***Организация логопедической деятельности по определению специальных образовательных условий и разработке рекомендаций на ПМПК***

Подготовила учитель-логопед, учитель-дефектолог ЦПМПК А.А.Семернина

Учитывая особенности организации деятельности ПМПК, логопед должен включиться в определение необходимых специальных образовательных условий для ребенка и возможной образовательной программы с учетом оценки наличия/отсутствия у него каких-либо недостатков речевого развития. Подобная работа логопеда проходит (как и для всех специалистов ПМПК) в условиях жесткого ограничения времени. Все это влечет за собой потребность использования преимуществ работы в команде с другими специалистами, когда решение некоторой части нижеприведенных задач оказывается полученным в результате действий других специалистов – при наблюдении за их работой с ребенком.

Сразу же отметим, что оценка характера сформированности речи является «фокусом» и одним из важнейших показателей деятельности практически всех специалистов ПМПК – сурдопедагога, олигофренопедагога, в определенной степени тифлопедагога и психолога. Сформированность же коммуникативной стороны речи, помимо всего прочего, интересны еще и для психиатра, того же психолога, впрочем как и других специалистов, поскольку в определенной степени определяет возможность социальной и образовательной адаптации ребенка в образовательной среде. Все эти показатели прямо или косвенно включены и в выбор образовательной программы, и в рекомендации по организации необходимых специальных образовательных условий. Поэтому логопедическое обследование, с одной стороны, обладает принципиальной собственной специфичностью, но с другой – «включено» во многих своих аспектах в обследования других специалистов ПМПК. При жестком дефиците времени проведения всего обследования важно минимизировать дублирование оценки речевой деятельности ребенка разными специалистами (к какой бы категории отклоняющегося развития он ни относился), а с другой – не потерять значимой информации. Это достигается, в том числе, особенностями междисциплинарной деятельности (общность методологии анализа, выработкой единой диагностической гипотезы, владение «распределенным вниманием», опыт включения получаемой другим специалистом информации в собственные профессиональные представления), о которой выше уже шла речь.

В ходе исследования речи ребенка логопед последовательно решает следующие ***задачи***:

1. Обнаружить наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка.
2. Определить характер дефекта с точки зрения первичности/вторичности речевого недоразвития, или компонента сочетанного дефекта.
3. Выявить структуру дефекта.
4. Установить уровень развития речи и сформулировать логопедическое заключение.
5. Спрогнозировать степень обучаемости ребенка в аспекте формирования полноценной речевой деятельности, наличие рисков в освоении программного материала и определить образовательную программу и организационную форму обучения, другие необходимые для ребенка специальные образовательные условия.

Остановимся подробнее на каждой из этих задач и путях ее решения применительно к условиям проведения такого рода консультирования.

1. Обнаружить наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка особенно важно, потому что речевые недочеты не всегда являются проявлением патологии речевого развития, следовательно, не каждому ребенку нужна логопедическая помощь, в ряде случаев достаточно бывает поместить ребенка в активную речевую среду. Например, для детей с неполным двуязычием или детей-мигрантов характерны несовершенство языковых средств, которые обнаруживаются только на неродном языке; дети из обедненной речевой среды, независимо от того, воспитываются ли они родителями или в образовательной организации демонстрируют бедный словарный запас, грамматические формы, характерные для просторечия, упрощенные синтаксические структуры; дети младшего дошкольного возраста, имеющие темповую задержку речевого развития или сниженную мотивацию общения имеют равномерное отставание по всем показателям от возрастных норм при достаточно высоком уровне развития импрессивной речи и т.п.

Для того, чтобы получить достоверные данные об уровне развития языковых средств и характере речевой деятельности ребенка, логопед, прежде всего, должен установить доверительный контакт с ребенком. Основным показателем уровня владения речевыми и языковыми средствами является их богатство  и адекватность использования в ходе реального общения, а не в процессе специально отобранных заданий. В процессе беседы оцениваются коммуникативные навыки ребенка, его активность, заинтересованность в общении, а также умение поддерживать беседу, вести диалог на уровне, соответствующем возрасту ребенка. Соответствие полученных данных реальному положению дел будет достигнуто в том случае, если беседа ведется неформально на интересующие ребенка темы. Если ребенку неинтересно общаться с логопедом или он боится специалиста, то результаты обследования будут ниже реальных данных, что неминуемо приведет к гипердиагностике.

В деятельности ПМПК все эти сведения логопед может получить в ходе  наблюдения за ребенком, которого обследуют другие специалисты.

В качестве показателя патологии в развитии речевой деятельности может рассматриваться  устойчивая несформированность языковых средств, обнаруживаемая в рамках отдельных компонентов языковой системы (например, звукопроизношение, фонематическое восприятие, лексико-грамматическая сторона речи и др.), их сочетаний или всей системы в целом, обусловленная неполноценностью языко-речевых процессов (анализа, синтеза, классификации и проч.) или отклонениями в анатомо-физиологическом строении речевого аппарата. Соответственно, данные недостатки не могут быть преодолены вне организации коррекционной логопедической помощи, что и определяет необходимые специальные образовательные условия, соответствующую коррекционную программу.

2. Установив наличие речевой патологии, логопед должен выявить, какой характер имеет неполноценность речевой деятельности: первичный, вторичный или речевая патология является компонентом сложного (сочетанного) дефекта.

Проблема первичности/вторичности решается на основе комплексного подхода при сопоставлении данных, полученных при обследовании данного ребенка другими членами ПМПК. Например, наличие неврологических данных, подтверждающих существование первичного речевого дефекта; соотношение выполнения  вербальных и так называемых «невербальных» (точнее, перцептивно-логических и конструктивных) заданий. При выявлении данных, которые могут свидетельствовать в пользу той или иной гипотезы, необходимо воспользоваться помощью соответствующего специалиста. В свою очередь, диагностика ряда форм речевой патологии в принципе невозможна вне комплексного исследования, в том числе, с помощью современных компьютерных технологий. Например, для диагностики сенсорной алалии или афазии необходимо иметь данные о состоянии слуха, функциональном состоянии коры головного мозга, в ряде случаев, данные генетического анализа.

3. Решение следующей задачи - выявление структуры дефекта подразумевает определение того, какие стороны речи сохранны, а какие несформированы в соответствии с возрастными нормативами; установление иерархической взаимосвязи между отдельными проявлениями речевой недостаточности.

Данная задача решается в ходе углубленного обследования отдельных форм речи и ее сторон, которая имеет специфику, определяемую задачами и организацией работы в ПМПК. Логопеду не требуется проводить тщательной, подробной диагностики для выявления всех нюансов и подробностей речевого недоразвития. Ему достаточно получить общую картину уровня речевого развития ребенка и его проблем с целью ***типизации*** характера дефекта.

В процессе проведения обследования речи ребенка реализуются следующие положения, характерные именно для логопедического обследования:

* Внутри каждого вида заданий эффективно следовать по маршруту «от сложного к простому». Это позволяет ребенку закончить каждую пробу успешно, что создает дополнительную мотивацию и положительный эмоциональный настрой, которые, в свою очередь, позволяют повысить продуктивность и продолжительность обследования. При стандартном подходе, когда каждая проба усложняется по мере тестирования ребенка, ребенок обречен в большинстве случаев «упираться» в неуспех. Со временем у испытуемого возникает либо чувство негативизма, либо ощущение неизбежности ошибки, что в значительной мере провоцирует снижение интереса к предъявляемому материалу и ухудшение демонстрируемых достижений.
* В первую очередь обследуются такие виды речевой деятельности, как говорение и письменная речь (или чаще в логопедии говорится о самостоятельной письменной речи, под которой имеются в виду письменные высказывания, имеющие коммуникативную направленность – сочинения). Письменная речь обследуются только у школьников, прошедших обучение грамоте и имеющих опыт написания подобных работ. При наличии диагностических признаков неблагополучия в продуктивных высказываниях или жалоб со стороны родителей рекомендуется проводить исследование по изучению состояния рецептивных видов деятельности: аудирования и чтения.
* Логично сначала исследовать объем и характер употребления языковых и речевых единиц, и только при наличии трудностей в их использовании переходить к выявлению особенностей пользования ими в пассиве. Таким образом, можно сформулировать последовательность процедуры «*от экспрессивной языковой компетенции к импрессивной*». Подобный подход позволит сократить время и силы, затрачиваемые на обследование, сделать обследование импрессивной лексики и грамматики целенаправленным.

По итогам собственного обследования и наблюдения за речевой деятельностью ребенка в процессе обследований других специалистов логопед дает логопедическую характеристику речи ребенка, кратко формулирует выводы о состоянии отдельных сторон речи, а также логопедическое заключение в общем протоколе ПМПК.

4. На основании полученных данных логопеду предстоит решить следующую задачу; установить уровень развития речи и сформулировать логопедическое заключение.

Анализ полученных данных проводится на основе принципов анализа речевого недоразвития, сформулированных Р.Е. Левиной: принципа системности, принципа развития и принципа взаимосвязи речи и других психических функций.

Выясняется, является ли недоразвитие речи системным или парциальным, каков уровень сформированности языковых средств, выявляется первичное звено в структуре дефекта, наличие сочетаний речевых дефектов (например, сочетание открытой ринолалии и дизартрии; моторной алалии и дизартрии и т.п.). На основании полученных данных логопед делает логопедическое заключение, которое может состоять из нескольких частей. *В первой части* обязательно указывается характер лингвистического дефекта (при наличии первичного речевого недоразвития используется психолого-педагогическая классификация Р.Е. Левиной, в остальных – описание характера неполноценности языко-речевой системы).  Во второй части заключения характер речевого дефекта может быть уточнен  в рамках клинико-педагогического подхода. Основанием для уточнения служит наличие соответствующего медицинского заключения или явных симптомов и синдромов, обнаруженных логопедом в процессе обследования. Но в любом случае в условиях ПМПК  необходимо коллегиальное решение, подтверждающее заключение логопеда.

5. Наличие грамотного взвешенного заключения является одним из оснований для прогнозирования степени обучаемости ребенка в аспекте формирования у него полноценной речевой деятельности, что позволяет, как уже отмечалось, определить специальные образовательные условия в том числе - образовательную программу, организационную форму обучения адекватную возможностям ребенка и другие условия.

Для определения специальных образовательных условий для ребенка основную роль будут играть следующие показатели:

* степень недоразвития речи и характер дефекта
* динамика формирования речевой деятельности ребенка
* готовность ребенка к обучению в условиях фронтальных занятий

Тяжесть проявления дефекта определяется, в первую очередь, уровнем развития речи. Однако, нельзя определять уровень развития речи безотносительно возраста ребенка. Например, наличие лепетной речи у ребенка трех лет в ряде случаев может рассматриваться как проявление задержки темпов речевого развития ребенка и не квалифицироваться как тяжелое нарушение речи. Такой же уровень развития у ребенка пяти лет уже свидетельствует о серьезной проблеме и может рассматриваться как тяжелое нарушение речи (ТНР). Лепетная речь у ребенка семи лет свидетельствует о крайне тяжелом недоразвитии речи, требующих особых усилий для его коррекции.

Таким образом, *тяжесть проявления дефекта будет определяться величиной разрыва между реальным состоянием и нормативами речевого развития в данном возрасте*.

Как правило, тяжесть дефекта определяет и динамику его коррекции.

Однако, на практике специалисты встречаются с феноменами различной коррекционной динамики речи ребенка, которая не всегда коррелирует с тяжестью выраженности речевого дефекта. Выделяется несколько факторов, которые позволяют прогнозировать темпы нормализации речевой деятельности детей: первичное звено в структуре дефекта – наличие органического/функционального нарушения; тяжесть выраженности; локализация дефекта и его генез; адекватность и эффективность предшествующего коррекционного воздействия (при наличии такового), гендерный фактор и т.п.

Остановимся более подробно на показателях готовности к инклюзивному обучению детей дошкольного возраста. К ним можно отнести:

* уровень сформированности коммуникативных навыков
* элементарные навыки невербального/вербального делового сотрудничества.

Для направления ребенка в специализированную «речевую группу» для детей с ОНР уровень развития данных показателей не имеет значения, поскольку условия организации коррекционно-воспитательной и образовательной работы предполагают не только наличие коррекционной среды, обеспечивающей индивидуальный и дифференцированный подход к ребенку, но и наличие интенсивных занятий со специалистами.

Для детей школьного возраста критерии (показатели) определения специальных образовательных условий будут несколько отличаться от соответствующих критериев у дошкольников, что обусловлено спецификой образовательной программы. Недоразвитие речи является одним из мощных факторов риска школьной неуспеваемости, поэтому, уровень развития речи будет определять организационную форму обучения.

Выбор между различными вариантами обучения производится на основе учета тяжести речевого дефекта. Обучение по основной образовательной программе вместе со здоровыми сверстниками доступно детям, имеющим недоразвитие речи с не ниже III уровня ОНР и достаточный уровень подготовки к обучению в школе, что подразумевает наличие элементарных навыков звукового анализа.

Однако, при определении программы обучения необходимо учитывать данные анамнеза. Например, у ребенка общее недоразвитие речи III уровня, которое предполагает обучение по основной образовательной программе вместе со здоровыми сверстниками, но в процессе обследования было выявлено, что у ребенка в анамнезе моторная алалия, подтвержденная объективными данными, которая была успешно частично компенсирована в ходе логопедических занятий. Поскольку алалия относится к тяжелым формам речевой патологии, имеющим тенденцию к прогрессии при усложнении учебного материала, постольку рационально рекомендовать этому ребенку начать обучение по адаптированной образовательной программе для детей с ТНР под руководством логопеда с дальнейшим мониторингом динамики и, возможно, переводом на массовую программу. И, конечно, такому ребенку специалист не может рекомендовать обучение по усложненной программе гимназии или лицея.

Особое значение в этом случае приобретает начальный период обучения, определяющий формирование базовых учебных навыков и универсальных учебный действий. Перевод ребенка в одного вида программы на другой должен решаться оперативно с учетом корреляции рассматриваемых программ.

Дети, на момент поступления в школу имеющие ОНР II и I уровней, должны обучаться по адаптированной основной образовательной программе для детей с ТНР,  так как состояние речи этих детей не позволит им успешно справиться с программным материалом наравне с обычными школьниками, поскольку у них еще не сформированы ни вербальные, ни невербальные предпосылки обучения грамоте. Им необходимы специальные методы обучения, иной порядок предъявления материала, следовательно, специальные учебники.

Следует обратить особое внимание на группу детей с выраженной фиксацией на речи. Эти дети стесняются своей речи, избегают вербального общения со сверстниками и взрослыми, публичных высказываний, в том числе, ответов у доски или с места. Таких детей нельзя помещать для обучения в среду с высоким уровнем развития речи, поскольку они, обладая сохранным интеллектом, фиксируются на собственных недостатках, что приводит к невротическим реакциям и к нарушению социальной адаптации. Для таких детей наиболее благоприятной для начала обучения будет образовательная среда таких же детей, у которых также обнаруживаются речевые недостатки.

Таким образом, при выборе образовательных программ,  организационных форм обучения, направлений деятельности логопеда необходимо учитывать не только речевой статус ребенка и возможности освоения им программы обучения, но и социально-коммуникативный фактор: адекватность коммуникативной среды социума ближайшей зоне развития речи будущего ученика.

В каждом пакете / разделе пакета диагностических методик, возможных к использованию ***логопедом ПМПК***, представлены методики, позволяющие оценить особенности состояния всех компонентов и функций речи (логопедическая диагностика).

В целом для каждого заявляемого возрастного диапазона и соотнесенных с ними примерных пакетах, определяющих специфику диагностической деятельности различных специалистов ПМПК, представлено следующее количество методик, позволяющих произвести качественно-уровневый анализ в четырех градациях для соответствующих доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем (в определениях МКФ):

* 13 обобщенных методик от 0 до 3-х лет;
* 6 методик от 2-х до 3-х лет;
* 21 методика от 3-х до 5-ти лет;
* 26 методик от 5-ти до 7-ми лет;
* 21 методика от 7-ми до 11-ти лет;
* 7 методик от 11-ти до 15-ти лет;
* 7 методик от 15-ти до 18-ти лет.

Поскольку в логопедии отсутствуют стандартизированные тесты и не требуется жесткого отбора иллюстративного и вербального материала к ним, то сами направления обследования достаточно традиционны: *особенности коммуникативного поведения; состояние связной речи; словарный запас, грамматический строй, слоговая структура слова, фонематическое восприятие, звукопроизношение, ритмико-мелодическая сторона речи, состояние строения и двигательных функций артикуляционного аппарата*. При обследовании детей школьного возраста изучается: состояние процессов *чтения* и *письма*. Отметим, что диагностические материалы отбираются таким образом, чтобы в рамках одного диагностического задания можно было обследовать несколько классов или категорий языковых единиц (например, грамматический строй и словарный запас, звукопроизношение и слоговую структуру слова и проч.).

**Примеры рекомендаций учителя-логопеда**

**Тотальное** недоразвитие (дошкольный и школьный возраст) – развитие понимания обращенной речи, формирование коммуникативной функции речи, развитие и коррекция всех компонентов речи/системное недоразвитие речи (с указанием преимущественного нарушения устной и письменной речи и конкретизацией направления деятельности).

**Тотальное** недоразвитие (дошкольный возраст) – развитие и коррекция всех компонентов речи (с указанием преимущественного нарушения).

**Тотальное** недоразвитие (школьный возраст) – системное нарушение речи (с указанием степени), помощь в овладении АООП по русскому языку и чтению.

**Парциальное** недоразвитие (дошкольный возраст) – коррекция звукопроизношения, развитие фонематических процессов; развитие и коррекция всех компонентов речи в соответствии с программой.

**Парциальное** недоразвитие (школьный возраст) – коррекция/профилактика нарушений письменной речи/ всех компонентов речи.

**Искаженное** развитие (дошкольный возраст) – формирование навыков простой коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания, развитие понимания обращенной речи, включение эхолалий в диалоговые формы речи, алгоритмов произвольного высказывания; развитие и коррекция всех компонентов речи..

**Искаженное** развитие (школьный возраст) – использование навыков альтернативной коммуникации для развития простой контекстной диалоговой речи, всех компонентов речи; формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания, формирование алгоритмов освоения письменной речи, работа над пониманием смысла прочитанного.

**Поврежденное** развитие (дошкольный возраст) – развитие и коррекция всех компонентов речи (с указанием преимущественного нарушения),

**Поврежденное** развитие (школьный возраст) – развитие понимания обращенной речи и формирование коммуникативной функции речи, письменной речи.

**Дефицитарное развитие** (дошкольный возраст) – в соответствии со структурой речевого нарушения; дизартрия (при НОДА, указать форму и степень тяжести).

**Дефицитарное развитие** (школьный возраст) – в соответствии со структурой речевого нарушения; коррекция всех компонентов речи, нарушения письменной речи, помощь в овладении графическим навыком.

Таким образом, предлагаемая технология обследования детей разного возраста на ПМПК с использованием примерных пакетов диагностических методик позволяет динамично с большой «плотностью контакта» провести диагностику, максимально и эффективно использовать имеющийся ресурс ребенка, в том числе и энергетический.