреблений со стороны третьих лиц, а также давать согласие совершеннолетним подопечным на совершение ими действий в соответствии со ст. 30 Гражданского кодекса Российской Федерации (ст. 2 Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»).

Опека и попечительство над несовершеннолетними устанавливаются также в целях их воспитания. Соответствующие этому права и обязанности опекунов и попечителей определяются семейным законодательством (ГК РФ, ст. 31).

Приемная семья – опека или попечительство над ребенком или детьми, которые осуществляются по договору о приемной семье, заключаемому между органом опеки и попечительства и приемными родителями или приемным родителем, на срок, указанный в этом договоре (СК РФ, ст. 152).

Определив ключевые понятия проблемы обследования детей с социальной депривацией и их юридические дефиниции, нам необходимо выделить основные научные подходы к изучению депривационного синдрома, пониманию последствий воздействия разных факторов на развитие ребенка, отнесенного к этой категории.

1.2 Основные научные подходы к изучению депривационного синдрома и последствий воздействия депривации и тяжелых психотравмирующих факторов на развитие детей и подростков

Особенности психологического, физического, социального развития детей-сирот явились предметом многочисленных исследований в России и за рубежом. Вопросы психического развития, психологического здоровья рассматриваются в трудах психологов Дж. Боулби [3], Й. Лангмейера и З. Матейчека [14], М.И. Лисиной [15], А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых [27], Р.Ж. Мухамедрахимова [20], В.Н. Ослон [26] и мн. др.

Проблемы соматического и психического здоровья детей-сирот освещаются в работах врачей М. Раттера [39], Д. Джонсона [38], В.Е. Кагана, В.М. Башиной [2], М.О. Проселковой, Г.В. Козловской [11; 12; 13] и др.

Классическое определение феномена психической депривации приводится в работе Й. Лангмейера и З. Матейчека «Психическая депривация в детском возрасте (1984): *Психическая депривация является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени* [14, с. 19].

Основные механизмы формирования психики детей, находившихся в условиях полной либо частичной материнской (социальной, социально-психологической) депривации, с позиций большинства современных исследователей, рассматриваются в контексте их связи с особенностями (дефицитами и искажениями) формирования привязанности к матери (лицу, постоянно осуществляющему заботу и уход за ребенком).

Психоаналитик и психиатр Джон Боулби дает следующее определение привязанности: *Привязанность (attachment) – это инстинктивное поведение ребенка, а также любая форма поведения, результатом которой является приобретение или сохранение близости с «объектом привязанности», которым обычно является человек, оказывающий помощь* [3, с. 94].

Современный исследователь феномена привязанности канадский психолог Гордон Ньюфелд, развивая представления Дж. Боулби и его последователей, показывает, что по мере роста и развития ребенка привязанность не уменьшается, но трансформируется за счет углубления, нахождения новых способов ощущать себя рядом, для того чтобы в меньшей степени зависеть от физического присутствия/отсутствия объекта привязанности [23].

Депривация (как полная, так и частичная), хроническое пренебрежение нуждами ребенка и отсутствие должной заботы, жестокое обращение, потери (смерть и уход близких), разрушение привязанностей с последующими перемещениями в детском возрасте, по мнению В.В. Ковалева [10], В.С. Мухиной [21], Н.В. Вострокнутова [5], В. Фальберг (V. Fahlberg) [37] и др., являются серьезными психотравмирующими ситуациями патогенного характера для ребенка (подростка) [34].

В.В. Ковалев [10] одним из первых в отечественной психиатрии, наряду с прочими психотравмирующими ситуациями, стал выделять депривационный фактор. Приведем его классификацию психических травм:

1. шоковые психические травмы (нападение животного, появление чужого, удар грома);
2. психотравмирующие ситуации, относительно кратковременные, но психологически очень значимые для ребенка (утрата или болезнь одного из родителей, ссора со сверстниками и т.п.);
3. хронически действующие психотравмирующие ситуации, затрагивающие основные ориентации ребенка (семейные конфликты, противоречивое и деспотическое воспитание, неуспеваемость и т.п.);
4. факторы эмоциональной депривации (хронический недостаток ухода, заботы, ласки и т.п.) [10, с. 1389].
5. Последствия хронической психической травмы, психической депривации в детском возрасте всегда неблагоприятны для дальнейшего развития.

Так, психотравмирующие воздействия в раннем возрасте могут впоследствии привести к стойким расстройствам физического и психического здоровья с чертами первазивности, как, в частности, при депривационном, или психогенном, параутизме, описанном в исследованиях психиатров Г.В. Козловской и М.О. Проселковой [11], В.М. Башиной [2], А.С. Тиганова [33] и др., у детей 3–4 лет, лишенных матери, длительно воспитывающихся в дисфункциональной семье или в детском доме.

Такого рода расстройство наиболее оформленно проявляется к первому физиологическому кризисному периоду (2,5–4 года) в изменении общения, недостаточности коммуникативных функций, нарушении становления речи, моторных навыков и к тому же сочетается с определенными нарушениями социализации, т.е. по сути охватывает нарушения всех функциональных сфер организма (первазивность) [2, с. 50–51].

Поведение многих детей, находящихся в организациях для детей-сирот, в целом может напоминать таковое при расстройствах аутистического спектра (РАС), однако в отличие от них, дети с психогенным аутизмом при активной стимуляции, своевременном помещении в приемные семьи оказываются способными к обучению, подражанию, коммуникации. У них, как правило, впоследствии не обнаруживается патологического негативизма, стереотипности и парадоксальности реакций [33].

При хроническом отсутствии матери (или лица, постоянно осуществляющего уход и заботу) у этих детей, естественно, не формируется система (диада) «мать-дитя», даже если в организации, где они воспитываются, создаются условия пребывания, «приближенные к семейным». Эмоциональная сфера таких детей недоразвита. У них возможно развитие депрессивных состояний с плаксивостью, соматическими жалобами, сенестоалгиями (тягостными психогенными внутренними ощущениями, не имеющими органической природы), адинамией и астенией, которые создают дополнительную основу для измененного эмоционального реагирования.

Такого рода парааутистические расстройства обычно приводят к вторичной задержке умственного развития, ухудшению состояния при наличии органически обусловленных расстройств (при тотальных и парциальных нарушениях когнитивной сферы, речевых, двигательных или сенсорных расстройствах).

В исследованиях Л.Ю. Александровой [1] показано, что к 2-летнему возрасту у большинства детей, воспитывавшихся в условиях полной материнской депривации, отмечались устойчивые проявления речевого негативизма (нежелание повторить слово по настойчивой просьбе взрослого), затруднения в освоении антиципирующего аспекта речи. Большинство детей имели в активном словаре лишь несколько слов, однако среди них ямбически организованные слова отсутствовали. Имелся значительный разрыв между пассивным и активным словарем. К двум с половиной годам дети только начинали пользоваться фразовой речью, для них была характерна шаблонность использования ритмических моделей предложений. Манifestно проявлялись трудности освоения лексико-грамматических и прагматических средств языка. Среди речевой продукции детей преобладали звукоподражания и слова крайне искаженной слогоритмической структуры. Понимание речи было значительно затруднено и жестко зависело от речевой ситуации и степени «знакомости» речи говорящего взрослого. Одна и та же речевая конструкция не понималась или понималась неточно или правильно в зависимости от того, была ли она произнесена «чужим» взрослым в непривычной ситуации, «чужим» взрослым в привычной ситуации, близким (знакомым) взрослым в непривычной ситуации или близким взрослым в привычной ситуации.

К трем годам отставание темпов речевого развития было значительным. Отмечались: снижение стремления к речевому подражанию близкому взрослому; задержка потребности сообщить о своих нуждах с помощью словесных знаков;

трудности освоения лексико-грамматических и прагматических средств языка. Было выявлено отсутствие или недостаточность ямбически организованных двусложных слов (преобладали хорейчески организованные двусложные слова). Отмечалось запаздывание фразовой речи, задержка овладения различными ритмическими моделями предложений, задержка практического усвоения системы падежей [1, с. 15, 16].

По мере взросления ребенка-сироты (даже в условиях организации для детей-сирот) парааутистический синдром, задержки в речевом развитии, как правило, претерпевают частичное обратное развитие. С запозданием и своеобразием формируется речь, расширяются способности к общению, реже возникают депрессивные состояния. Но вместе с тем все более отчетливо проступают особенности личности, эмоциональная незрелость, затруднения в установлении межличностных связей (как с взрослыми, так и со сверстниками), недостаточная способность к сопереживанию (эмпатии) и сниженная мотивация к труду (часто с рентными установками). Вместе с проявлениями задержки умственного развития пограничного уровня это формирует своеобразный дефицитарный тип личности [33].

В связи с этим можно также говорить о явлениях психосоциально обусловленной асинхронии развития ребенка, развивавшегося в условиях психической депривации и/или пренебрежения, жестокого обращения.

Задержке и искажению, как правило, в большей степени подвергаются те сферы психики, сенситивный период развития которых приходится на неблагоприятные периоды жизни ребенка. Это приводит к резкой диспропорции и асинхронии в формировании сфер психики, становление которых в норме происходит относительно равномерно (с явлениями физиологически обусловленной гетерохронии).

К примеру, здоровый 9-летний ребенок из семьи физически, социально, интеллектуально, эмоционально соответствует уровню так называемого условного (статистического) социально-психологического возрастного норматива (СПН), характерного для 9-го года развития. Если представить важнейшие сферы и критерии его физического, психического, социокультурального развития в виде лепестковой диаграммы, то в идеале каждая из лепестковых шкал будет соответствовать 9-летнему условно-возрастному уровню и форма диаграммы будет приближаться к геометрически правильному многоугольнику.

У детей с неблагополучным развитием в условиях депривации негативный жизненный опыт приводит к тому, что в некоторых сферах их развитие соответствует возрасту, в других – опережает, а в третьих – значительно отстает от нормы либо искажается, т.е. из целостного и относительно равномерного становится «мозаичным», асинхронным.

Если обозначить соответствие каждого из исследуемых критериев развития ребенка условному показателю «возраст развития», то в графическом

представлении структура развития ребенка-сироты может выглядеть следующим образом (см. рисунок).



Рис. Диаграмма социально обусловленной асинхронии развития ребенка 9 лет с синдромом психической депривации

На диаграмме обозначены парциальные задержки по многим важнейшим критериям развития. При внимательном анализе (это обозначено пунктиром и стрелками) обычно заметны черты амбивалентности: сочетания парциальных акселерации и ретардации в структуре отдельных способностей. К примеру, при явном дефиците самообслуживания, бытовых умений, навыков делового и игрового взаимодействия с ровесниками и близкими взрослыми у такого ребенка могут быть патологически гипертрофированы (с элементами искажения) способности к социальной адаптации и выживанию в любых условиях при наличии несвойственных возрасту способов коммуникации с взрослыми и детьми (обмана, манипуляций, воровства, психологического давления и т.п.). Наряду с чертами искажений (амбивалентности) и дезинтегративности в развитии у таких детей часто могут наблюдаться признаки дисгармонии по экстра- либо интрапунитивному типу.

Образовательная депривация детей-сирот

Воспитываясь в дисфункциональных семьях, дети часто не имеют возможности получить доступное образование и необходимую коррекционную помощь в раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте. Пренебрегающие их интересами родители не учат их совместной игре, не развивают предметную деятельность, не формируют бытовые умения, не прививают любовь к книгам, изобразительному творчеству, музыке и т.п.

Явления образовательной депривации (значительное несоответствие когнитивных возможностей актуальному образовательному уровню) могут наблюдаться и у детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот. Механизм формирования образовательной депривации определяется двумя группами факторов: внешними (связанными с неблагоприятной социально-образовательной ситуацией развития) и внутренними (связанными с особенностями формирования мотивационно-потребностной сферы, своеобразием иерархии мотивов). В иерархии человеческих потребностей (см. работы А. Маслоу [18] и ряда других авторов) потребность в получении образования не может стать актуальной, пока не будут на необходимом и достаточном уровне реализованы «ниже расположенные в пирамиде» – физиологически и витально значимые потребности: достаточное питание (отсутствие голода, жажды и т.п.), безопасность (минимальный комфорт, постоянство условий жизни), социальные связи (общение, привязанность, забота, любовь, внимание других, совместная деятельность и др.).

Другими словами, голодный ребенок с патологически сформированной привязанностью, растущий в условиях хронической социальной депривации, при недостатке индивидуального внимания и любви, не чувствующий себя в безопасности, очевидно не может испытывать и адекватно реализовать потребности в образовании.

Сформированная в условиях ранней депривации, нестабильности и небезопасности ближайшего психосоциального окружения дефицитарность познавательной мотивации и активности детей-сирот (при первично сохранном интеллекте) часто определяет все дальнейшие проблемы в их обучении.

Ведущими этиологическими факторами, определяющими особую уязвимость детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, являются:

- наследственные (генетические и хромосомные) заболевания, наличие и тяжесть которых у детей часто побуждает родителей к отказу, оставлению их в лечебных организациях, организациях для детей-инвалидов;
- экзогенно-органические факторы – внутриутробные инфекционные заболевания матерей, недостаточно полноценное питание в период беременности, связанное с особенностями социального статуса, невысоким достатком, курение, употребление психоактивных веществ, алкоголя (к примеру, систематическое употребление алкоголя матерью в период беременности обуславливает у детей развитие тяжелого расстройства – фетального алкогольного синдрома, ФАС), психологические переживания (также провоцирующие злоупотребление алкоголем). Так, по данным ВОЗ и ряда российских исследователей [16], у детей раннего возраста, воспитывающихся в организациях для детей-сирот, частота встречаемости ФАС статистически значимо выше, чем у их сверстников, находящихся в родных семьях;
- интегративное влияние неблагоприятных социально-психологических факторов (психическая и образовательная депривация, безнадзорность, хронич-

ческое пренебрежение нуждами, жестокое отношение, горе, потери, перемещения и др.) [6].

Более подробно об особенностях развития детей, воспитывающихся в различных формах долговременной опеки и организациях для детей-сирот, можно узнать из научной литературы, представленной в конце этого текста.

Рассмотрев сущность основных научных подходов к изучению депривационного синдрома, выделив последствия воздействия разных факторов на развитие ребенка, отнесенного к изучаемой категории, мы обеспечили тот контекст, который позволяет не только понимать суть проблемы, но и перейти к конкретным рекомендациям.

1.3 Рекомендуемый порядок и инструментарий обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК

1.3.1 Сроки и основные причины представления детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК

ПМПК обследуют детей-сирот как в плановом порядке, так и по обращениям (заявкам) законных представителей.

Плановые обследования, как правило, проводятся:

1. при переводе детей из медицинской организации (Дом ребенка) в образовательные организации для детей-сирот либо в организации для детей-сирот, оказывающие социальные услуги, по достижении 4–5-летнего возраста;
2. при поступлении детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот, в школу (по достижении 7-летнего возраста);
3. при переходе детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот, с этапа начального общего образования на этап основного общего образования (в 5-й класс);
4. при переводе детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот, завершивших обучение по ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), а также вариантам адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) 1.3, 2.3, 3.3, 4.3, 6.3, 8.3, в профессиональные образовательные организации.

В других случаях дети-сироты обследуются на ПМПК по мере необходимости – по заявкам законных представителей (организаций для детей-сирот, организаций социального обслуживания населения, приемных родителей, а также в соответствии с направлениями учреждений МСЭ).

Для обследования на ПМПК могут направляться дети-сироты – воспитанники стационарных организаций (отделений) социального обслуживания для детей-инвалидов для определения образовательных возможностей (в случаях, если обнаруживается положительная динамика в их развитии и появляются перспек-

тивы изменения образовательного маршрута), а также при установлении инвалидности (переосвидетельствованиях) по направлениям учреждений МСЭ.

В ряде случаев для психолого-медико-педагогического обследования на ПМПК представляются дети-сироты при передаче в приемные семьи по заявкам органов опеки и попечительства.

Особенно сложными для разрешения, как показывает опыт, бывают случаи, когда необходимо обследовать на ПМПК подростков из неблагополучных семей, переданных органами опеки и попечительства в приемные семьи или организации для детей-сирот, с запросом по установлению статуса ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и определению необходимости обучения по АООП, создания особых образовательных условий. Часто оказывается, что при первично сохранном интеллекте уровень академической подготовки, сформированность ключевых образовательных компетенций таких детей крайне низки (вследствие образовательной депривации). У них часто наблюдаются серьезные расстройства поведения, эмоциональной сферы (как последствия посттравматического стрессового расстройства, вызванного изъятием из семьи, смертью или тяжелой болезнью родственников, длительным пренебрежением и/или жестоким обращением, сексуальным насилием, хронической безнадзорностью, недоеданием и т.п.). Многие из таких детей по возрасту должны обучаться в 7–9-х классах, т.е. уже на этапе завершения основного общего образования и подготовки к прохождению ОГЭ. ПМПК должна в таких случаях рекомендовать систему эффективного комплексного сопровождения трудного подростка, в которую входят психокоррекционные, медицинские, социальные и педагогические мероприятия. Однако явный дефицит времени на восполнение образовательных дефицитов (перед ПМПК уже практически взрослый человек!), наличие стойких сформировавшихся особенностей эмоционально-волевой и потребностной сфер, психологических установок и поведенческих стереотипов подростка часто существенно затрудняют реализацию таких программ помощи.

1.3.2 Обзор причин появления диагностических ошибок и возникновения вероятных трудностей при обследовании детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК

Разработанные и внедряемые в настоящее время алгоритмы комиссионного обследования детей на ПМПК, основанные на реализации принципов междисциплинарного подхода, ролевой и содержательной распределенности деятельности каждого из специалистов комиссии [24; 25], являются оптимальными и достаточно надежными в диагностической работе как с детьми из обычных (кровных) семей, так и с детьми, воспитывающимися в приемных семьях и организациях для детей-сирот.

В рамках профессионального подхода каждого из специалистов ПМПК (психолога, дефектолога, логопеда, социального педагога, врача) существует и чаще всего реализуется возможность анализа важнейших сфер развития ребенка:

регуляторно-волевой, когнитивной, аффективно-эмоциональной. Система критериальной оценки сформированности основных показателей развития ребенка на ПМПК [24; 25; 29] позволяет оперативно реализовать всестороннее, «объемное» видение и понимание его проблем, проектирование оптимальных путей оказания помощи и организации сопровождения.

Однако при недостаточно гибком и адаптивном использовании протоколов (алгоритмов, последовательностей) психолого-медико-педагогического изучения на ПМПК детей-сирот, детей, переживших глубокую психологическую травму (в связи с полной или частичной психической депривацией, потерей, перемещением, длительным пренебрежением и/или жестоким обращением), возникает ряд рисков, недостаточный учет которых может привести к недостаточно точной и правильной квалификации структуры отклоняющегося развития и, соответственно, принятию ошибочных решений по созданию условий, необходимых для получения ребенком доступного и качественного образования.

Перечислим некоторые риски.

1. Если ребенок (подросток) менее одного года назад перенес состояние острого горя (в связи с утратой близких, изъятием из семьи, перемещением и т.п.), то у него высока вероятность наличия хронического посттравматического стрессового расстройства с перепадами (снижением) настроения, психосоматическими проблемами (по типу сенестоалгий), эмоциональной нестабильности, которые могут в значительной мере снижать когнитивную продуктивность, познавательную активность, мотивацию достижений. Существует риск гипердиагностики отклоняющегося развития.
2. У детей раннего, дошкольного, младшего школьного возраста с патологически сформировавшимися типами небезопасной привязанности (амбивалентный, избегающий, пассивный, дезориентированный) формируются малоэффективные паттерны исследовательского и коммуникативного поведения по отношению к незнакомым людям: активно-амбивалентное (недифференцированное, цепляющееся, с элементами формальности), пассивное, избегающее (страх, тревога), агрессивное (вызов). Это может существенно влиять на эффективность коммуникации, маскировать реальные познавательные возможности, имеющиеся знания и умения.
3. Обстановка комиссионного обследования (когда с ребенком пытаются взаимодействовать несколько специалистов, каждый из которых стремится задавать свои вопросы) может представиться небезопасной и пугающей, напомнить ребенку травмирующие ситуации изъятия его из семьи, допроса в полиции, в судебном заседании, комиссии по делам несовершеннолетних и т.п. В таком случае могут возникать сильные аффективные реакции (даже у подростков) с временным мутизмом, аутизацией, психосоматическими и иными реакциями, типичными для посттравматического стрессового расстройства. В таких случаях также возможна гипердиагностика.

4. Часто наблюдающиеся у детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот, сенсорно-дезинтегративные расстройства (измененная кожная, температурная и болевая чувствительность, нарушения проприорецепции, гравитационная неуверенность, измененная чувствительность к запахам, низкая избирательность внимания, слухового и зрительного восприятия) в условиях комиссионного обследования при большом стечении людей (необычно одетых, громко разговаривающих, обменивающихся замечаниями, пользующихся сильно пахнущими духами (одеколоном), прикасающихся (из наилучших побуждений) к голове, рукам, спине ребенка), при необходимости длительно сидеть спокойно (что часто требует повышенного контроля и ведет к перенапряжению мышц спины и воротниковой зоны) могут привести к сенсорной перегрузке и выраженному снижению продуктивности. В таких случаях также возможна неправильная диагностика.
5. Избирательность в общении и негативизм, сочетающиеся с низким психическим тонусом, часто свойственные детям-сиротам, могут приводить к трудностям в установлении контакта, отказам от общения, негативизму с намеренными ложными ответами на вопросы и нарочито неправильным выполнением заданий. Таким детям требуется достаточно много времени, для того чтобы вступить в полноценный продуктивный контакт с исследователем. В условиях ограниченности времени комиссионного обследования это также не способствует адекватной диагностике.

Серьезным (в данном случае уже профессионально-методическим) риском является недостаточно высокая компетентность и осведомленность членов ПМПК о психологии детей-сирот (детей с депривационным синдромом, посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), последствиями длительного жестокого обращения, пренебрежения и т.п.), отсутствие у специалистов опыта непосредственной работы с такими детьми.

Здесь же необходимо упомянуть важность наличия определенного баланса личностных особенностей специалистов ПМПК, ответственных за принятие решений (оптимальное соотношение высокой ответственности, способности к эмпатии и стрессоустойчивости, самообладания).

1.3.3 Принципы обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК

Наиболее эффективным в работе ПМПК с детьми-сиротами является описываемый и разрабатываемый в работах ряда исследователей [26] эколого-динамический подход. Эффективность этого подхода обосновывается такими его важными характеристиками, как экологическая и темпоральная (динамическая) ориентации.

Важность экологической ориентации обусловлена тем, что на формирование личности ребенка-сироты, на ее прошлое, настоящее и последующее развитие

оказывали, оказывают и будут оказывать влияние различные факторы жизненной среды (ее экологической системы): от непосредственного, ближайшего окружения (история жизни и деградации кровной семьи, воспитания ребенка в этой семье, изъятия его из родной, а впоследствии и из приемной семьи и т.п.) до более широкого социального контекста (история его институционализаций, перемещений из организации в организацию, пребывания в одной или нескольких приемных семьях, обучения в дошкольных и школьных образовательных организациях, проведение обследований на ПМПК и т.п.), и даже исторического контекста (истории и культурально-религиозных, иных особенностей кровной семьи, институций, и приемных семей, в которых находился и воспитывался ребенок).

Необходимость темпоральной (динамической) организации системы диагностических мероприятий и дальнейшего сопровождения обосновывается наличием асинхронии (диспропорциональности) развития, в той или иной степени присущей каждому ребенку с депривационным синдромом. Во время первичной (или даже нескольких последующих) диагностических сессий ПМПК часто не имеет ни временной, ни методической возможностей достаточно точно определить структуру отклоняющегося развития ребенка-сироты, надежно предсказать возможную динамику его дальнейшего развития (в силу ряда психогенных причин она чаще всего имеет волнообразный характер), рекомендовать адекватные стабильные образовательные условия. Только в ходе динамического наблюдения, по мере накопления сведений о ребенке, особенностях его личности, психосоматическом статусе, стрессоустойчивости и адаптационных возможностях, можно в определенной мере приблизиться к адекватной квалификации дизонтогенеза и определению оптимальных образовательных условий. В этот же период возможно построить систему сопровождения – консультирования приемных родителей, педагогов, специалистов, осуществляющих специальную психолого-педагогическую поддержку и психокоррекцию и др.

Ниже выделены основные принципы эколого-динамического подхода в обследовании и сопровождении ребенка-сироты на ПМПК.

1. Принцип компетентности, подразумевающий глубокие знания и понимание членами ПМПК психофизиологических особенностей детей с синдромом ранней материнской депривации, опытом длительного жестокого обращения (пренебрежения), с последствиями посттравматического стрессового расстройства. Опыт показывает, что наилучшие результаты при обучении специалистов (психологов, дефектологов, педагогов, врачей, управленцев) дают активные методы повышения квалификации (с элементами тренинга) по типу известной программы PRIDE*, предназначенной для приемных родителей

* Аббревиатуру PRIDE можно расшифровать как «возможности родителей для получения информации, развития и образования». Авторы программы, основываясь на анализе многолетнего опыта функционирования замещающих семей, пришли к выводу, что процесс подготовки и поддержки новых приемных семей и сохранения существующих –

и усыновителей, а также специалистов, работающих с детьми, оставшимися без попечения родителей. Серьезный опыт внедрения этой программы для обучения специалистов (в том числе и ПМПК) накоплен в Мурманской области (являющейся для этого проекта «пилотной»), а также других территориях Северо-Запада России: Ленинградской, Архангельской областях, Республике Карелии, Санкт-Петербурге.

2. Принцип системности, подразумевающий рассмотрение проблем ребенка с разных сторон, «объемно», понимая каждую отдельную трудность в развитии ребенка (к примеру, несформированность когнитивной сферы, речевые нарушения, недостаточность или отсутствие копинг-стратегий, недостаточное развитие регуляторной и коммуникативной сфер и т.п.) как свойство одного из элементов, определяющееся его местом в сложной иерархической структуре своеобразного мультифакторного дизонтогенеза.
 3. Принцип экологичности и безопасности как по отношению к самому ребенку, так и в отношении его ближайшего социального окружения (сущность этого принципа кратко формулируется: «Не навреди!»).
 4. Принцип адаптивности и вариативности процедуры обследования, в рамках которого члены ПМПК могут оперативно варьировать порядок диагностической работы, менять членов комиссии, которые непосредственно взаимодействуют с ребенком, привлекать для непосредственной работы (игр, тестирования) людей, которых ребенок знает и с которыми хорошо контактирует (действуя опосредованно через них), гибко использовать средства звуко- и видеозаписи, зеркало Гезелла (специально обработанное стекло, которое выглядит как зеркало с одной стороны и как затемненное стекло с другой) и т.п.
- Важно использовать адаптивный (как стандартный, так и игровой) принцип предъявления инструкции, предложенный нейропсихологом И.Ф. Марковской [17, с. 26]. Так, инструкция к заданию может предлагаться ребенку в нескольких вариантах: сначала в стандартной (как требуется в авторской версии методики), а затем, если качество работы ребенка неудовлетворительно или он не может понять инструкцию, – в игровой форме. По мнению автора, это обеспечивает не только эмоциональную стимуляцию, но и включение дополнительно речевого и смыслового опосредования действий. Результаты выполнения задания в этом случае, как правило, улучшаются, балльные оценки повышаются. Этот результат вносится в протокол исследования. Таким образом, эффективность помощи и, что особенно существенно, виды ее становятся важными данными для оценки потенциальных возможностей ребенка.

это две стороны одной медали: если существующие семьи будут получать надлежащую поддержку и успешно работать, то их опыт воодушевит остальных. Поэтому особенно важно иметь специалистов (в том числе и ПМПК, ППМС-центров, образовательных организаций), подготовленных к работе в одной команде с приемными родителями.

5. Принцип сбора и учета мнений и информации, полученной от лиц, непосредственно осуществляющих уход за ребенком (специалистов и персонала организации, приемных родителей, иных людей).
6. Принцип динамического изменения основной диагностической гипотезы (принцип Байеса).

Принцип основывается на правиле (теореме) Байеса, названном так в честь математика и священника XVIII века Томаса Байеса, – объективном методе подсчета обоснованности предположений (гипотез, заявлений, предложений) на основе имеющихся доказательств (наблюдений, данных, информации).

Упрощенно правило Байеса в отношении диагностической гипотезы на ПМПК можно трактовать следующим образом:

Изначальная диагностическая гипотеза + новые данные = новая, уточненная диагностическая гипотеза.

Все этапы работы с ребенком-сиротой на ПМПК должны быть взаимосвязаны и подвергаться корректировке в зависимости от результатов предыдущего этапа и новых полученных данных [29, с. 67].

7. Принцип пролонгированности наблюдений. Реализация данного принципа подразумевает организацию длительного (в зависимости от сложности случая) наблюдения за динамикой развития ребенка и успешностью его вхождения в приемную семью (воспитательную группу организации для детей-сирот) с этапной диагностикой и возможностью коррекции образовательных условий. По сути, системная работа с каждым ребенком-сиротой (воспитывается ли он в приемной семье или организации для детей-сирот) должна организовываться в форме проекта с поставленными стратегическими и промежуточными целями, задачами, системой этапных диагностических и иных мероприятий, установленными критериями запланированных изменений, которые могут произойти при условии выполнения запланированных мероприятий. Для полноценной реализации данного принципа оптимально, когда ПМПК является структурным подразделением ППМС-центра, в котором налажена подготовка приемных родителей (функционируют Школа приемных родителей – ШПР, Служба сопровождения приемных семей), имеется подготовленная команда специалистов по работе с детьми-сиротами, приемными родителями.

При работе с детьми-сиротами с тяжелыми (множественными) расстройствами развития, воспитывающимися в стационарных организациях (отделениях) социального обслуживания для детей-инвалидов, договор о динамическом наблюдении и комплексном сопровождении заключается с этой организацией; продолжительность и содержание сопровождения определяется с учетом особенностей каждого конкретного случая.

1.3.4 Порядок обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК

В соответствии с принципами эколого-динамического подхода предлагается следующий порядок обследования и сопровождения детей-сирот на ПМПК.

- А. Как правило, нецелесообразно обследовать на ПМПК детей-сирот, которые не прошли минимальный (0,5 года) период адаптации в новых условиях (были возвращены из кровной семьи в организацию для детей-сирот вследствие отказа; переведены из организации для детей-сирот в приемную семью; переведены из одной организации для детей-сирот в другую и т.п.). В ряде случаев процесс адаптации затягивается или искажается. Психиатры квалифицируют такие состояния кодами F43.2 (Расстройство приспособительных реакций), F43.8 (Другие реакции на тяжелый стресс) или Z61.0 (Потеря в детстве любимых родственников), Z61.1 (Отлучение ребенка от дома).
- В. При первичном обследовании на ПМПК ребенка дошкольного возраста, воспитывающегося в организации для детей-сирот, обязательно присутствие лица (педагога, психолога, санитарки, няни и т.п.), с которым у ребенка сложились отношения привязанности и доверия. В ряде случаев специалист, проводящий диагностику, может действовать опосредованно, через это лицо.
- С. При подготовке к заседанию ПМПК в организации для детей-сирот целесообразно дать задания специалистам ПМПК (консилиума) организации для детей-сирот по подготовке видеоматериалов с образцами речи детей, эпизодами их самостоятельной и групповой игр, учебной деятельности, деятельности по самообслуживанию и т.п. Если ребенок воспитывается в приемной семье, следует договориться с приемными родителями о проведении видеосъемок речевой, игровой и элементов бытовой активности ребенка (с использованием смартфонов и планшетных компьютеров).
- Д. При подготовке к заседанию ПМПК следует согласовать с ПМПК организации для детей-сирот содержание, объем и сроки скрининговых исследований, которые должны проводиться заранее для оценки характера и качества психологической адаптации ребенка в организации, уточнения состояния и динамики его когнитивной, регуляторной и аффективно-эмоциональной сфер.
- Е. Целесообразно выделить для обследования ребенка достаточный объем времени. До начала обследования ребенку (особенно дошкольнику) необходимо дать достаточное время на адаптацию к новой обстановке, новым людям. Как правило, не следует настойчиво навязывать ему контакт, задавать вопросы, трогать (гладить по голове), громко разговаривать, обсуждая его поведение с другими специалистами или приемными родителями. Правильно сначала наладить игровое взаимодействие (хорошо для этого подходит игра с маленьким резиновым мячиком диаметром 4–6 см, который исследователь предлагает ребенку, но в последний момент шутливо, ловко прячет.

Несколько раз (2–3 раза) мяч «ускользает» от ребенка, но в очередной раз он может схватить его, «отняв» у взрослого).

Чаще всего после такой вводной игры дети начинают хорошо взаимодействовать с исследователем. В ходе обследования (если ребенок устает) ему дается игровой перерыв (в ходе которого члены ПМПК наблюдают за особенностями игры, отмечают предпочитаемые игрушки или занятия, отмечают характер спонтанной деятельности, коммуникации с взрослыми и т.п.).

Ф. Опытный исследователь ПМПК может гибко варьировать место и процедуру обследования ребенка. Возможны варианты проведения части (или всей) диагностической процедуры не за столом, а на ковре, в игровом уголке, наедине с ребенком в отдельном небольшом помещении с минимумом игрушек и отвлекающих внимание предметов (при наличии зеркала Гезелла или видеоаппаратуры) и т.п. Дополнительные возможности для более тщательного и корректного анализа поведения и деятельности ребенка во время диагностической процедуры дает видеосъемка. Однако для ее проведения необходимо дополнительное согласие приемных родителей или иных лиц, осуществляющих опеку над ребенком.

Г. Если в ходе первичной диагностической сессии ПМПК по ряду вышеназванных причин не удастся достоверно оценить соотношение вкладов церебрально-органических и социально-средовых (депривационных) факторов в общую картину отклоняющегося развития, целесообразно использование квалификации ***Группа риска по... (наименование типа отклоняющегося развития)***.

1.3.5 Пример заключений специалистов ПМПК и определения специальных образовательных условий с использованием педагогического инструментария

Случай: Андрей К., возраст 5 лет. В приемной семье находится в течение полугода.

История развития: Ребенок из приемной семьи (срок нахождения в приемной семье чуть более 0,5 года, идет период адаптации). До четырех лет воспитывался в кровной (родной) семье; родители систематически злоупотребляли алкоголем, часто оставляли мальчика без присмотра. Однажды они 2 дня не возвращались домой, Андрей громко плакал от голода и страха, и соседи вызвали полицию. Мальчик был направлен в Дом ребенка, где воспитывался в течение 0,5 лет. В настоящее время специалистами дошкольной образовательной организации отмечаются проблемы в поведении и выраженные трудности усвоения программы. Инициаторы обращения – приемная семья (есть намерение в дальнейшем получить инвалидность) и ПМПк ДОО.

Заключение психолога: Смешанный вариант парциального недоразвития. Психогенно обусловленная асинхрония (диспропорциональность) развития у ребенка с синдромом психической депривации. Недостаточная сформированность

коммуникативной и регуляторной сфер со снижением мотивации и искажением психического тонуса.

Группа риска по тотальному недоразвитию психических функций с нарушениями поведения (легкое недоразвитие).

Направления деятельности психолога: Психокоррекционная работа (индивидуальная, групповая) по адаптации в условиях ДОО: развитие навыков коммуникации, развитие произвольной регуляции, формирование продуктивного сотрудничества с взрослыми и детьми, игротерапия (снижение страхов, тревожности, формирование игровой деятельности и игровых интересов). Консультирование приемных родителей, воспитателей. Динамическое изучение познавательных возможностей ребенка (наблюдение, этапная диагностика наглядно-образного мышления, внимания, памяти, обучаемости). Экспертная (с использованием тестов-опросников) диагностика особенностей эмоционально-волевой сферы в динамике (например, вопросник А.М. Казьмина для оценки эмоциональных проблем у ребенка и др.; см. Приложение). Использование принципов прикладного анализа поведения (функционального анализа поведения) при коррекции неприемлемых его форм в ДОО, консультирование приемных родителей по формированию поведения ребенка дома.

Заключение дефектолога: Познавательная деятельность не соответствует возрасту.

Направления деятельности дефектолога: Формирование/развитие учебного поведения с использованием поведенческих методов; развитие продуктивности взаимодействия с взрослым, формирование сенсорных эталонов, развитие предметно-практической, конструктивной деятельности. Лонгитюдное изучение обучаемости (ЗБР) ребенка в игровых и учебных ситуациях при различных видах и уровнях мотивации. Консультирование приемных родителей по развитию бытовых умений, формированию навыков самостоятельной и совместной игр, игры с правилами, адекватной игровой и бытовой коммуникации.

Заключение логопеда: Системное недоразвитие речи психогенно обусловленные особенности речи, языка и коммуникации у ребенка с последствиями психической депривации.

Направления деятельности логопеда: Развитие и коррекция всех компонентов речи. Консультирование приемных родителей по развитию лексического запаса, грамматического строя речи, вербальной и невербальной коммуникации.

Направления деятельности социального педагога: Консультирование приемной семьи по вопросам соблюдения законных прав и интересов воспитанника (при необходимости – по вопросам взаимодействия с органами опеки, МСЭ, административными органами и т.п.).

Возможные диагнозы по МКБ-10:

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения: F81.x(?) F80.x; риск: F70.8(?).

F94.2 (F94.8) – Нарушения привязанности.

Класс XIX. Последствия воздействия внешних причин: T74.0 – Синдром жестокого обращения. Психологическая травма вследствие оставления без внимания или заброшенности.

Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения: Z61 – Проблемы, связанные с неблагоприятными жизненными событиями в детстве.

Специальные образовательные условия:

- обучение по АООП для детей дошкольного возраста с задержкой психического развития/с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей до... (срок следующего обследования на ПМПК);
- очная форма;
- режим – полный/неполный день;
- использование учебных и дидактических материалов в соответствии с программой. Использование методов поведенческой терапии, направленной игротерапии;
- возможно сопровождение в период адаптации ассистентом (помощником);
- индивидуальные/групповые занятия: с педагогом-психологом, учителем-дефектологом, логопедом. Консультирование приемных родителей психологом, дефектологом, логопедом, социальным педагогом;
- срок этапного обследования на ПМПК – через... мес.;
- дополнительные условия: наблюдение психиатра, детского невролога.

2. Диагностический инструментарий для обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

Для обследования детей-сирот на ПМПК используются те же диагностические методики, что и для обследования всех детей того же возраста. Реестры рекомендуемых диагностических методик представлены в сети Интернет (Приложение).

Для осуществления экспресс-оценки эмоционального состояния, особенностей настроения детей старшего дошкольного или младшего школьного возраста на ПМПК можно рекомендовать методику «Экспресс-цветодиагностика эмоциональных состояний ребенка» (разработанную на основе методики Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинды [36] кандидатом психологических наук А.Н. Рябинкиной [7]). Методика, алгоритм ее использования и оценки приведены в Приложении.

Также в Приложении представлен реестр скрининговых методов исследования для непосредственной и опосредованной оценок различных критериев психического развития детей-сирот разного возраста, динамического наблюдения за их поведением, эмоциональным состоянием, привязанностью, отношением к приемным родителям (воспитателям) и т.п.

При невозможности оценить тестовыми методиками уровень развития ребенка на ПМПК (выраженные нарушения развития, сенсорные нарушения, РАС и т.п.) оценка производится в результате наблюдения за ребенком, анализа медицинской документации и родительских опросников.

3. Принципы, содержание, алгоритм, формы и методы психолого- педагогического сопровождения семей, принявших на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

Необходимо отметить, что специалисты психолого-медико-педагогических комиссий не осуществляют работу по непосредственному психолого-медико-педагогическому сопровождению ребенка, его приемной семьи. Процесс сопровождения может осуществляться опосредованно через соответствующие службы или специалистов ППМС-центров, образовательных и иных организаций. Поэтому следует еще раз подчеркнуть, что оптимальным вариантом является деятельность ПМПК в качестве структурного подразделения соответствующего ППМС-центра либо совместное функционирование специалистов этих организаций в рамках специально прописанных договоров.

После первичного обследования ребенка на ПМПК разрабатываются рекомендации по организации его дальнейшего обучения, воспитания, социализации, коррекции отклоняющегося развития. Эти рекомендации служат основой для разработки соответствующих разделов комплексной программы сопровождения приемной семьи, которая реализуется в Службе сопровождения приемных семей, ППМС-центре, образовательной организации. Рекомендации вносятся в протокол ПМПК и заключение ПМПК, а секретарь ПМПК, по согласованию с приемной семьей, получившей на руки заключение ПМПК, направляет информацию в соответствующую службу (ППМС-центра, образовательной организации (ОО) и т.п.).

Если ребенок воспитывается в организации для детей-сирот, программа его сопровождения разрабатывается специалистами ПМПК организации с учетом рекомендаций ПМПК. Содержание, интенсивность и продолжительность программ индивидуального сопровождения зависят от каждого конкретного случая.

Если ребенок воспитывается в приемной семье, программа сопровождения может разрабатываться и реализоваться в ППМС-центре, Службе сопровождения приемных семей, ПМПК образовательной организации.

Начинается программа сопровождения, как правило, после поступления ребенка в приемную семью (организацию для детей-сирот), первого обследования на ПМПК и заканчивается при его переходе на этап основного (среднего) профессионального образования. При необходимости такая программа может быть пролонгирована.

3.1 Принципы и содержание психолого-медико-педагогического сопровождения семей

Основные принципы сопровождения приемной семьи целесообразно формулировать в рамках эколого-динамического подхода [26; 4]:

- принцип соответствия форм, содержания, интенсивности и направленности диагностического процесса на ПМПК и психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка, его приемной семьи, педагогов (осуществляемого специалистами соответствующего ППМС-центра или ОО) изменяющимся потребностям и возможностям как самого ребенка, так и его приемной семьи и/или педагогов образовательной организации.

Для реализации данного принципа необходимо совместно с членами ПМПк образовательной организации, специалистами ППМС-центра, приемными родителями скоординировать этапы проведения диагностических заседаний, содержание наблюдений и лонгитюдных исследований, проводимых с ребенком, а также уровни сопровождения ПМПК (плановый, реабилитационный, экстренный и т.п.);

- принцип опережающей помощи с опорой на превентивные меры, с акцентом на своевременную диагностику и профилактику кризисных состояний и нарушений в адаптации, обучении и социализации ребенка и его приемной семьи.

Реализация этого принципа делает необходимым постоянное взаимодействие специалистов ПМПК, ППМС-центра и ПМПк соответствующих образовательных организаций (организаций для детей-сирот), приемных родителей при наблюдении за динамикой адаптации, обучения, поведения, социализации ребенка. Целесообразно с участием специалистов ПМПК организовать разработку и использование системы тестовых индикаторов психологического состояния ребенка с целью своевременного включения в работу с ребенком и семьей специалистов ППМС-центра, медицинских, социальных и иных служб в случаях декомпенсации психологического состояния, для предупреждения кризисов, срывов и «откатов» в развитии, профилактики отказов от ребенка. Кроме того, необходимо включение в систему методической работы ПМПК с педагогами и психологами ППМС-центров, образовательных и иных организаций обучающих модулей по психологии детей-сирот;

- принцип субъектности, согласно которому приемная семья и участники социальной сети ребенка (кровные родственники, педагоги, специалисты ПМПК и ППМС-центров, воспитатели, иные значимые взрослые) рассматриваются как активные субъекты, ответственные за эффективность замещающей семейной заботы. Организационной основой участия в социальной сети является договор о взаимодействии между ее участниками;
- принцип профессионализации деятельности по сопровождению, который подразумевает необходимость создания условий для непрерывного профес-

сионального усовершенствования членов ПМПК, ППМС-центра, ПМПк образовательной организации в области психологии детей-сирот, психологии приемной семьи, расширения области их компетентности;

- принцип мультидисциплинарности в осуществлении сопровождения приемной семьи, т.е. участие в деятельности по сопровождению полипрофессиональной команды специалистов, придерживающихся единой концепции, понимающей сопровождение как совместную деятельность.

3.2 Алгоритм разработки рекомендаций ПМПК (в рамках ее компетенции) по организации сопровождения ребенка и его приемной семьи специалистами ППМС-центров и ПМПк образовательных организаций

1. Первичная диагностика ребенка на ПМПК.

Формирование первичной диагностической гипотезы, при необходимости – определение риска наличия у ребенка более выраженной формы отклоняющегося развития.

Разработка и согласование с приемной семьей индивидуального образовательного маршрута (в соответствии с первичной диагностической гипотезой).

Определение вида адаптированной общеобразовательной программы (АОП). Определение и согласование с приемными родителями необходимых основных и дополнительных образовательных условий. Определение целей, задач и сроков дальнейших диагностических мероприятий. Согласование с приемной семьей необходимых видов, форм, методов и сроков оказания помощи в воспитании, обучении и социализации приемного ребенка.

2. Разработка и запись в протокол ПМПК (а также в заключение ПМПК) рекомендаций для ППМС-центра (ПМПк ОО) по разработке программы сопровождения приемной семьи (в части, где должны и могут быть задействованы возможности специалистов ПМПК).
3. Опосредованное (через специалистов ППМС-центра, ПМПк ОО) отслеживание хода реализации индивидуального образовательного маршрута, эффективности реализации коррекционной помощи.
4. Этапная динамическая диагностика. При необходимости смена диагностической гипотезы, корректировка вида АОП, образовательных условий. Направление скорректированных рекомендаций для внесения в программу сопровождения соответствующей организации.
5. Методическая работа со специалистами ППМС-центра, образовательной организации и (опосредованно) с приемной семьей. Этапное повышение квалификации специалистов ПМПК.
6. Оценка результатов определенного этапа сопровождения (совместно со специалистами ППМС-центра, ПМПк образовательной организации), при

необходимости – разработка рекомендаций по пролонгации договора о сопровождении и коррекции его содержания.

Таким образом, ПМПК лишь опосредованно участвует в процессе сопровождения детей-сирот и приемных семей, направляя свои рекомендации по его организации и содержанию (в рамках компетенции ПМПК) в соответствующие службы ППМС-центров, образовательных организаций и т.п. Роль специалистов ПМПК в обеспечении результативности работы по сопровождению детей-сирот, приемных семей весьма важна. От полноты и качества рекомендаций ПМПК напрямую зависят образование, социализация и в конечном счете качество жизни детей-сирот и приемных семей.

Успешности работы по сопровождению можно ожидать лишь там, где имеется комплекс помощи (необходимое количество высокопрофессиональных специалистов, служб, организаций, функционирующих как единая команда) и созданы оптимальные условия для ее оказания. Многолетний опыт доказал высокую эффективность работы ПМПК и служб сопровождения приемных семей в составе ППМС-центров.

Заключение

Развитие ребенка (подростка) в условиях хронического пренебрежения его нуждами, отсутствия необходимой заботы, жестокого обращения, разрушения привязанностей и последующих перемещений в детском возрасте – все это патогенные, психотравмирующие ситуации, которые могут явиться серьезным депривационным фактором, приводящим к стойким расстройствам физического и психического здоровья с чертами первазивности, сходными по своей феноменологии с аутистическими. Это позволяет говорить о явлениях психосоциально обусловленной асинхронии развития ребенка, ведущих к образовательной и социальной депривации. Указанный факт имеет огромное значение для оценки возможностей ребенка полноценно осваивать образовательную программу, для его существования в образовательной среде в целом. В общем, все это накладывает на специалистов психолого-медико-педагогических комиссий определенную ответственность за адекватную оценку возможностей ребенка по освоению той или иной образовательной программы, а также определение адекватных его состоянию и возможностям специальных условий получения образования. Также важной является минимизация ошибок в деятельности ПМПК, связанных с подобной психосоциальной ситуацией.

В связи с вышеозначенным, всю деятельность ПМПК необходимо организовать достаточно специфическим образом, начиная с самого порядка представления ребенка на ПМПК, используемого инструментария, условий его обследования (в том числе временных) и заканчивая специфической логистикой мониторинга образовательных и социальных условий существования ребенка, включая необходимость пролонгированного методического сопровождения приемной семьи.

Вся деятельность ПМПК должна быть организована на принципах эколого-динамического подхода, важными характеристиками которого являются экологическая и темпоральная ориентации, позволяющие минимизировать ошибки квалификации состояния ребенка и оптимизировать необходимые образовательные условия.

Завершая обсуждение выделенной проблемы, уместно обратиться к высказыванию норвежского психолога доктора Хеннинга Рюе: «Сегодня мы уверены, что можно в значительной степени влиять на развитие детей в раннем детском возрасте и раннем школьном возрасте. Развитие детей не определяется раз или навсегда определенными ранними впечатлениями. Основу модели развития образуют, прежде всего, долговременные впечатления. Это относится как к социальной, эмоциональной, так и умственной сфере развития. Средства по предоставлению детям наилучших возможностей для роста и развития должны, пре-

жде всего, направляться на поддержку семьи как среды роста и приобретения опыта» (Рюе Х. Когда ты и я вместе: пособие для родителей. СПб.: Ин-т раннего вмешательства, 1999. 93 с.).

Список литературы

1. *Александрова Л.Ю.* Речевые затруднения детей младенческого и раннего возраста в условиях материнской депривации различной степени выраженности / Л.Ю. Александрова // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. Раздел «Психология». 2010. С. 7–16 // КиберЛенинка. <https://cyberleninka.ru/article/n/rechevye-zatrudneniya-detey-mladencheskogo-i-rannego-vozrasta-v-usloviyah-materinskoj-deprivatsii-razlichnoy-stepeni-vyrazhennosti>
2. *Башина В.М.* Аутизм в детстве / В.М. Башина. М.: Медицина, 1999. 103 с.
3. *Боулби Дж.* Создание и разрушение эмоциональных связей / Дж. Боулби. М.: Академический проект, 2004. 232 с.
4. *Веракса А.Н., Леонов С.В.* Экологический подход У. Бронфенбреннера в спортивной психологии / А.Н. Веракса, С.В. Леонов // Вестник Московского университета. Сер. 14: Психология. 2009. № 4. С. 78–84.
5. *Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О.* Формирование расстройств личности у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных / Н.В. Вострокнутов, Л.О. Пережогин // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2008. № 1. С. 25–41.
6. *Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / под ред. Е.А. Стребелевой.* М.: Полиграф сервис, 1998. 329 с.
7. *Диагностика развивающего эффекта использования здоровьесберегающей деятельностной технологии усвоения / под ред. Н.Ф. Талызиной; Министерство образования РФ (Федеральная целевая программа «Дети Чернобыля»).* М.: ЗАО МТО ХОЛДИНГ, 2003. 236 с.
8. *Дятликович В.* В интеллекте отказать / В. Дятликович // Русский репортер. № 18 (457). URL: http://expert.ru/russian_reporter/2018/18/v-intellekte-otkazat/
9. *Забрамная С.Д., Исаева Т.Н.* Знаете ли вы нас?: методические рекомендации / С.Д. Забрамная, Т.Н. Исаева. М.: В. Секачев, 2012 87 с.
10. *Ковалев В.В.* Ситуационные реакции, проявляющиеся в нарушениях поведения, как форма психогенных (реактивных) расстройств у детей и подростков / В.В. Ковалев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1979. № 10. С. 1386–1391.
11. *Козловская Г.В., Проселкова М.О.* Особенности психических нарушений у детей-сирот раннего возраста / Г.В. Козловская, М.О. Проселкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1995. № 5. С. 52–56.
12. *Козловская Г.В.* Жестокое обращение с детьми раннего возраста и формирование психического дизонтогенеза / Г.В. Козловская, И.А. Марголина, М.О. Проселкова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2001. № 1. С. 52–55.

13. *Козловская Г.В., Проселкова М.О.* Парааутизм – психогенная форма аутизма / Г.В. Козловская, М.О. Проселкова // Развитие личности. 2004. № 3. С. 83–93.
14. *Лангмейер Й., Матейчек З.* Психическая депривация в детском возрасте: пер. с чеш. / Й. Лангмейер, З. Матейчек. Прага: Авиценум, 1984. 335 с.
15. *Лисина М.И.* Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина. СПб.: Питер, 2009. 320 с.
16. *Малахова Ж.Л.* Клинико-патогенетические основы фетального алкогольного синдрома у детей раннего возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ж.Л. Малахова. Екатеринбург, 2012. 42 с.
17. *Марковская И.Ф.* Задержка психического развития: клинико-нейропсихологическая диагностика / И.Ф. Марковская. М.: Изд-во научного объединения «Компенс-центр», 1993. 186 с.
18. *Маслоу А.Х.* Мотивация и личность / А.Х. Маслоу. 3-е изд. СПб.: Питер, 2016. 400 с.
19. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева; СПб.: ВОЗ, 1994. 302 с.
20. *Мухамедрахимов Р.Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. М.: Речь, 2003. 288 с.
21. *Мухина В.С.* Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа / В.С. Мухина // Вопросы психологии. 1989. № 1. С. 32–39.
22. Необходимо коренное реформирование ПМПК: письмо министру образования и науки России / РОО «Право ребенка». URL: <http://right-child.ru/63-23082013.html>
23. *Ньюфелд Г.* Ключи к благополучию детей и подростков: почему дети должны расти в семьях, которые, в свою очередь, должны получать поддержку общества и государства. Выступление в Европарламенте, Брюссель 2012 г. / Г. Ньюфелд. М.: Ресурс, 2015. 32 с.
24. Организация деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в условиях реализации ФГОС для детей с ОВЗ: методические рекомендации / под общ. ред. Е.Н. Кутеповой, М.М. Семаго. М.: МГППУ, 2017. 108 с.
25. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования / под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. М.: АРКТИ, 2014. 368 с.
26. *Ослон В.Н.* Психологическое сопровождение замещающей семьи в рамках эколого-динамического подхода / В.Н. Ослон // Российский научный журнал. 2011. № 6. С. 161–167.
27. *Прихожан А.М., Толстых Н.Н.* Психология сиротства / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. 2-е изд. СПб.: Питер, 2005. 400 с.

28. *Сабельникова Н.В.* Привязанность, самоотношение и мотивация достижения в юношеском возрасте / Н.В. Сабельникова, Д.В. Каширский, Л.П. Щербинина // Ползуновский вестник. 2006. № 3. С. 206–212.
29. *Семаго Н.Я., Семаго М.М.* Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. М.: АРКТИ, 2000. 208 с.
30. *Семаго М.М., Семаго Н.Я.* Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго; под общ. ред. М.М. Семаго. М.: Генезис, 2011. 400 с. (Серия: Учебник XXI века).
31. *Семаго Н.Я., Семаго М.М.* Диагностический комплект психолога: методическое руководство / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. 5-е изд., доп. и перераб. М.: Изд-во АПКИПРО РФ, 2016. 140 с.
32. *Сирота Н.А.* Копинг-поведение и профилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н.А. Сирота // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 1. С. 63–74.
33. *Тиганов А.С.* Патология психического развития. Парааутистические расстройства / А.С. Тиганов // Официальный сайт ФГБНУ НЦПЗ. URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/36/chapter/27>
34. *Уласень Т.В., Бобров А.Е.* Детская депривация и формирование аномалий психического развития: состояние проблемы / Т.В. Уласень, А.Е. Бобров // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2016. Т. 15. № 4. С. 150–164.
35. *Шведовская А.А., Загвоздкина Т.Ю.* Социально-экономический статус семьи и психическое развитие ребенка: зарубежный опыт исследования / А.А. Шведовская, Т.Ю. Загвоздкина // Психологическая наука и образование. 2013. № 1. С. 65–76.
36. *Эткинд А.М.* Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных невротами / А.М. Эткинд // Социально-психологические исследования в психоневрологии / ред. Е.Ф. Бажин. Т. 93. Ленинград: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1980. С. 110–114.
37. *Fahlberg, V.I.* Attachment and Separation / V.I. Fahlberg. London: BAAF, 1981. 238 p.
38. *Johnson, D.E.* Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in international adoptees from Romania and the Russian Federation / D.E. Johnson // Effects of Early Adversity on Neurobehavioral Development (ed. C. Nelson). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2001. P. 113–162.
39. *Rutter, M.L.* Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation / M.L. Rutter, J.M. Kreppner, T.G. O'Connor // British Journal of Psychiatry. 2001. No. 179. P. 97–103.

Диагностические методики для обследования детей-сирот и детей,
оставшихся без попечения родителей

1.1 Экспресс-цветодиагностика эмоциональных состояний ребенка на ПМПК

Методика разработана Е.Ф. Бажиным и А.М. Эткингом (1985) на основе метода цветовых выборов М. Люшера (1948), исследования которого заложили прочную основу применения цвета в практике психологической диагностики. Предлагаемый вариант использования методики разработан и апробирован в условиях проведения обследования детей на ПМПК кандидатом психологических наук А.Н. Рябинкиной [6, 34].

Цветодиагностика эмоциональных состояний может применяться с 3–4-летнего возраста с целью изучения динамических особенностей личностных и групповых эмоциональных состояний, психологического климата группы, самочувствия личности в группе, для оценки воздействия различных ситуаций на ребенка, а также для выяснения влияния на эмоциональное самочувствие учащегося (воспитанника) воздействий разных педагогов.

Теоретической основой данной методики является представление о том, что отношение к тем или иным людям, событиям, объектам или явлениям отражается в цветовых ассоциациях к ним. То есть каждый цвет спектра является условным знаком определенного настроения:

красный – восторженное;

оранжевый – радостное, теплое;

желтый – светлое, приятное;

зеленый – спокойное, уравновешенное;

синий – неудовлетворительное, грустное;

фиолетовый – тревожное, напряженное;

черный – полный упадок, уныние;

белый – символизирует ответ типа: «трудно сказать».

Основным методическим инструментом цветодиагностики является лист настроений, рабочая часть которого демонстрирует их цветовой диапазон.

Ребенку дается бланк и 8 цветных карандашей, близких по цветам к эталонам М. Люшера: 1 – синий; 2 – зеленый; 3 – красно-оранжевый; 4 – желтый; 5 – фиолетовый; 6 – коричневый; 7 – черный; 0 – серый (жесткий простой карандаш НВ).

Инструкция:

На листочке перед тобой написаны слова: мама, учительница, класс и другие. Каждое слово может быть связано для тебя с каким-то цветом, как-то окрашено. Попробуй придумать, с каким именно цветом связано для тебя каждое слово, и закрась прямоугольничек около слова этим цветом. Долго не задумывайся! Рисуй!

Стимульный материал:

ЗАРИСУЙ КАЖДЫЙ ПРЯМОУГОЛЬНИЧЕК ПОДХОДЯЩИМ ЦВЕТОМ:

МОЯ МАМА*:	<input type="text"/>
МОЯ УЧИТЕЛЬНИЦА**:	<input type="text"/>
МОЙ ДРУГ:	<input type="text"/>
МОЙ КЛАСС***:	<input type="text"/>
Я САМ:	<input type="text"/>
КАКИМ Я ХОЧУ СТАТЬ:	<input type="text"/>
МОЕ НАСТРОЕНИЕ ДОМА****:	<input type="text"/>
МОЕ НАСТРОЕНИЕ В ШКОЛЕ:	<input type="text"/>
МОЕ НАСТРОЕНИЕ СЕЙЧАС:	<input type="text"/>

*, **, ***, **** – возможны замены на «ВОСПИТАТЕЛЬ», «ГРУППА», «В МОЕЙ СПАЛЬНЕ» и т.п.

Интерпретация результатов производится в двух вариантах. Первичная оценка – по представленности и соотношению цветов. Выделяются общие цветовые «синдромы», дающие картину настроений во всех ситуациях, и зональные (тематические) цветовые синдромы. По своему содержанию «синдромы» могут оцениваться следующим образом:

- позитивно-стимулирующие (цвета верхней части спектра);*
- умеренные, стабилизирующие (цвета средней части спектра);*
- негативные, астеничные (нижняя часть спектра);*
- напряженные (представлены противоположные по значению цвета);*
- «ковровые» (пестрота цветов, отсутствие единства в настроениях).*

Более глубокий анализ – вторичная обработка цветоматрицы – требует квантификации полученных данных: числового преобразования оценок. Оценка символизирует интенсивность выраженности эмоциональных состояний:

Красный	+3 балла
Оранжевый	+2 балла
Желтый	+1 балл
Зеленый	0 баллов
Синий	-1 балл
Фиолетовый	-2 балла
Черный	-3 балла
Белый (серый)	0 баллов

Таким образом, каждый цвет в цветоматрице можно заменить числовыми данными.

Анализ полученных данных производится следующим образом:

Исследуется вертикальный столбец в цветоматрице. Он символизирует эмоциональное состояние в данный момент времени. Условный его показатель «А» высчитывается по вертикальному столбцу в матрице по формуле:

$$A = (\Sigma(+)) - \Sigma(-),$$

где $\Sigma(+)$ – сумма всех положительных баллов,

$\Sigma(-)$ – сумма всех отрицательных баллов.

Данный показатель служит определенным критерием эмоционального состояния ребенка. По нему исследователь может в определенной степени судить об общем эмоциональном благополучии ребенка и его самочувствии в разных ситуациях, с разными людьми, которое отражается в хорошем настроении («А» со знаком «+»), либо, наоборот, в каких-то ситуациях со знаками эмоционального дискомфорта, которое выражается в неудовлетворительном, тревожном настроении («А» со знаком «-»).

Применение методики на ПМПК выполняет оценочную функцию. Следует оценивать ее результат совместно с данными других методик, непосредственного наблюдения за поведением ребенка, данных опросников приемных родителей, учителей, воспитателей [6, с. 78–80].

1.2 Рекомендуемые пакеты диагностических методик

Согласно Федеральному закону от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об образовании в Российской Федерации» психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) – единственная организация, выявляющая детей с ОВЗ и рекомендуемая специальные условия для получения ими образования в любой образовательной организации Российской Федерации.

В 2015 году в Институте проблем инклюзивного образования МГППУ разработаны реестры рекомендуемых диагностических методик для обследования детей от 0 до 18 лет.

Реестры опубликованы в сети Интернет на официальном сайте института по адресу: <http://www.inclusive-edu.ru/materialy-proekta-1-pmpk/reestry-diagnosticheskikh-metodik/>

В них содержится перечисление и краткое описание исчерпывающего количества надежных и валидных диагностических методик, предназначенных для качественно-количественного изучения структуры отклоняющегося развития и индивидуальных особенностей психики детей (в том числе и детей-сирот) в возрасте от 0 до 18 лет на ПМПК.

1.3 Скрининговые методы

При необходимости длительного динамического наблюдения за развитием, а также для уточнения квалификации и структуры дизонтогенеза детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот и приемных семьях, часто возникает необходимость в использовании дополнительных диагностических средств (включая методы экспертной оценки развития). Для этого полезно использовать скрининговые методы.

Скрининговые методы оценки развития в раннем и дошкольном возрасте часто обеспечивают возможность раннего выявления нарушений развития и отслеживания его динамики при реализации коррекционной работы. Как правило, использование такого рода методик предполагает участие квалифицированного медицинского и психолого-педагогического персонала организаций, где воспитываются дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, а также родителей из приемных семей.

Скрининговые методики, рекомендуемые для работы с детьми-сиротами:

KID® (Чистович, Рейтер, Шапиро, 2000) является русской версией KID Scale (Reuter & Wozniak, 1996) – стандартизированной шкалы, имеющей форму вопросника для лиц, осуществляющих уход за ребенком. Может использоваться педагогическим персоналом организаций, приемными родителями (разработан специализированный компьютерный вариант обработки).

Источник:

Чистович И., Рейтер Ж., Шапиро Я. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID. 2-е изд. СПб.: Институт раннего вмешательства, 2000. 64 с.

RCDI-2000® (Шапиро, Чистович, 2000) – русская версия шкалы Child Development Inventory (CDI) (Ireton, 1992). Как и KID®, это стандартизованная шкала-вопросник для родителей (персонала организаций для детей-сирот, приемных родителей). При неоднократном тестировании (через каждые 4–5 мес.) графически демонстрирует динамику развития основных психических функций (*социализация, самообслуживание, крупные движения, тонкие движения, развитие речи, понимание языка*) ребенка относительно репрезентативной выборки сверстников. Результаты выдаются в форме условного психологического возраста и процентильных шкал (разработан специализированный компьютерный вариант обработки).

Источник:

Шапиро Я., Чистович И. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. СПб.: Институт раннего вмешательства, 2000. 62 с.

Опросник «Шкала эмоционального неблагополучия и атипичного поведения» предназначен для оценки эмоционального благополучия детей в возрасте от 16 до 91 месяца (1,5 года – 7,5 лет), воспитывающихся в организациях для детей-сирот. Полная шкала состоит из 5 субшкал (*неконтактность, тревога, депрессия, дезадаптивное поведение, гиперактивность/расторможенность*). Разработан в МГППУ (Москва). Предназначен для экспертной оценки персоналом организаций (психолог, педагог), приемными родителями (с помощью психолога ПМПК).

Источник:

Казьмин А.М., Коновко Н.А., Сальникова О.Г., Тупицина Е.К., Федина Е.В. Шкала эмоционального неблагополучия и атипичного поведения дошкольников //

Клиническая и специальная психология. 2014. № 3. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Kazmin_et_al_1.shtml

Опросник Т. Ахенбаха. Методика адаптирована на русскоязычных выборках в НМЦ «ДАР» им. Л.С. Выготского и Центре исследования ребенка Йельского университета (Нью-Хейвен, США). «Лист наблюдений» (Check-list) Т. Ахенбаха включает 112 утверждений. Взрослый, оценивающий поведение ребенка (подростка), а также он сам (при достаточном интеллектуальном развитии) отмечают против каждого пункта цифры 0, 1 или 2 (т.е. высказывание совершенно не соответствует, в некоторой степени соответствует или полностью соответствует реальности). Опросник, как правило, заполняет психолог, имеющий возможность либо наблюдать за ребенком длительное время, либо опросить не только его самого, но и взрослых (учителей, врачей, приемных родителей). Шкалы опросника: *I. Первичные: 1) закрытость (замкнутость); 2) социальная дезадаптация; 3) тревожность; 4) соматические проблемы; 5) проблемы мышления; 6) проблемы внимания и гиперактивность (СДВГ); 7) делинквентное поведение; 8) агрессия. II. Производные: внутренние симптомы (интернализация), внешние симптомы (экстернализация), общий показатель проблем.*

Источники:

Корнилова Т.В., Григоренко Е.Л., Смирнов С.Д. Факторы социального и психологического неблагополучия подростков в показателях методик стандартизованного интервью и листов наблюдения // Вопросы психологии. 2001. № 1. С. 107–122.

Корнилова Т.В., Григоренко Е.Л., Смирнов С.Д. Подростки групп риска. СПб.: Питер, 2005. 336 с.

Экспериментальная психология: практикум / под ред. С.Д. Смирнова и Т.В. Корниловой. М.: Аспект Пресс, 2002. 383 с.

Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста (The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT-RF); Robins, Fein, and Barton, 1999). Тест заполняют родители (персонал организаций, приемные родители под руководством специалиста ПМПК).

Источник:

Морозов С.А. (сост.) Выявление риска развития расстройств аутистического спектра в условиях первичного звена здравоохранения у детей раннего возраста: пособие для врачей / под ред. д.м.н. А.А. Портновой. Воронеж: Департамент здравоохранения Воронежской области, 2014. 52 с.

Рейтинговая шкала аутизма у детей CARS.

Данная оценочная шкала заполняется на ПМПК психиатром или клиническим (специальным) психологом, прошедшим специальное обучение, в ходе наблюдения за поведением ребенка во время обследования.

Источник:

Schopler, E., Reichler, R.J., De Vellis, R.F., and Daly, K. (1980) Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) // J. Autism Dev. Disord. Vol. 10. No. 1. P. 91–103 (Перевод и адаптация: Т.Ю. Морозова, С.В. Довбня, 2011). URL: <http://www.fireflykids.org/storage/resource.library.docs/RUS.resource.library/RUS.Autism/sd.tm.02.11.cars.rus.pdf>

Тест ШКОДА (Шкала количественной оценки детского аутизма), разработан к.м.н. А.Ф. Шапошниковой (МНИИП).

Оценочная шкала детского аутизма, во многом аналогичная CARS (дополненная и расширенная). Может использоваться психиатром ПМПК или клиническим психологом.

Источники:

Шапошникова А.Ф. Методика обследования детей 6–12 лет при помощи шкалы количественной оценки детского аутизма // Психическое здоровье. 2013. № 5. С. 7–11.

Шапошникова А.Ф. Результаты пилотажного обследования детей при помощи шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) // Психическое здоровье. 2012. № 8. С. 44–48.

Скрининг, направленный на выявление детей с подозрением на снижение слуха: младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст. Г.А. Таварткиладзе и Н.Д. Шматко.

Может использоваться медицинским и педагогическим персоналом организаций для детей-сирот, специалистом (сурдопедагогом) ПМПК.

Источник:

Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей первого года жизни / сост. Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. М.: Полиграф сервис, 2001. 43 с.

В ситуации определенных организационных моделей ПМПК могут быть использованы следующие методики оценки развития ребенка (используются при более углубленном обследовании):

Оценка уровня психомоторного развития ребенка. Методика разработана Л.Т. Журбой, Е.М. Мастюковой. Проведение оценки требует участия в ПМПК врача.

Источник:

Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981. 273 с.

Тест «ГНОМ» (График нервно-психического обследования младенцев). Разработан д.м.н., профессором Г.В. Козловской и соавторами. Может использоваться педиатром (неврологом, психиатром) ПМПК или клиническим (специальным) психологом. Может также использоваться педиатром организации, где воспитывается ребенок (разработан специализированный компьютерный вариант обработки).

Источник:

Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Способ «Гном» определения уровня психического развития детей раннего возраста. М.: ООО «Асенкур», 2007. 100 с.

Научное издание

**Вакорина Людмила Юрьевна
Семаго Михаил Михайлович
Юдилевич Алексей Яковлевич**

**Обследование детей с социальной депривацией
(воспитывающихся в семьях опекунов (попечителей),
приемных семьях, организациях для детей-сирот и детей,
оставшихся без попечения родителей)**

*Методические рекомендации для специалистов
психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК)*

Подписано в печать: 15.12.2018.
Формат: 60*90/8. Бумага офсетная.
Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. п. 2,1. Усл.-изд. л. 2,6.
Тираж экз.

Отпечатано в

ISBN 978-5-94051-189-2