

АЛГОРИТМ СОСТАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА РЕБЕНКА С ОВЗ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ФГОС

Зинин С. В.

Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции,
г. Нижнеудинск

Психологический портрет – это комплексная характеристика личности человека, которая включает в себя совокупность его личностных качеств и поведения. Он включает в себя базовые свойства личности (темперамент, характер, способности человека), а также динамические характеристики (направленность, интеллектуальность, эмоциональность, волевые качества, настойчивость, общительность, самооценку, уровень самоконтроля, способность к групповому взаимодействию).

В современных условиях реализации ФГОС педагог-психолог изучает сформированность у школьников универсальных учебных действий (УУД) – личностных, познавательных, регулятивных, коммуникативных.

Если сравнивать критерии психологического портрета с универсальными учебными действиями, то можно определить их сходство.

Получается, что по итогам изучения универсальных учебных действий, можно составить качественный психологический портрет любого школьника, в том числе с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) (т. е. обучающегося, имеющего недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий).

При этом полученная информация об особенностях психического развития ребенка позволит на практике осуществить выполнение Приказа Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» и реализовать концепцию

программы коррекционной работы по выявлению недостатков в физическом и (или) психическом развитии, с целью осуществления индивидуально-ориентированной психолого-медико-педагогической помощи.

Однако на практике встречаются многочисленные случаи, когда проведенное комплексное психолого-педагогическое обследование позволяет определить программу сопровождения ребенка с ОВЗ, приступить к ее реализации, но положительных результатов добиться не получается.

Возникает вопрос о том, почему у детей после тщательного психолого-педагогического обследования и соответствующей коррекционной работы не наступают положительные изменения?

По мнению автора статьи, педагога-психолога и учителя-дефектолога постоянно действующей ПМПК Нижнесудинского района, причина отсутствия у некоторых учащихся положительных результатов на фоне проводимой коррекционной работы (и комплексного сопровождения) кроется в самой структуре психологического портрета, а также в отсутствии соответствующих выводов, направлений в работе.

Самое главное, что не учитывается при описании потенциальных затруднений ребенка, – это его основные и сопутствующие заболевания, как они влияют на психическую деятельность.

Получается, что в описание психологического портрета порой попадают специфические проявления какого-либо заболевания ребенка. Поэтому нужно учитывать, что успешное преодоление выявленных затруднений в первую очередь будет зависеть от успешного лечения, а не от коррекционно-развивающей психолого-педагогической работы.

Необходимость включать в психологический портрет ребенка описание его потенциальных затруднений на фоне протекающих болезней возникла не случайно.

В 2005/06 учебном году в Нижнесудинском районе проводился проект «Ступеньки жизни». Предполагалось детей, находящихся в сложной жизненной ситуации, с выраженными нарушениями поведения, слабой обучаемостью вовлечь в летнем лагере в систему психолого-педагогических мероприятий: консультаций, занятий, тренингов. Впоследствии оказалось, что половина детей не приняло участие в проекте только потому,

что они не смогли пройти медосмотр. То есть со стороны здоровья половины детей, по отношению к которым планировалась целенаправленная, последовательная, систематическая психологическая помощь, – имеются такие нарушения, которые препятствуют их нахождению в летнем лагере.

Автором статьи в связи с этим было выдвинуто предположение о том, что подавляющая часть психолого-педагогических беспокойств может быть выражена по отношению к детям, страдающим какими-либо заболеваниями и, как следствие, нуждающимся в первую очередь в медицинской помощи.

В связи с изложенным предположением о том, что психолого-педагогические беспокойства могут быть адресованы соматически ослабленным детям, возникает вопрос, насколько актуальным является связывание психологических проблем в учебе и поведении с заболеваниями детей?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, пришлось обратиться к общим статистическим данным по распространенности заболеваний у детей школьного периода.

Распространенность заболеваний детей школьного периода

Как было отмечено на научной сессии (проходившей в Москве 5–6 октября 2006 г., с приглашением академий, имеющих государственный статус: «Большая академия» (РАН), Академия медицинских наук (РАМН), Академия образования (РАО)) по теме «Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития российского общества и государства», негативные тенденции в состоянии здоровья детей за последнее десятилетие приобрели устойчивый характер и стали еще более очевидными. По словам академика РАМН Александра Баранова, число родившихся сокращается, а 60 % новорожденных имеют те или иные отклонения.

Президент РАМН Михаил Давыдов констатировал, что «состояние здоровья детей, к сожалению, остается неутешительным». По его словам, отмечается неуклонная тенденция роста заболеваемости, причем в абсолютных цифрах один и тот же ребенок имеет несколько заболеваний. При этом **значительная доля болезней, как заявил М. Давыдов, формируется в школьном возрасте**, к окончанию школы более половины детей имеют ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья.

Еще президент РАМН сказал, что среди выпускников школ не осталось ни одного абсолютно здорового учащегося, в том числе и потому, что от начальных классов к старшим стремительно растет доля хронических заболеваний.

В ходе научной сессии были рассмотрены следующие данные Психологического института РАО: в школу в настоящее время приходят 20 % детей с различными нарушениями психического здоровья, а к концу их обучения в начальной школе эта цифра увеличивается до 60 %.

По данным специалистов НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, в последние годы наметились следующие негативные тенденции:

- значительное снижение числа абсолютно здоровых детей (их остается не более 10–12 %);

- стремительный рост числа функциональных нарушений и хронических заболеваний, которые регистрируются более чем у 50–60 % школьников;

- резкое увеличение доли патологии органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, почек и мочевыводящих путей;

- увеличение числа школьников, имеющих несколько диагнозов (у 20 % старшеклассников в анамнезе 5 и более диагнозов).

По данным профессора Н. К. Смирнова, количество практически здоровых детей, пришедших в школу, не превышает 12–15 %, а число здоровых выпускников находится в пределах 5 %.

С 1-го по 8-й классы число здоровых детей снижается в 4 раза; число детей с близорукостью возрастает с 3 до 30 %, число детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата увеличивается в 1,5–2 раза, с аллергическими болезнями – в 3 раза, с заболеваниями крови – в 2,5 раза, с нервными болезнями – в 2 раза.

В литературе, посвященной проблеме детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), приводится следующая неутешительная статистка. В РФ число детей, страдающих СДВГ, составляет 5 %. В пределах 60–80 % от учеников с проблемами в учебе и поведении – это школьники с СДВГ.

В 2010/11 учебном году автор статьи в рамках руководства методическим объединением психологов организовал исследование по определению, сколько детей с СДВГ может находиться в образовательном пространстве Нижнесудинского района. В резуль-

тате исследования было выявлено, что потенциально 3 ученика из 10 с выраженными проблемами в учебе могут страдать СДВГ.

В это время, на правах руководителя методическим объединением психологов, проводилась большая просветительская работа среди коллег, как отличительные от нормы здоровья состояния детей влияют на их психическую деятельность. Подробно изучались те болезни, с которыми на практике приходилось сталкиваться: болезни нервной системы, сердечно-сосудистые нарушения, эндокринные, кожные заболевания и прочее. Поэтому у педагогов-психологов, посещавших методическое объединение, имеется хороший запас знаний не только о том, как проявляют себя болезни в учебном процессе, но и какие психолого-педагогические меры воздействия являются эффективными, а какие – нецелесообразными.

Также автор статьи провел серию собственных исследований.

В течение 2010/11, 2011/12 учебных годов отслеживалось, сколько детей, обратившихся на психолого-педагогическую консультацию по проблемам обучаемости и нарушения поведения, впоследствии стали получать медицинскую помощь, так как их проблемы были связаны непосредственно со здоровьем, а не отсутствием соответствующего воспитания.

Оказалось, что 74 % учащихся нуждались, прежде всего, в медицинской помощи, а 26 % детей – в психолого-педагогическом воздействии.

Следующие два исследования были направлены на определение, сколько детей-логопатов имеют эндокринные нарушения, препятствующие их успешному речевому и интеллектуальному развитию.

Исследования проводились в 2013/14 и 2016/17 учебных годах.

Был определен алгоритм направления детей-логопатов на консультацию к врачу-эндокринологу. В частности, родителей просили обратиться на консультацию к эндокринологу, если у ребенка было заключение ОНР (I уровень развития), а также ОНР (II и III уровни развития), но при незначительной динамике развития речи на фоне логопедических занятий и лечения невролога или психиатра.

В результате проведенного исследования было выявлено, что 31 % детей среди логопатов нуждаются в помощи эндокринолога.

Итак, изучение общей статистики по распространенности заболеваний, проведение собственных исследований позволяют ответить на поставленный вопрос, насколько актуальным является связывание психологических проблем в учебе и поведении с заболеваниями детей? Безусловно, подобные сопоставления являются актуальными и заставляют в современных условиях дополнять психологический портрет ребенка сведениями из клинической, медицинской психологии, а также патопсихологии и психопатологии.

Так как подобная работа важна для детей, не прошедших ПМПК, она еще более необходима для обучающихся с ОВЗ. Кстати, в медицинской психологии существует такая точка зрения, что любое заболевание меняет психику больного человека. Учитывая это, автор статьи предлагает следующий алгоритм составления психологического портрета ребенка:

1. Изучение медицинских документов ребенка. Определение потенциальных затруднений, которые ребенок может испытывать при наличии выявленных заболеваний.

2. Проведение психолого-педагогического обследования (изучение универсальных учебных действий).

3. Определение, какие затруднения ребенка являются специфическими проявлениями заболевания, а какие выявленные проблемы носят вторичный характер или являются следствием педагогической запущенности.

4. Составление психологического портрета, который отражает не просто затруднения ребенка, но и причинно-следственные связи выявленных нарушений: они клинически обусловлены или нет.

5. Определение направлений по коррекции тех затруднений, которые клинически никак не обусловлены.

6. Определение направлений по коррекции возможных вторичных нарушений на фоне хронических заболеваний.

Как видно из приведенного алгоритма, определять направления по коррекции клинически обусловленных причин затруднений не стоит, потому что успешное преодоление этих проблем – дело рук врачей и результат эффективности проводимого лечения.

К примеру, не стоит заниматься коррекцией страхов у детей при сосудистой гипертензии головного мозга, на фоне которой у детей проявляются кошмарные сновидения.

Также развивать волевые навыки у ребенка, который ленится и отказывается выполнять требования взрослых, проявляет выраженную неусидчивость на фоне попытки выполнить домашнее задание, не эффективно при наличии вегето-сосудистой дистонии или грубых нарушениях опорно-двигательного аппарата, а также во всех случаях, когда показано оперативное вмешательство ребенку (в связи с грыжами и прочими проблемами).

Раздражительность, импульсивность, дефицит активного внимания, двигательная расторможенность не должны быть в поле зрения коррекционной работы у детей с церебральным синдромом до тех пор, пока медикаментозно у ребенка не появится ресурсное состояние быть в продуктивном контакте с учителем.

До повышения гемоглобина при железодефицитной анемии до нормального уровня, не стоит рассматривать раздражительность и нарушение мелкой моторики детей как психолого-педагогическую проблему.

Также не эффективной будет и работа психолога при мнительно-тревожных состояниях, развивающихся на фоне эпилепсии, пока ребенок не начнет получать соответствующее лечение.

Утомляемость ребенка, снижение активности, самочувствия и настроения не стоит рассматривать с психологической точки зрения на фоне хронической интоксикации организма, обусловленной инфекцией верхних дыхательных путей, паразитарной инвазией.

Естественно, развивать у тугоухого ребенка орфографическую зоркость, преодолевать дисграфические ошибки до того, как будет проведено слуховое протезирование или подобраны специальные слуховые аппараты, не целесообразно.

Пытаться социализировать ребенка, ввести его в коллектив сверстников на фоне полного расстройства тазовых функций (дневная форма энуреза и энкопрез) – неадекватная задача, которая может быть поставлена специалистам школы до появления полного контроля над выделительными процессами.

Таким образом, изучение влияния отличительных от нормы здоровья состояний на психическую деятельность детей в современных условиях реализации ФГОС по отношению к детям с ОВЗ (и не только) – является залогом успешных психолого-педагогических мероприятий. При правильно определенных направлениях коррекционной работы, грамотном комплексном психолого-медико-педагогическом сопровождении дети получают удовольствие от учебы, социализируются, своевременно определяются с выбором профессии, успешно заканчивают обучение в школе.

Литература

1. Абрамова Г. С., Юдиц Ю. А. Психология в медицине. М. : Кафедра-М, 1998. 272 с.
2. Александровская Г. М. Личностные особенности младших школьников в норме и при пограничных нервно-психических расстройствах : дис. ... канд. псих. наук. М., 1985.
3. Дети с ОВЗ : причины, диагностика, комплексная помощь / М. М. Безруких [и др.]. М. : Воронеж, 2009.
4. Безруких М. М. Трудности обучения в начальной школе: Причины, диагностика, комплексная помощь. М. : Эксмо, 2009.
5. Бельский П. Г. Исследование эмоциональной сферы несовершенноречивых, отклоняющихся от нормы в своём поведении. М., 1984.
6. Габдракинова В. И., Эйдемиллер Э. Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. М., 2009.
7. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. М. : Эксмо-Пресс, 2000.
8. Крайцова Е. Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе. М., 1991.
9. Лакошина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 1984.
10. Овчарова Р. В. Практическая психология в начальной школе. М. : Сфера, 1996.
11. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. СПб. : Речь, 2005.
12. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. М. : АПК и ПРО, 2002.
13. Чутко Л. С. Школьная дезадаптация в клинической практике детского невролога. СПб., 2005.
14. Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития российского общества и государства. Научная сессия академий, имеющих государственный статус (Москва, 5–6 окт. 2006 г.). М. : Наука, 2006.