


Учреждение образования  
«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

Кафедра социально-гуманитарных дисциплин

СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой

  
31.05

А.П. Кабурнеева

2021

СОГЛАСОВАНО

Директор ИТКИ П

  
31.05

Ю.В.Кравченко

2021



УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС  
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ  
«ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ  
РАЗВИТИЯ»

для специальности переподготовки  
1–03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном  
образовании»

Составитель:

Корсак Н.В., старший преподаватель

Рассмотрено

на заседании кафедры социально-гуманитарных дисциплин

31.05.2021, протокол № 10

Рассмотрено и утверждено

на заседании научно-методического

совета университета 31.05.2021

протокол № 4

Гомель, 2021

Министерство образования Республики Беларусь  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»  
Институт повышения квалификации и переподготовки

УТВЕРЖДАЮ  
Ректор ГГУ имени Ф.Скорины

С.А.Хахомов

31.10.2020



## УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития»

**специальности переподготовки**

1–03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном  
образовании»  
(квалификация: педагог-дефектолог)

в соответствии с типовым учебным планом переподготовки,  
утвержденным 24.09.2020, регистрационный №25-13\121

Гомель, 2020

## СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка

1 Теоретический раздел ЭУМК. Тексты лекций по учебной дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития»

1.1 Психодиагностика как наука и практическая деятельность

1.2 Теоретические основы диагностики нарушений развития у детей

1.3 Классификация методов психодиагностики и их характеристика

1.4 Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития

1.5 Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах

1.6 Дифференциальная диагностика детей с различными нарушениями развития

1.7 Стратегия и тактика обследования ребенка в психолого-медико-педагогической комиссии

1.8 Методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений

2 Практический раздел ЭУМК

2.1 Вопросы к семинарским занятиям по дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития»

2.2 Задания к практическим занятиям по дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития»

2.3 Вопросы круглого стола по дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития»

3 Раздел контроля знаний ЭУМК

3.1 Вопросы к экзамену по учебной дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития»

4 Вспомогательный раздел ЭУМК

4.1 Учебно-тематический план переподготовки слушателей специальности 1–03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании» по учебной дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития»

4.2 Учебная программа по учебной дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития» для специальности 1–03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании».

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебная дисциплина «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития» составляет важное звено в образовательном процессе переподготовки учителей-дефектологов. В современных условиях важнейшим условием эффективности помощи детям с особенностями психофизического развития является своевременная квалифицированная диагностика их состояния. Учебно-методический комплекс данной дисциплины отражает современное состояние психолого-педагогической диагностики, в том числе – диагностики нарушений психофизического развития детей.

Целью учебной дисциплины является овладение слушателями института повышения квалификации и переподготовки теорией и практикой психолого-педагогических диагностических обследований. В процессе изучения данной учебной дисциплины слушатели осваивают научно-теоретические знания о методах психолого-педагогической диагностики, о дифференциально-диагностическом процессе как части комплексного изучения детей с особенностями психофизического развития и умения практического применения конкретных методик при диагностическом обследовании, включая умения, позволяющие осуществлять психолого-педагогическое обследование детей с квалификацией типа нарушения.

В содержании учебной дисциплины рассматриваются вопросы возникновения психологической диагностики, этапы ее становления, новые направления и тенденции развития. Подробно обсуждаются основные классы методик, общие требования к ним, их достоинства и недостатки, возможности использования, вопросы интерпретации фактического материала, организация психолого-педагогического эксперимента. На основе анализа клинико-психологической структуры дефекта выделяются основные критерии дифференциальной диагностики нарушений психического развития.

Учебная дисциплина предусматривает различные формы контроля: устный опрос (фронтальный, индивидуальный); письменный опрос (фронтальный, индивидуальный); решение педагогических задач и выполнение мини-проектов; тестовый контроль.

Данный ЭУМК содержит разделы: теоретический (курс лекций по всем изучаемым темам), практический (вопросы к семинарским и задания к практическим занятиям, темы круглых столов), контроля знаний (список вопросов к экзамену), вспомогательный (учебно-тематический план переподготовки слушателей, учебная программа по дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития», список рекомендуемой литературы). ЭУМК предназначен для слушателей переподготовки специальности 1–03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании» вечерней и заочной формы получения образования.

# 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ ЭУМК

Тексты лекций по дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития» для слушателей специальности 1–03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании», очной (вечерней) и заочной формы получения образования.

## 1.1 ПСИХОДИАГНОСТИКА КАК НАУКА И ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

### *Вопросы для изучения:*

1. Предмет, задачи и сферы практического применения психодиагностики.
2. Развитие психодиагностики как научной дисциплины.
3. Актуальные проблемы диагностики нарушений развития.
4. Развитие психолого-педагогических методов исследования в отечественной психодиагностике.

### **1. Предмет, задачи и сферы практического применения психодиагностики**

*Психологическая диагностика* как отрасль психологического знания предназначена для измерения, оценки и анализа индивидуально - психологических и психофизиологических особенностей человека, а также выявления различий между группами людей, объединенных по какому-либо признаку. Эти функции выполняются для решения практических задач и объединяются понятием «постановка психологического диагноза». Слово «*диагноз*» (от греч. *diagnosis*) означает «распознавание», «обнаружение».

Современное понятие «психодиагностика» тесно связано с понятием «психологическое тестирование», однако не сводится к нему, т.к. кроме тестовых существуют экспертные (клинические) психодиагностические методики. Представленное выше определение «психодиагностики» включает две ее стороны теоретическую и практическую.

**Предмет** психодиагностики очень обширен и включает:

1. Методологические и конкретные методические (практические) принципы построения диагностических методик и формулирования психодиагностических заключений.
2. Методы и конкретные психодиагностические методики.
3. Психометрику - математическую методологию обнаружения индивидуальных различий.
4. Нормативные требования к методикам, их разработчикам и их пользователям.

**Общие задачи** психодиагностического исследования

- позволяет установить и определить у человека те или иные психические свойства или особенности поведения.

- устанавливает развитость данного свойства, его выражение в качественных и количественных единицах.

- позволяет проводить описание диагностических особенностей человека в тех случаях, когда это необходимо.

- позволяет сравнивать степень развитости изучаемых свойств у разных людей.

Психодиагностические задачи могут различаться в зависимости от того, в каких частных областях специалистом ставится диагноз. Задачи определяются также ограничениями в использовании методов и характеристиками ситуации (два типа ситуаций: *ситуация клиента* и *ситуация экспертизы*). Задачи могут также дифференцироваться с точки зрения дальнейшего использования результатов диагностики.

Известны следующие *сферы практического применения* психодиагностики:

1. Клиническая – направлена на изучение индивидуально-психологических особенностей больного, консультативную и психотерапевтическую помощь.

2. Профессиональная – направлена на профориентацию и профотбор учащихся, а также расстановку кадров.

3. Судебная психолого-психиатрическая — это часть судебной психологии, являющейся, в свою очередь, частью юридической психологии.

4. Образовательная – направлена на оптимизацию процесса обучения и воспитания в учреждениях образования через изучение индивидуальных различий, особенностей межличностного взаимодействия, через решение вопросов профориентации и т.д.

5. Спортивная и пр.

### **Сущность психолого-педагогической диагностики**

Педагогический процесс реализуется только через взаимодействие его участников, в ходе которого происходит накопление, обработка и интерпретация информации. При решении психолого-педагогических задач информация постоянно накапливается, расширяется, углубляется. Она может быть положительной, отрицательной, нейтральной, целенаправленной, стихийной, фиксированной, нефиксированной и т.п.

Одной из важных составных частей этого процесса является психолого-педагогическая диагностика (от греч. *diagnostikos* — способный распознавать) как процедура постановки психолого-педагогического диагноза.

**Психолого-педагогическую диагностику** в целом целесообразно рассматривать как разветвленный и многофункциональный вид психолого-педагогической деятельности, направленной на раскрытие сущности явления, имеющего достаточно полное, конкретное описание, охватывающей цели

выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности, достижения оптимизации учебно-воспитательного процесса.

**Психолого-педагогический диагноз** — заключение о проявлениях качеств личности или группы людей, на которые предполагается воздействовать в ходе психолого-педагогической деятельности.

Такой диагноз должен содержать выводы о причинах, повлиявших на состояние, поведение, личность объекта диагностирования, и тех факторах, которые могут оказать на него благоприятное воздействие. От его глубины и достоверности зависит правильность постановки задачи в целом (определение цели, условий) и решения (выбор способов педагогических воздействий и их осуществления).

## 2. Развитие психодиагностики как научной дисциплины

### *Психологическая диагностика в мифах и легендах*

В истории развития человечества существует давняя и богатая традиция познания психики человека. Корни психологической диагностики и психодиагностического метода уходят в глубь веков. В концентрированной форме знания о психодиагностике представлены в народной мудрости.

Первые психодиагностические взгляды были известны, начиная от Пифагора, Гиппократ, Канта и др. Пифагор писал: «Люди рождаются не слишком похожими друг на друга, их природа бывает различна, да и способности к тому или иному делу также...» Пифагор в Др. Греции допускал в школу только тех, кто прошел сложные испытания: это и качества походки, смеха, умение выйти из определенной экстремальной ситуации.

В работе Теофраста «Характеры» (372-287 гг. до н.э.) оцениваются различные типы характеров людей: «скупой», «лгун», «хвостун», что можно считать первой попыткой диагностики. В Древнем Риме за 2200 лет до н.э. уделялось огромное внимание отбору чиновников. Умение писать и считать и соответствующее поведение в быту включалось в определенные тесты. Платон при отборе людей, которые будут заниматься наукой писал: «...У них, друг мой, должна быть острая восприимчивость к наукам и быстрая сообразительность. Надо искать человека с хорошей памятью, несокрушимо твердого и во всех отношениях трудолюбивого». (Платон. Соч.: В 3 т. – М.: Мысль, 1971. – Т.3. – С.347.

Первым человеком, разработавшим нечто близкое к тесту для измерения ума был испанский ученый Хуан Хуарт (1530-1589), который интересовался пониманием, памятью и воображением.

### *Наивная психологическая диагностика*

В конце XIX- начале XX в. широкую известность приобретают такие «науки», как френология, физиогномика, графология, хиромантия. Согласно **френологии**, развитие разных участков мозга влияет на форму черепа. На черепе были обнаружены «шишки», величина которых связывалась с развитием ума. **Физиогномики** считали линии соотношения разных частей

лица показателями развития ума. *Графологи* считали, что по рисункам можно судить о нравственной устойчивости, креативности личности.

Психодиагностика прошла большой путь развития и становления. Психодиагностика выделилась из психологии и начала складываться на рубеже XX в.

### ***Зарождение научной психологической диагностики***

Выделяются два исторических этапа становления научной психодиагностики. Первый этап - «*клинический*» - охватывает период первой половины XIX в. (1801 -1850 гг.). Ключевая роль в добывании и анализе психологических знаний принадлежит врачам, которых интересуют причины происхождения психических заболеваний и неврозов. Формируются первые методы психодиагностики: наблюдение, опрос, анализ документов. Второй этап — «*статистический*», датируемый второй половиной XIX в. знаменуется развитием количественных методов психодиагностики.

### **Источники психодиагностики.**

1. Экспериментальная психология, в частности, изучение особенностей человеческой психики экспериментальным путем. Началом возникновения экспериментальной психологии считается 1878 г., потому что в этом году **В. Вундтом** (1832-1920) в Германии была открыта первая лаборатория экспериментальной психологии, где изучались ощущения, двигательные реакции, зрение, цветоощущения.

2. Ассоциативные методики **Фрэнсиса Гальтона** (1822-1911). Им были разработаны опросники-ассоциации, в процессе которых предлагалось испытуемым ответить на слово-раздражитель первой пришедшей в голову словесной ассоциацией. С помощью секундомера Гальтон фиксировал время ответа. Таким образом изучались интересы и установки личности. (Позже эти методики разрабатывались Германом Роршахом (чернильные пятна), Морганом – Тест тематической апперцепции (ТАТ).

3. Собственно экспериментальная психология. Метод **Германа Эббингауза** (1850-1909), который изучал законы памяти, используя искусственные сенсомоторные элементы речи.

4. Исследования **Джеймса Кеттела** (1860-1944), посвященные определению объема внимания и навыков чтения. Был изобретен прибор тахистоскоп, позволяющий предъявлять испытуемому зрительные стимулы на краткие отрезки времени, тем самым определять объем внимания, который равен 5 объектам.

5. Дифференциальная психология – психология индивидуального развития.

### **3. Актуальные проблемы диагностики нарушений развития**

История развития психолого-педагогических методов исследования в диагностике нарушений развития связана с требованиями практики -



медицинской и педагогической. **Объектами** изучения были дети, подростки, взрослые, имевшие различные нарушения психического и умственного развития. В зависимости от того, как разные исследователи понимали сущность умственной отсталости, они разрабатывали методы, которыми пользовались для ее выявления. Первыми психофизическим недоразвитием детей начали заниматься врачи-психиатры. Их усилия были направлены на отграничение умственной отсталости от душевных заболеваний, при этом они имели дело с наиболее глубокими и тяжелыми формами недоразвития. В работах французских врачей Ж. Эскироля и Э. Сегена, первых исследователей проблем умственно отсталых, даются некоторые дифференциально-диагностические критерии.

Ж. Эскироль считал показателем интеллектуального развития состояние речи, что в значительной мере повлияло на преобладание в последующих тестовых системах заданий вербального характера.

Э. Сеген придавал большое значение состоянию сенсорных и волевых процессов. Им была создана методика обучения глубоко умственно отсталых детей, частью которой были задания на сенсорное различение и развитие произвольных двигательных действий. Разработанные Э. Сегеном в 1866 г. "*Доски форм*" до сих пор популярны при обследовании умственно отсталых детей, они относятся к числу тестов действия, или невербальных тестов интеллекта. Следует отметить, что вплоть до середины XIX в. установление умственной отсталости оставалось преимущественно медицинской проблемой.

С введением в некоторых странах всеобщего начального обучения появилась практическая потребность в выявлении детей, не способных к обучению в обычных школах. В связи с этим в 60-е гг. XIX в. открылись первые вспомогательные классы, а также специальные школы для умственно отсталых детей. Теперь определять умственную отсталость стало гораздо сложнее, так как приходилось иметь дело с более легкими ее формами, которые трудно отграничить от сходных состояний при различных отклонениях в развитии у детей.

У прогрессивных врачей и педагогов вызывало беспокойство то обстоятельство, что во вспомогательные школы стали часто направлять детей на основании лишь одного показателя - неуспеваемости. При этом мало учитывались, а иногда и совсем не учитывались индивидуальные психологические особенности ребенка и причины, вызывающие неуспеваемость. Возникла необходимость упорядочения системы отбора детей во вспомогательные школы. Установление умственной отсталости превратилось в психолого-педагогическую проблему.

На помощь врачам и педагогам пришли психологи, которые в своем арсенале методик имели и появившиеся в эти годы (конец XIX - начало XX в.) **экспериментальные методы**. Начались поиски наиболее объективных, универсальных путей обследования детей, что следует рассматривать как положительное явление в развитии психологии данного периода.

Экспериментальные методы исследования детей стали использоваться в целях диагностики способностей. Некоторые психологи неправильно понимали сущность умственной отсталости, рассматривая ее как простое количественное отставание в развитии интеллекта детей. Они сводили умственную отсталость к нарушению лишь отдельных функций и задачи эксперимента видели в изучении только этих функций. Их методический подход заключался в измерении "количества ума" у обследуемого, что на практике приводило к значительным ошибкам в диагностировании умственной отсталости. Это измерение проводилось с помощью тестов.

**Тест** - это испытание, включающее в себя выполнение определенной задачи, идентичной для всех обследуемых субъектов, с применением точной техники для оценки успеха или неудачи или же для числовой записи результатов (А. Пьерон).

Одним из первых начал тестирование английский биолог Ф. Гальтон. Он разработал несложные испытания для исследования индивидуальных различий. При этом он считал главным показателем умственных способностей состояние сенсорных функций человека: остроту зрения и слуха, скорость психических реакций, способность различать тепло, холод, боль и т.п.

Идея исследования физических и умственных способностей методом тестов нашла свое развитие в трудах американского психолога Дж. М. Кеттелла. С его именем связано появление в психологической литературе термина "*интеллектуальный тест*".

Дж. М. Кеттелл создал серию тестовых испытаний, направленных на определение состояния простых функций, сенсомоторных реакций, скорости протекания психических процессов, чувствительности и т.п., для установления индивидуальных различий. Заслугой Кеттелла была *идея стандартизации тестов* в целях получения более точной информации.

Измерение более сложных психических процессов (восприятия, памяти и др.) легло в основу серии тестовых испытаний, созданных немецким психологом Э. Крепелином, который проводил изучение психически больных. Характеризуя период до начала XX в., ученые отмечают, что он оказал большое влияние на развитие психодиагностики и стал подготовительным и одновременно переходным этапом на пути разработки психологических тестов.

Последующая разработка тестов интеллекта связана с деятельностью французского психолога А. Бине, который еще в 1897 г. высказал мысль о разработке "*метрической шкалы рассудка*", т.е. такой системы изучения ребенка, при которой за основу берется измерение его "*умственного возраста*". При этом А. Бине ставил задачу создания тестов, с помощью которых можно было бы исследовать высшие психические процессы - мышление, память, воображение.

В 1904 г. А. Бине был приглашен в комиссию, созданную Министерством народного просвещения Франции для разработки

мероприятий, обеспечивающих надлежащее образование умственно отсталых детей, которые не могут усваивать программу обычной школы. Встала задача определения методов отбора этих детей в специальные школы. А. Бине совместно с Т. Симоном впервые приводят тесты в определенную систему, названную ими "*Метрической шкалой умственных способностей*". Первый вариант их "*Метрической шкалы*" был издан в 1905 г. Он содержал 30 тестов, расположенных в порядке возрастающей трудности. Эти тесты были направлены на определение у детей типа памяти, понимания словесных инструкций и др. В этом варианте не было возрастных показателей.

В 1908 г. вышел второй, переработанный, вариант "*Метрической шкалы*", в котором тесты были сгруппированы по возрастным ступеням (с 3 до 15 лет). Для каждого возраста применялось от трех до восьми тестов. Третий вариант появился в 1911 г. В нем А. Бине и Т. Симон предлагали тесты для обследования детей от 3 до 16 лет. Тесты были перераспределены с учетом их трудности. Для каждого возраста предлагалось по пять заданий. Но и в этом варианте выбор тестов не всегда был психологически обоснован.

Так, для одного возраста предлагались тесты на комбинирование, для другого - на исследование памяти. На это указывала А.М. Шуберт в своем предисловии к русскому изданию тестов. Она отмечала и другие недостатки тестов: по своей трудности они не всегда правильно отнесены к тому или иному возрасту, некоторые носят субъективный характер, успешное выполнение многих тестов зависит главным образом от жизненного опыта ребенка. Безусловно, ошибочной была и точка зрения авторов теста, что при определении способности следует фиксировать знания и умения ребенка только в данный момент. Они не учитывали диалектики развития, не принимали во внимание те качественные изменения в психике, которые появляются на разных этапах развития ребенка. Л.С. Выготский, критикуя подобный подход, писал: "Развитие ребенка ... мыслится как чисто количественный процесс нарастания качественно однородных и равных друг другу единиц, принципиально замещаемых на любой ступени развития. Год развития есть всегда год, идет ли речь о продвижении ребенка от шестилетнего к семилетнему или от двенадцати- к тринадцатилетнему возрасту. Такова основная концепция Бине, у которого год развития измеряется всегда пятью показателями, учитывающими как совершенно равнозначную величину определяемый умственный рост ребенка, будь это рост двенадцатого или третьего года жизни".

Фиксируя лишь конечные результаты работы с тестом, механически подсчитывая плюсы и минусы, полученные за ответы, не представлялось возможным проследить характер деятельности детей. Все это приводило к трудностям и ошибкам при диагностировании умственной отсталости, особенно когда обследовались дети с признаками легких интеллектуальных нарушений.

Наибольшей популярностью за рубежом пользовались тесты А. Бине и Т. Симона, причем их начали использовать во многих странах мира еще до

пересмотра варианта 1908 г. Около 60 авторов занимались модернизацией шкалы Бине - Симона, приспособлявая ее к социокультурным условиям своих государств. Изменения в шкалу внесли О. Декроли и Деган (Бельгия), Декедр (Швейцария), В. Штерн, Эмейман (Германия), Х. Годдард, Л. Термен (США).

*Вариант шкалы Бине - Симона*, подготовленный Л. Терменом в Стенфордском университете США, оказался, по мнению психологов, наиболее жизнеспособным. Одна из тенденций, которая обнаружилась в процессе модернизации системы, - уменьшение количества словесных тестов и увеличение количества тестов действия (невербальных). В процессе реконструкции шкалы Бине - Симона Л. Термен ввел новое требование, которому должен удовлетворять адекватный своему назначению тест: результаты его выполнения на большой выборке исследуемых должны распределяться по *кривой Гаусса*. Таким образом, предлагалось ранжирование испытуемых в зависимости от результатов тестирования.

Для интерпретации результатов выполнения теста Л. Термен впервые начал использовать введенное В. Штерном понятие "*интеллектуальный коэффициент*" (*IQ*), который представляет собой отношение умственного возраста к хронологическому (паспортному) возрасту. Интеллект тестируемых оценивался чисто количественно по сумме набранных ими баллов.

*Умственный возраст* определяется успешностью выполнения соответствующих типовых заданий. Для каждого возраста предусматриваются задания определенной трудности. Для каждого возраста типичный *IQ* равен  $100 \pm 16$ . Эта величина определяется тем, что в норме умственный возраст равен хронологическому: например, пятилетний ребенок выполняет задания, соответствующие его возрасту.

Однако никакие изменения и "улучшения" шкалы Бине - Симона не избавили ее от таких недостатков, как оценка лишь конечного результата при выполнении задания; не вскрывались трудности, которые встречались при этом у испытуемого. Совершенно не учитывалась роль помощи, а также влияние среды.

Следует указать, что к началу XX в. относятся и первые попытки длительного изучения детей. Так, в Бельгии по предложению О. Декроли при вспомогательных школах стали создавать особые "*наблюдательные*" классы с целью уточнения диагноза отдельных учащихся, а также выработки некоторых основных рекомендаций к последующей работе с ними. "Наблюдательные" классы являлись одним из элементов в структуре вспомогательной школы. Однако в дальнейшем они не получили широкого распространения. Очевидно, это было связано с развитием и все большим применением в тот период стандартизированных тестовых методов обследования, подкупавших исследователей своей простотой при использовании. Тяга к тестам вызвала ослабление внимания к длительным путям изучения ребенка.

В последующие годы и до настоящего времени продолжают разрабатываться различные *психодиагностические технологии* (тесты, опросники, психофизиологические методы и др.). Наряду с тестами интеллекта используются тесты, направленные на изучение личности. Особый интерес среди них представляют проективные техники - "*пятна*" *Роршаха*, *TAT Меррея* и *Моргана*, фрустрационный *тест Розенцвейга*.

Среди тестов интеллекта в настоящее время довольно широко используется *тест Д.Векслера* (так называемая шкала Векслера - Бельвью). Он был разработан в 40 - 50-е гг. XX в., причем помимо шкал для взрослых (WAIS) существуют шкалы и для детей (WISC). Данный тест включает как вербальные, так и невербальные шкалы, чем отличается от большинства тестов умственного развития. Кроме того, он предусматривает возможность определения характера отставания в интеллектуальном развитии (правда, критики этого теста утверждают, что вероятность ошибочной квалификации нарушений очень высока). В нашей стране тест Векслера адаптирован А.Ю. Панасюком. Стандартный *IQ*, вычисляемый по тесту, имеет среднее значение 100 и стандартное отклонение 15.

Еще одним популярным тестом стал тест *Дж. Равена*. Он состоит из 60 матриц, или композиций, с пропущенными элементами, которые должен восполнить испытуемый.

Необходимо отметить, что на параметры оценки по интеллектуальным тестам влияние оказывает то, как авторы определяют само понятие "умственная отсталость", претерпевшее значительные концептуальные изменения в период 1960 - 1990 гг.

Ведется разработка тестов и для детей младенческого и раннего возрастов. Например, широкое распространение получили *шкалы Н. Бейли* для исследования детей с 2 мес до 2,5 лет. В них оценивается: умственное развитие (восприятие, память, зачатки словесного общения, элементы абстрактного мышления, обучаемость), моторное развитие (умение сидеть, стоять, ходить, развитость мелких движений пальцев руки), эмоциональное и социальное поведение. Хотя шкалы Бейли констатируют лишь уровень развития функций в данный момент, не ставя целью давать прогноз, они тем не менее очень полезны для раннего выявления тех или иных сенсорных, неврологических, эмоциональных нарушений.

Следует отметить, что в процессе разработки и модернизации Тестов авторы совершенствовали методику их использования, стремясь к большей надежности и объективности при оценке результатов. Как отмечает К.М. Гуревич, для большинства современных зарубежных тестов характерен высокий методический уровень, высокая валидность (т.е. адекватность и действенность теста), а также репрезентативность выборок, на которых получены стандартные показатели.

#### 4. Развитие психолого-педагогических методов исследования в отечественной психодиагностике

В нашей стране разработка психолого-педагогических методов диагностики нарушений развития имеет свою историю. Необходимость в разработке методов выявления умственной отсталости у детей возникла в начале XX в. в связи с открытием в 1908 - 1910 гг. первых вспомогательных школ и вспомогательных классов. Группа педагогов и врачей-энтузиастов (Е.В. Герье, В.П. Кащенко, М.П. Постовская, Н.П. Постовский, Г.И. Россолимо, О.Б. Фельцман, Н.В. Чехов и др.) проводила массовое обследование неуспевающих учащихся московских школ для того, чтобы выявить детей, неуспеваемость которых была обусловлена интеллектуальной недостаточностью. Изучение проводилось путем сбора анкетных данных о детях, изучения педагогических характеристик, условий домашнего воспитания и врачебного обследования детей.

В эти годы исследователи испытывали большие трудности из-за недостатка научных медицинских и психологических данных об умственной отсталости. Тем не менее надо отметить, к чести отечественных психологов, педагогов, врачей, что их работа по обследованию детей отличалась большой тщательностью, стремлением исключить возможность ошибок при установлении умственной отсталости. Большая осторожность при определении диагноза диктовалась главным образом гуманными соображениями. Вопросы методов обследования детей были предметом обсуждения на Первом Всероссийском съезде по экспериментальной педагогике (1910 Петербург), Первом Всероссийском съезде по вопросам народного образования (1914 г., Петербург). Хотя большинство участников съездов высказывались за использование тестового метода при психологических исследованиях, большое значение придавалось методу наблюдения, а также физиологическому и рефлексологическому методам. Ставился вопрос о динамическом единстве методов изучения ребенка. Однако съезды не разрешили споров, возникших вокруг вопроса о методах исследования, что в значительной мере можно объяснить недостаточно научной позицией, которую занимали в те годы многие психологи, педагоги и врачи.

Представляет интерес метод изучения детей, созданный крупнейшим русским невропатологом Г.И. Россолимо. Будучи сторонником экспериментальных исследований в психологии, он отстаивал необходимость использования тестовых методов. Г.И. Россолимо сделал попытку создать такую систему испытаний, с помощью которой можно было бы исследовать как можно больше отдельных психических процессов. Г.И. Россолимо изучал (в основном с помощью невербальных заданий): внимание и волю, точность и прочность зрительных восприятий, ассоциативные процессы. Результат вычерчивался в виде графика-профиля, отсюда и название метода - *"Психологические профили"*. Полный вариант системы испытаний Г.И.

Россолимо содержал 26 исследований, каждое из которых состояло из 10 задач и продолжалось 2 часа, проводилось в три приема. Понятно, что такая система из-за своей громоздкости была неудобной для применения, поэтому Г.И. Россолимо в дальнейшем упростил ее, создав "*Краткий метод исследования умственной отсталости*". Этот метод использовался независимо от возраста испытуемого. В него входило исследование 11 психических процессов, которые оценивались по 10 заданиям (всего 110 заданий). Результат изображался в виде кривой - "профиля".

По сравнению с методикой Бине - Симона в методике Россолимо была сделана попытка качественно-количественного подхода к оценке результатов работы ребенка. По мнению психолога и педагога П.П. Блонского, "профили" Г.И. Россолимо наиболее показательны для определения умственного развития. В отличие от зарубежных тестов в них проявляется тенденция многоаспектной характеристики личности. Однако и методика Г.И. Россолимо имела ряд недостатков, в частности недостаточно полный выбор исследуемых процессов. Г.И. Россолимо не исследовал словесно-логическое мышление детей, не давал задания для установления их обучаемости.

Л.С. Выготский отмечал, что разложив сложную деятельность человеческой личности на ряд отдельных простых функций и измеряя каждую из них путем чисто количественных показателей, Г.И. Россолимо попытался суммировать совершенно несоизмеримые слагаемые. Характеризуя в целом методы тестов, Л.С. Выготский указывал, что они дают лишь негативную характеристику ребенка и хотя и указывают на невозможность его обучения в массовой школе, но не вскрывают, в чем заключаются качественные особенности его развития.

Как уже отмечалось, большинство отечественных психологов, используя тесты, не считали их единственным универсальным средством изучения личности детей. Так, например, А.М. Шуберт, которая перевела тесты Бине - Симона на русский язык, отмечала, что исследование умственной одаренности по их методу отнюдь не исключает психологически правильно поставленного *систематического наблюдения* и свидетельства школьных успехов - оно их лишь дополняет. Немного раньше, характеризуя различные системы тестов, она также указывала, что выявить главный дефект психики, охарактеризовать случай может только длительное, планомерное наблюдение, и лишь в помощь ему могут предприниматься многократные повторные и тщательно поставленные экспериментально-психологические исследования душевных способностей.

На необходимость наблюдения за детьми указывали многие исследователи, занимавшиеся проблемами умственной отсталости (В.П. Кащенко, О.Б. Фельдман, Г.Я. Трошин и др.). Особенно важны материалы сравнительных психологических и клинических исследований нормальных и ненормальных детей, проводившиеся Г.Я. Трошиным. Полученные им данные обогащают не только специальную психологию, но и помогают в решении вопросов дифференциальной психодиагностики. Г.Я. Трошин

подчеркивал также ценность наблюдения за поведением детей в естественных условиях. Первым, кто создал *специальную методiku проведения целенаправленных наблюдений*, был А.Ф. Лазурский - автор ряда трудов по изучению человеческой личности: "Очерки науки о характерах", "Школьные характеристики", "Программа исследования личности", "Классификация личности". Хотя метод А.Ф. Лазурского тоже имеет недостатки (он понимал деятельность ребенка лишь как проявление врожденных свойств и предлагал выявлять эти свойства, чтобы уже в соответствии с ними строить педагогический процесс), однако в его трудах есть много полезных рекомендаций. Большой заслугой А.Ф. Лазурского стало изучение ребенка в деятельности в естественных условиях путем объективного наблюдения и разработка так называемого *естественного эксперимента*, включающего в себя как элементы целенаправленного наблюдения, так и специальные задания.

Преимущество естественного эксперимента по сравнению с лабораторным наблюдением заключается в том, что он помогает исследователю получить необходимые ему факты путем специальной системы занятий в привычной для детей обстановке, где нет никакой искусственности (ребенок даже не подозревает, что за ним наблюдают). Экспериментальные уроки явились большим научным достижением в изучении школьников. Характеризуя их, А.Ф. Лазурский отмечал, что экспериментальным уроком называется такой урок, в котором на основании предшествующих наблюдений и анализов сгруппированы наиболее показательные в характерологическом отношении элементы данного учебного предмета, так что соответствующие им индивидуальные особенности учеников проявляются на таком уроке очень резко.

А.Ф. Лазурский создал специальную программу изучения индивидуальных проявлений детей на уроках, указав проявления, подлежащие наблюдению, и их психологическое значение. Им разработаны также планы экспериментальных уроков, выявляющие качества личности.

Особая роль в разработке научных основ диагностики детей с отклонениями в развитии принадлежит Л.С. Выготскому, рассматривавшему личность ребенка в развитии, в неразрывной связи с тем воздействием, которое оказывают на него воспитание, обучение и среда. В отличие от тестологов, которые статически констатировали лишь уровень развития ребенка в момент обследования, Л.С. Выготский отстаивал динамический подход к изучению детей, считая обязательным не только учитывать то, чего ребенок уже достиг в предшествующих жизненных циклах, но главным образом - установить ближайшие возможности детей. Л.С. Выготский предлагал не ограничиваться в изучении ребенка одноразовыми испытаниями того, что тот может сделать сам, а проследить за тем, как он воспользуется помощью, каков, следовательно, прогноз на будущее в деле его обучения и воспитания. Особенно остро он поставил вопрос о



необходимости установления качественных особенностей протекания психических процессов, выявления перспектив развития личности.

Положения Л.С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития, о роли взрослого в формировании психики ребенка имеют большое значение. Позже, в 70-е гг. XX в., на основе этих положений был разработан чрезвычайно важный метод исследования детей с отклонениями в развитии - *"обучающий эксперимент"* (А.Я. Иванова). Этот вид эксперимента позволяет оценить потенциальные возможности ребенка, перспективы его развития, определить рациональные пути последующей педагогической работы. Кроме того, он чрезвычайно полезен при дифференциальной диагностике. Очень важно требование Л.С. Выготского изучать интеллектуальное и эмоционально-волевое развитие детей в их взаимосвязи.

В работе *"Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства"* Л.С. Выготский предложил схему педологического исследования детей, которая включает в себя следующие этапы.

1. Тщательно собранные жалобы родителей, самого ребенка, воспитательного учреждения.
2. История развития ребенка.
3. Симптоматология (научное констатирование, описание и определение симптомов) развития.
4. Педологический диагноз (вскрытие причин и механизмов образования данного симптомокомплекса).
5. Прогноз (предсказание характера детского развития).
6. Педагогическое или лечебно-педагогическое назначение.

Раскрывая каждый из этих этапов исследования, Л.С. Выготский указывал на наиболее важные его моменты. Так, он подчеркивал, что необходимо не просто систематизировать выявленные симптомы, а проникнуть в сущность процессов развития. Анализ истории развития ребенка, по мнению Л.С. Выготского, предполагает определение внутренних связей между сторонами психического развития, установление зависимости той или иной линии развития ребенка от вредоносных влияний среды. Дифференциальная диагностика должна строиться на основе сравнительного исследования, не ограничиваясь измерением интеллекта, а учитывая все проявления и факты созревания личности. Эти положения Л.С. Выготского - большое достижение отечественной науки.

Следует отметить, что в сложной социально-экономической обстановке в стране в 20 - 30-е гг. XX в. передовые педагоги, психологи, врачи много внимания уделяли проблемам изучения детей. В Детском обследовательском институте (Петроград) под руководством А.С. Грибоедова, на Медико-педагогической опытной станции (Москва), руководимой В.П. Кашенко, в ряде обследовательских кабинетов и научно-практических учреждений среди различных исследований в области дефектологии большое место занимала разработка диагностических методик. Именно в этот период отмечалась активная деятельность педологов. Своей первоочередной задачей они

считали помощь школе в изучении детей, избрав тесты в качестве инструмента в этой работе. Однако их усилия привели к тому, что в школах началось массовое тестирование. А так как не все используемые тестовые методики были совершенны и не всегда ими пользовались специалисты, результаты оказывались во многих случаях недостоверными. Дети педагогически и социально запущенные признавались умственно отсталыми и направлялись во вспомогательные школы.

На недопустимость такой практики и было указано в постановлении ЦК ВКП(б) от 4 июля 1936 г. *"О педологических извращениях в системе наркомпросов"*. Но этот документ был воспринят как полный запрет на использование при обследовании детей каких бы то ни было психодиагностических методик, и особенно тестов. В результате психологи на долгие годы прекратили свои исследования в этой области, что причинило большой урон развитию психологической науки и практики.

В последующие годы, несмотря на все сложности, энтузиасты-дефектологи, психологи, врачи искали пути и методы более точной диагностики психических отклонений. Лишь в случаях явно выраженной умственной отсталости допускалось обследование в медико-педагогических комиссиях (МПК) детей без пробного обучения их в школе. Специалисты МПК стремились к тому, чтобы не допустить ошибочных заключений о состоянии ребенка и неверного выбора типа учреждения, в котором он должен продолжать обучение. Однако недостаточная разработанность методов и критериев дифференциальной психодиагностики, низкий уровень организации работы медико-педагогических комиссий отрицательно сказывались на качестве обследования детей.

В 50-70-е гг. XX в. внимание ученых и практических работников к проблемам комплектования специальных учреждений для умственно отсталых, а значит, и к использованию психодиагностических методик, усилилось. В этот период велись интенсивные исследования в области патопсихологии под руководством Б.В. Зейгарник, разрабатывались нейропсихологические методы исследования детей под руководством А.Р. Лурия. Исследования этих ученых значительно обогатили теорию и практику экспериментально-психологического изучения умственно отсталых детей. Большая заслуга в разработке принципов, методов, путей изучения детей при комплектовании специальных учреждений для умственно отсталых детей принадлежит психологам и педагогам Г.М. Дульневу, С.Д. Забрамной, А.Я. Ивановой, В.И. Лубовскому, Н.И. Непомнящей, С.Я. Рубинштейн, Ж.И. Шиф и др.

В 80 - 90-е гг. XX в. все более активизируются усилия специалистов в деле разработки и совершенствования организационных форм и методов изучения детей с отклонениями в развитии, нуждающихся в специальном обучении и воспитании. Осуществляется ранняя дифференциальная диагностика, разрабатываются психолого-диагностические методы исследования. По инициативе органов образования, Совета общества

психологов в 1971 - 1998 гг. проводятся конференции, съезды, семинары по проблемам психодиагностики и комплектования специальных учреждений для аномальных детей. Министерство образования ежегодно организует курсы подготовки и переподготовки кадров, которые непосредственно осуществляют эту работу. Исследования в этой области продолжаются и по сей день.

К сожалению, как отмечает В.И. Лубовский (1989), далеко не все научные положения и методологические подходы к диагностике отклонений в развитии, разработанные Л.С. Выготским, С.Я. Рубинштейн, А.Р. Лурия и другими, используются в настоящее время, и собственно психологическая диагностика осуществляется "на интуитивно-эмпирическом уровне", зависит от опыта и квалификации специалистов. Отрицательно сказывается на результатах диагностических исследований и тот факт, что психологи стали произвольно использовать отдельные фрагменты тестовых батарей, отдельные задания из классических тестов (например, из теста Векслера), не получая целостной картины развития ребенка.

На современном этапе большое значение для развития диагностики отклонений в развитии имеют исследования В.И. Лубовского. Еще в 70-е гг. XX в. он занимался проблемами диагностики психического развития и выдвинул ряд важных положений, призванных сделать диагностику более точной и объективной. Так, отмечая наличие общих и специфических нарушений для каждой категории детей с отклонениями в развитии, В.И. Лубовский указывает на перспективы развития дифференциальной диагностики, подчеркивая важность сочетания количественной оценки уровня развития психических функций с качественным, структурным анализом - при преобладании последнего. В этом случае уровень развития той или иной функции выражается не только в условных баллах, но и имеет содержательную характеристику. Такой подход представляется весьма плодотворным, хотя его настоящая реализация станет возможной после кропотливой работы ученых и практиков в этом направлении.

Обогащают современную диагностику психического развития *нейропсихологические методы*, которые в последние годы стали все более широко применяться. Нейропсихологические методики позволяют определять уровень сформированности корковых функций, помогают выявить основной радикал нарушений деятельности. Кроме того, современные нейропсихологические методики дают возможность использования именно качественно-количественного подхода, объективизации результатов, выявления индивидуальной структуры нарушений.

**Вопросы для изучения:**

1. Вклад Л.С. Выготского в развитие психологической диагностики .
2. Принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей.
3. Этапы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей.

**1. Вклад Л.С. Выготского в развитие психологической диагностики**

Современная отечественная специальная психология базируется на позициях общественно-исторического происхождения психики. На ее развитие огромное влияние оказали идеи Л.С. Выготского о прижизненном формировании психики ребенка путем присвоения культурно-исторического опыта. Согласно представлениям Л.С. Выготского, сложные психические процессы - *высшие психические функции* (ВПФ) - являются продуктом исторического развития и имеют сложное строение.

Это особенность не только высших, но и элементарных психических функций человека, таких как тональный слух, фонематический слух и др., имеющих социальную природу. Следует подчеркнуть, что усвоение социального опыта, приводящее к возникновению сложных форм психической деятельности, нельзя рассматривать как процесс овладения готовым содержанием. Усвоение общественного опыта не сводится к приобретению ребенком знаний, умений, культурных навыков. Это глубокий и сложный процесс, включающий формирование потребностей, мотивов, личности ребенка. Усвоение общественного опыта происходит в активной деятельности ребенка - предметной, игровой, учебной, в общении и т.д. В формировании высших психических функций общение играет важнейшую роль, уже на ранних этапах онтогенеза определяя возможность взаимодействия ребенка со взрослыми.

Развитие психических функций проходит ряд этапов, и только после этого они становятся сложными психическими процессами. Все сложные формы психической деятельности (произвольное внимание, логическая память, отвлеченное мышление и др.) имеют опосредствованное строение, в котором главная роль принадлежит речи. Слово может замещать предметы и явления в их отсутствии, опосредствуя тем самым протекание любого психического процесса и становясь одним из звеньев его структуры. Речь переводит строение и осуществление высших психических функций на новый, более высокий уровень.

Центральный момент формирования высших психических функций - возникновение символической деятельности, овладение словесными знаками. Вначале знак выступает как внешний, вспомогательный, стимул. Л.С.

Выготский указывал, что каждая психическая функция в своем развитии проходит две стадии: на первой стадии, "*интерпсихологической*", функция существует как форма взаимодействия между людьми, на второй - как внутренней, "*интрапсихологической*", процесс.

Процесс формирования высших психических функций растянут на годы. Он зарождается в речевом общении и завершается полноценной символической деятельностью. Психическое развитие ребенка, формирование его личности тесно связаны с процессами обучения и воспитания.

Таким образом, высшие психические функции рассматриваются психологией как сложные психические процессы, возникающие на основе элементарных сенсорных процессов, которые затем "*интериоризируются*", превращаясь в умственные действия. Решающая роль в формировании высших психических функций принадлежит речи, благодаря которой они становятся осознанными и произвольными.

Для объяснения психофизиологических механизмов высших психических функций используется концепция П.К. Анохина о *функциональных системах*. А.Р. Лурия указывал, что функциональные системы не появляются в готовом виде к моменту рождения ребенка, а формируются в процессе его общения и предметной деятельности и являются материальным субстратом психических функций.

*Функциональная система* - это динамическое образование, интегрирующее значительное число анатомических и физиологических образований, часто расположенных в разных частях нервной системы, однако объединенных для выполнения одной задачи.

Отечественные психологи (А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев) неоднократно подчеркивали, что физиологической основой высших психических функций являются не отдельные участки или центры коры головного мозга, а функциональные системы совместно работающих корковых зон. Эти функциональные системы формируются в процессе жизнедеятельности ребенка, постепенно приобретая характер сложных, прочных межфункциональных связей. Это важное научное положение коренным образом изменило представления о сущности развития человеческой психики.

В исследованиях физиологов и психологов показано, что зрелость отдельных функциональных систем на определенных этапах развития не одинакова: одни системы уже сформировались, другие только начинают формироваться. В этом и заключается *принцип гетерохронности* - неодновременности развития функциональных систем. Каждая функциональная система и даже отдельные ее звенья имеют собственную, особую программу развития, но работают как единое целое. Интегративная деятельность коры головного мозга определяет теснейшее взаимодействие различных функциональных систем, их взаимообусловленность. Наряду с гетерохронией созревания отдельных функциональных систем необходима

*синхронность* в их взаимодействиях. В каждом возрастном периоде определенная функциональная система должна находиться в определенной степени зрелости, иначе не сможет осуществляться согласованная деятельность этих систем (Л.О. Бадалян). Итак, психические процессы и свойства личности не являются результатом созревания отдельных зон или участков головного мозга. Они складываются в онтогенезе и зависят от социальной ситуации развития ребенка.

Л.С. Выготский обобщил работы своих предшественников (Г.Я. Трошина, А.С. Грибоедова, Э. Сегена, М. Монтессори и др.) и разработал *концепцию аномального развития*. В основу этой концепции положена культурно-историческая теория психического развития, которую Л.С. Выготский разработал изучая особенности нормального развития. Основные положения концепции аномального развития Л.С. Выготского не утратили своего значения до сегодняшнего дня. В 50 - 90-е гг. XX в. они получили развитие в трудах ведущих отечественных ученых Т.А. Власовой, Ж.И. Шиф, В.И. Лубовского, В.В. Лебединского, Е.М. Мастюковой и др.

*Дети с нарушениями развития* (с проблемами в развитии, с отклонениями в развитии, с недостатками психофизического развития) - это дети, у которых вследствие врожденной недостаточности или приобретенного органического поражения сенсорных органов, опорно-двигательного аппарата или центральной нервной системы имеются отклонения от нормативного развития психических функций.

В некоторых случаях нарушения развития могут быть вызваны и микросоциальными, средовыми причинами, не связанными с патологией анализаторов или центральной нервной системы. К таким факторам можно отнести неблагоприятные формы семейного воспитания, социальную и эмоциональную депривацию и т.д. Особенно тяжелые последствия имеет действие негативных микросоциальных факторов в период возрастных кризисов, когда отмечаются существенные качественные и количественные изменения в психическом развитии ребенка и подростка.

Еще Г.Я. Трошин выдвинул идею об общих закономерностях нормального и аномального развития, что подтвердилось в дальнейшем в работах многих исследователей (Т.А. Власова, Ж.И. Шиф, В.И. Лубовский). И при нормальном, и при нарушенном развитии формирование психики ребенка носит поступательный характер. Каждый из этапов развития завершается формированием принципиально новых качеств - *новообразований*, которые, в свою очередь, становятся основой для следующего этапа.

Обосновывая положения об общности законов нормального и аномального развития, Л.С. Выготский подчеркивал, что общим для них является социальная обусловленность психического развития: социальное, в том числе педагогическое, воздействие составляет источник формирования высших психических функций как в норме, так и при нарушенном развитии. В то же время может быть выделен ряд закономерностей, не наблюдающихся

у "нормальных" детей, но характерных для детей с нарушениями развития. Общие закономерности аномального развития были систематизированы и обобщены в трудах Т.А. Власовой и В.И. Лубовского.

Идея Л.С. Выготского *о системном строении дефекта* позволила ему выделить в аномальном развитии две группы явлений. Это *первичные нарушения*, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни; *вторичные нарушения*, возникающие в ходе социального развития ребенка, его взаимодействия с окружающим миром. Аномальное развитие определяется временем возникновения первичного нарушения и тяжестью его выраженности. Механизм формирования вторичных нарушений может быть различным, но существенную роль в нем всегда играет социальный фактор. Отклонения, возникающие вследствие поражения органов зрения, слуха или тех или иных структур головного мозга, различны по своему характеру, силе и значимости у каждой категории детей с нарушениями развития. Однако общим для всех этих случаев является то, что наличие первичного нарушения оказывает влияние на весь ход дальнейшего развития ребенка. Вторичные нарушения являются основным объектом психодиагностики и психолого-педагогического коррекционного воздействия.

В работах ведущих отечественных специалистов показано, что первичное нарушение у детей приводит к нарушению умственной работоспособности, недостаткам общей и мелкой моторики, трудностям во взаимодействии с окружающим миром, изменению способов коммуникации и средств общения, недостаточности словесного опосредствования, в частности вербализации, искажению познания окружающего мира, бедности социального опыта. Трудности социальной адаптации, нарушения взаимодействия с социальной средой отмечал еще Л.С. Выготский. Ж.И. Шиф подчеркивала, что еще одной общей закономерностью аномального развития являются изменения в развитии личности ребенка. Особенности такой личности являются пониженный фон настроения, астенические черты, нередко ипохондричность, тенденция к ограничению социальных контактов, низкая самооценка, тревожность, легкость возникновения страха. Такие нарушения особенно вероятны при неправильном семейном воспитании и при неправильно организованном обучении. Изменения способов коммуникации проявляются в том, что у детей нарушается речевое общение, возрастает роль невербальных средств коммуникации. Как общую закономерность аномального развития В.И. Лубовский отмечал нарушение способности к приему и переработке информации: уменьшается скорость и объем воспринимаемой информации, нарушается хранение информации и ее использование. Еще одна общая закономерность аномального развития - нарушение словесной регуляции деятельности, что проявляется в недостаточности и специфических особенностях словесного опосредствования. Трудности при приеме и переработке информации, трудности словесного опосредствования, особенно вербализации, искажение

запоминаемого материала ведут к нарушениям в развитии мышления, в частности к замедленному формированию процессов обобщения и отвлечения, трудностям символизации. Все эти особенности формирования познавательной и речевой деятельности ведут к нарушениям познания окружающего мира, запас знаний и представлений о котором у детей с проблемами в развитии всегда недостаточен.

Однако наряду с особенностями развития, влекущими трудности адаптации и обучения детей с нарушениями развития, существуют и закономерности положительного характера. Одна из них была отмечена еще Л.С. Выготским как наличие потенциальных возможностей формирования психики у детей с нарушениями развития в виде *зоны ближайшего развития*. Еще одна закономерность была сформулирована В.И. Лубовским при изучении словесной регуляции действий у детей. Он показал возможность выработки новых условных связей без участия речи или при частичном словесном опосредствовании, что может рассматриваться как *компенсаторный механизм*, способствующий более легкому образованию условных связей. Таким образом, нарушенное развитие имеет закономерности, характеризующие как отставание в формировании психики, так и возможную компенсацию нарушений.

Помимо общих закономерностей есть и специфические закономерности, или особенности, которые свойственны только некоторым типам нарушенного развития и не наблюдаются у детей других категорий. Именно наличие этих специфических закономерностей позволяет нам разграничивать категории детей между собой, т.е. специфические закономерности выступают как дифференциально-диагностические критерии. Однако В.И. Лубовский указывал, что специфических закономерностей установлено гораздо меньше, чем общих. Этот факт объясняет те трудности, которые возникают при дифференциальной диагностике нарушения развития у детей.

В настоящее время принято выделять несколько категорий (типов) детей с нарушениями развития: с нарушениями слуха (неслышащие и слабослышащие); с нарушениями зрения (незрячие и слабовидящие); с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; с тяжелыми нарушениями речи; с задержкой психического развития; умственно отсталые; с тяжелыми нарушениями эмоционально-волевой сферы; с нарушениями поведения; со сложными нарушениями развития, у которых сочетаются два или более первичных нарушения. Каждая категория детей имеет специфические психолого-педагогические особенности, которые необходимо учитывать при определении стратегии и тактики психолого-педагогического изучения.

Таким образом, в результате сочетания первичных и вторичных нарушений при аномальном развитии формируется сложная картина нарушений, которая, с одной стороны, индивидуальна у каждого ребенка, а с другой - имеет много сходных характеристик в пределах каждого типа



нарушенного развития. Эта специфика определяет необходимость создания специальных образовательных условий, соответствующих психофизическим особенностям детей, относящихся к каждому типу нарушенного развития.

Таким образом, ведущими теоретико-методологическими положениями, на которых строится современная психодиагностика нарушенного развития, являются следующие.

1. Каждый тип нарушенного развития характеризуется свойственной только ему специфической психологической структурой. Эта структура определяется соотношением первичного и вторичных нарушений, иерархией вторичных нарушений.

2. Внутри каждого типа нарушенного развития наблюдается многообразие проявлений, особенно по степени и выраженности нарушений.

3. Диагностика строится с учетом общих и специфических закономерностей нарушенного развития.

4. Диагностика ориентируется на выявление не только общих и специфических недостатков развития, но и положительных свойств ребенка, его потенциальных возможностей.

5. Итогом диагностики нарушенного развития является установление *психолого-педагогического диагноза*, который не ограничивается типом нарушенного развития. Он должен отражать индивидуальные особенности психофизического развития ребенка и включать рекомендации к разработке индивидуальной программы коррекционной работы.

В психолого-педагогическом диагнозе указывается педагогическая категория нарушенного развития, степень выраженности нарушения, недостатки развития, осложняющие ведущие нарушения, на которые необходимо обратить внимание в ходе коррекционно-педагогической работы. Если обследование проводится перед поступлением ребенка в школу, то необходимо определить готовность ребенка к обучению в школе общего назначения или в специальной (коррекционной) школе.

Психодиагностика нарушений развития выявляет своеобразие психического развития ребенка, его психолого-педагогические особенности. Знание этих особенностей позволяет определить тип образовательного учреждения, соответствующий возможностям ребенка, программу его дошкольного и школьного образования, разработать индивидуальную программу медико-психолого-педагогической помощи.

## **2. Принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей**

Психодиагностика нарушенного развития должна определять направление обучения ребенка, его специфические образовательные потребности и возможный уровень его образования, указать основные направления коррекционно-развивающего обучения, т.е. быть

дифференциальной и прогностической. В процессе диагностики должны определяться и оптимальные организационные формы обучения ребенка, и рекомендации индивидуального планового обучения. Диагностику нарушенного развития на современном этапе необходимо проводить с опорой на ряд принципов (подходов), ранее описанных в трудах ведущих специалистов (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, С.Д. Забрамная).

*Комплексное изучение* развития психики ребенка предполагает вскрытие глубоких внутренних причин и механизмов возникновения того или иного отклонения, осуществляется группой специалистов (врачи, педагоги-дефектологи, логопед, психолог, социальный педагог). Используется не только клиническое и экспериментально-психологическое изучение ребенка, но и другие методы: анализ медицинской и педагогической документации, наблюдение за ребенком, социально-педагогическое обследование, а в наиболее сложных случаях - нейрофизиологическое, нейропсихологическое и другие обследования.

*Системный подход* к диагностике психического развития ребенка опирается на представление о системном строении психики и предполагает анализ результатов психической деятельности ребенка на каждом из ее этапов. Системный анализ в процессе психолого-педагогической диагностики предполагает не только выявление отдельных нарушений, но и установление взаимосвязей между ними, их иерархии. Очень важно, чтобы были выявлены не только явления негативного характера, но и сохранные функции и положительные стороны личности, которые составят основу для коррекционных мероприятий.

*Динамический подход* к изучению ребенка с нарушением развития предполагает прослеживание изменений, которые происходят в процессе его развития, а также учет его возрастных особенностей. Это важно при организации обследования, выборе диагностического инструментария и анализе результатов изучения. Необходим учет текущего состояния ребенка, учет возрастных качественных новообразований и их своевременная реализация в различных видах деятельности ребенка. Очень важен учет возрастного фактора при осуществлении диагностического обучения, которое организуется только в пределах тех заданий, которые доступны детям данного возраста.

*Выявление и учет потенциальных возможностей ребенка* - этот принцип опирается на теоретическое положение Л.С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития ребенка. Потенциальные возможности ребенка в виде зоны ближайшего развития определяют возможности и темп усвоения новых знаний и умений. Эти возможности выявляются в процессе сотрудничества ребенка со взрослым при усвоении ребенком новых способов действий.

*Качественный анализ* результатов психодиагностического изучения ребенка включает следующие параметры: отношение к ситуации обследования и заданиям; способы ориентации в условиях заданий и способы

выполнения заданий; соответствие действий ребенка условиям задания, характеру экспериментального материала и инструкции; продуктивное использование помощи взрослого; умение выполнять задание по аналогии; отношение к результатам своей деятельности, критичность в оценке своих достижений. Качественный анализ результатов психодиагностики не исключает количественной оценки результатов выполнения отдельных диагностических заданий.

*Необходимость раннего диагностического изучения ребенка* позволяет выявить и предотвратить появление вторичных наслоений социального характера на первичное нарушение и своевременно включить ребенка в коррекционное обучение.

*Единство диагностической и коррекционной помощи детям с нарушениями развития.* Задачи коррекционно-педагогической работы могут быть решены только на основе диагностики, определения прогнозов психического развития и оценки потенциальных возможностей ребенка.

### **3. Этапы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей**

Психодиагностика нарушенного развития должна осуществляться в три этапа: скрининг-диагностика; дифференциальная диагностика; углубленное психолого-педагогическое изучение ребенка с целью разработки индивидуально-коррекционной программы. На каждом этапе имеются свои специфические задачи и с каждым этапом связан круг проблем, характеризующих состояние современной психодиагностики.

Основными задачами *скрининг-диагностики* являются своевременное выявление детей с различными отклонениями и нарушениями психического развития в популяции, в том числе и в условиях массовых образовательных учреждений, примерное определение спектра психолого-педагогических проблем развития ребенка. Кроме того, скрининг-диагностика позволяет решать задачи, связанные с оценкой качества обучения и воспитания детей в образовательном учреждении: выявлять недостатки воспитательно-образовательного процесса в конкретном образовательном учреждении, а также недостатки той или иной программы обучения и воспитания детей.

Проблема организации и проведения скрининг-диагностики в настоящее время решается по-разному. На практике встречается несколько вариантов. *Например*, педагоги, столкнувшись в своей работе с трудностями в обучении и воспитании ребенка, которые вызваны какими-то его особенностями, обращаются с запросом к психологу образовательного учреждения дать оценку этим особенностям и разработать соответствующие рекомендации к работе с таким ребенком. В другом случае родители обращаются с запросом к психологу: дать оценку особенностей поведения или трудностей в воспитании ребенка и рекомендации по проведению воспитательно-образовательных мероприятий. Следует подчеркнуть, что

таких обращений значительно больше в отношении детей старшего дошкольного возраста, так как именно этот возраст рассматривается как "подготовительный" к школе, и родители начинают замечать, что у ребенка имеются те или иные проблемы психологического плана. И, наконец, выявление детей с проблемами в развитии может осуществляться по результатам специально организованного скрининг-обследования. По форме проведения скрининг-обследование может быть индивидуальным или групповым. Этот подход наиболее соответствует современным требованиям к выявлению детей с нарушениями развития, но, к сожалению, используется нечасто.

Используемый при скрининге набор методик не всегда отвечает задачам скринингового исследования, профессиональная подготовка педагогов-психологов обычно бывает недостаточной для квалификации нарушения развития. Ведущей сегодня остается скрининговая диагностика "по обращению", которая не дает возможности обеспечить всестороннее изучение особенностей каждого ребенка и оказать психологическую и педагогическую помощь тем детям, которые в ней нуждаются.

*Дифференциальная диагностика* направлена на определение типа нарушенного развития, именно по ее результатам определяется направление обучения ребенка и его организационные формы.

Задачи дифференциальной диагностики следующие: разграничение степени и характера нарушений умственного, речевого и эмоционального развития ребенка; выявление первичного и вторичного нарушений и системный анализ структуры нарушения; оценка особенностей нарушений психического развития при недостатках зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата; определение и обоснование педагогического прогноза.

На основании этих данных определяются тип образовательного учреждения, программа обучения, организация коррекционно-педагогического процесса. Дифференциальная диагностика осуществляется *психолого-медико-педагогической комиссией* (ПМПК). Группа специалистов, проводящих диагностику, реализует комплексный подход к изучению ребенка с проблемами в развитии. Решение по итогам диагностики принимается коллегиально. Работа строится по определенной системе с учетом индивидуальных особенностей ребенка (*организация и содержание деятельности ПМПК подробно на СЗ*).

В настоящее время существует *круг проблем*, связанных с дифференциальной диагностикой нарушенного развития. Известно, что сходные психологические особенности наблюдаются у детей с разными типами (категориями) нарушенного развития. *Например*, недостатки речевого развития или пониженная обучаемость характеризуют практически всех детей с нарушениями развития. Специфических особенностей, определяющих каждый тип нарушенного развития, которые и могут служить критериями дифференциальной диагностики, известно значительно меньше (В.И. Лубовский). Это связано и с закономерностями аномального развития,

и с тем, что в специальной психологии на сегодняшний день недостаточно научных исследований сравнительного характера. Осуществление таких научных разработок позволило бы существенно расширить возможности дифференциальной диагностики.

Другая проблема связана с практической деятельностью ПМПК. Сегодня не решены многие вопросы организационного характера, в частности создание сети постоянно действующих диагностических учреждений, вопросы кадрового обеспечения, ряд методологических и терминологических проблем. Из числа методологических проблем следует особо выделить проблему разработки эффективных и надежных методик, позволяющих выполнять качественно-количественный анализ результатов психодиагностического изучения ребенка в целях дифференциальной диагностики. Из терминологических проблем важнейшей является проблема четкого разграничения психолого-педагогической и медицинской терминологии, определение места медицинского и психолого-педагогического диагноза в деятельности ПМПК.

*Углубленное психолого-педагогическое изучение* детей с нарушением развития ставит своей целью разработку программ коррекции на основании результатов диагностики. Такое изучение требует времени и проводится в основном в образовательном, а иногда в консультативном учреждении. Конкретные задачи такого изучения, как правило, многообразны и специфичны для разных возрастных этапов. Среди них можно выделить такие, как: выявление индивидуальных психолого-педагогических особенностей ребенка; разработка индивидуальных коррекционных программ развития и обучения; определение условий воспитания ребенка, специфика внутрисемейных отношений; помощь в ситуациях с затруднениями в учебе; профессиональное консультирование и профессиональная ориентация подростков; решение проблем социально-эмоционального плана.

При решении этих задач существенную роль играет сочетание методов психологической диагностики (эксперимент, тесты, проективные методики) со специально организованным наблюдением и анализом продуктов учебной деятельности и творчества детей и подростков. Следует подчеркнуть, что до настоящего времени большинство специалистов в области психодиагностики ориентированы в основном на оценку уровня интеллектуального и речевого развития ребенка, на дифференциацию нарушений. Специалисты успешно констатируют недоразвитие или отсутствие той или иной функции, но недостаточно ориентированы на выявление позитивного потенциала, особенно позитивных личностных особенностей, на основе которых возможно решение познавательных, речевых, социально-личностных проблем ребенка. Но эффективность коррекционно-педагогического процесса определяется не только констатацией негативных факторов, но в первую очередь выявлением интеллектуального и личностного потенциала, на основе которого возможно построение системы индивидуального

психолого-педагогического сопровождения ребенка. Надо отметить, что некоторые из поставленных проблем только начали изучаться, например, вопросы профессиональной диагностики и профессионального консультирования подростков с нарушениями развития.

Итак, *важнейшими задачами* психолого-педагогической диагностики нарушенного развития являются: раннее выявление нарушений развития у детей; определение причин и характера нарушений; определение оптимального педагогического маршрута ребенка; выявление индивидуальных психологических особенностей ребенка с нарушениями развития; разработка индивидуальных программ развития и обучения.

### **1.3 КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ПСИХОДИАГНОСТИКИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА**

#### ***Вопросы для изучения:***

1. Систематизация психодиагностических методов
2. Метод наблюдения
3. Метод беседы и опросники
4. Метод экспериментального изучения ребенка
5. Тесты и проективные методики

#### **1. Систематизация психодиагностических методов**

*Психодиагностический метод.* Основной особенностью данного метода является измерительно-испытательная, оценочная направленность, за счет которой осуществляется количественная (и качественная) квалификация изучаемого явления.

Это достигается путем следования таким требованиям, как стандартизация инструмента измерения (в основе которой лежит понятие нормы), его надежность и валидность, а также за счет жесткой регламентации процедуры обследования (точного соблюдения инструкции, строго определенных способов представления стимульного материала, ограничений во времени и невмешательства диагноста в деятельность обследуемого и др.).

Кроме того, для психодиагностического метода характерны специфические мотивы, определяющие активность субъекта, особая стратегия его поведения, особенности социальной (взаимодействие диагноста и обследуемого) и стимульной (например, разная степень структурированности) ситуации.

Л. Ф. Бурлачук называет три основных диагностических подхода, в которых конкретизируется психодиагностический метод. *Объективный подход* - диагностика осуществляется на основе успешности (результативности) и/или способа (особенностей) выполнения деятельности.

К объективному подходу относятся следующие типы тестов: тесты интеллекта (тесты общих способностей), тесты личности (тесты действия и ситуационные тесты), тесты специальных способностей и тесты достижений.

*Субъективный подход* - диагностика осуществляется на основе сведений, сообщаемых о себе, самоописания (самооценивания) особенностей личности, состояния, поведения в тех или иных ситуациях. Данный подход представлен многочисленными опросниками.

*Проективный подход* - диагностика осуществляется на основе анализа особенностей взаимодействия с внешне нейтральным, как бы безличным материалом, становящимся в силу его известной неопределенности (слабоструктурности) объектом проекции. Это характерно для разнообразных проективных методик исследования личности. Некоторые из конкретных психодиагностических методик трудно отнести к одному из подходов, они занимают как бы промежуточное положение.

Рассмотрим теперь наиболее известные классификации психодиагностических методик.

*Психодиагностические методики* (по М. К. Акимовой) - это специфические психологические средства, предназначенные для измерения и оценки индивидуально-психологических особенностей людей.

По своему качеству средства современной психодиагностики могут быть разделены на две группы:

1) *формализованные методики*, позволяющие собрать диагностическую информацию в относительно короткие сроки и в таком виде, который дает возможность количественно и качественно сравнивать индивидов между собой. Для них характерны: определенная регламентация; объективизация процедуры обследования или испытания (точное соблюдение инструкций, строго определенные способы предъявления стимульного материала, невмешательство исследователя в деятельность испытуемого и др.); стандартизация (т. е. установление единообразия проведения обработки и представления результатов диагностических экспериментов); надежность; валидность.

К формализованным методикам относятся:

а) *тесты* - стандартизированные, обычно краткие и ограниченные во времени испытания, предназначенные для установления количественных и качественных индивидуально-психологических различий между людьми;

б) *опросники* - методики с заданиями в виде вопросов и утверждений, предназначенные для получения данных со слов обследуемого;

в) *методики проективной техники* - методики с использованием неопределенных стимулов, вследствие чего характер ответов обследуемого определяется особенностями его личности, которые «проецируются» в его ответах;

г) *психофизиологические методики* - методики, позволяющие диагностировать природные особенности человека, обусловленные основными свойствами его нервной системы.

2) *малоформализованные методики*, позволяющие получить ценные сведения об испытуемом, когда предметом изучения выступают психические процессы и явления, которые мало поддаются объективизации или являются чрезвычайно изменчивыми по содержанию. Кроме того, малоформализованные методики трудоемки (например, наблюдение за обследуемым осуществляется иногда в течение нескольких месяцев) и в большей степени основаны на профессиональном опыте, психологической подготовленности самого психодиагноста.

Малоформализованные методики предназначены:

а) *наблюдение* - для преднамеренного, организованного, систематического и целенаправленного восприятия и изучения психических явлений в их естественном возникновении, течении, изменении, т.е. в том виде, как они происходят в действительности, в повседневной жизни;

б) *беседа* - для сбора первичных данных на основе вербальной коммуникации, прежде всего информации о внутренних процессах, субъективных переживаниях и особенностях поведения человека, которые не могут быть обнаружены с помощью объективных методов;

в) *анализ продуктов деятельности* - для количественно-качественного анализа документальных источников (писем, автобиографий, дневников, фотографий, произведений искусства, материалов средств массовой информации - газет, журналов и т. п.).

## 2. Метод наблюдения

Изучение естественного поведения - одно из достоинств метода наблюдения. *Активное* или *пассивное наблюдение* за ребенком организуется на занятиях, в игре, в свободной деятельности, в группе детского сада или в классе, в совместной деятельности с родителями, т.е. в естественной для ребенка ситуации.

С помощью метода наблюдения можно выявить и оценить такие составляющие деятельности ребенка, как: навязчивые или стереотипные действия, выраженные аффективные и эмоциональные реакции, проявления тревожности.

Наблюдения позволяют выяснить, насколько развиты у ребенка:

- навыки самообслуживания,
- опрятность в одежде,
- как он относится к поручениям,
- какой фон настроения у него преобладает,
- каковы особенности его двигательного развития.

Такая информация становится основанием для последующего углубленного изучения ребенка. Метод наблюдения может дать важную дополнительную информацию не только для психологов, но и для клиницистов. По результатам наблюдения психолог (учитель-дефектолог), выявив признаки нарушенного развития, делает предположения о



качественной стороне и уровне имеющихся у ребенка проблем, что позволяет ему оптимально подобрать диагностический инструментарий и правильно организовать дальнейшее психологическое изучение ребенка.

Наблюдение является надежным методом, не требует специального оборудования и исключает дополнительную психоэмоциональную нагрузку ребенка. Вместе с тем использование этого метода предполагает наличие у исследователя высокого уровня профессиональной подготовки и хорошего знания психолого-педагогических особенностей детей с различными нарушениями развития. Для опытного специалиста метод наблюдения очень важен в процессе диагностики, но начинающий психодиагност должен проверять полученную при наблюдении информацию в ходе экспериментально-психологического изучения ребенка.

Наблюдение всегда начинается с *постановки цели*, которая помогает определить основные параметры наблюдения. В рамках психологического исследования целью наблюдения является изучение ребенка как носителя тех или иных психолого-педагогических особенностей и сопоставление результатов наблюдения с известными признаками имеющихся у детей нарушений развития.

Процедура наблюдения бывает различной в зависимости от ряда объективных и субъективных факторов - контингента наблюдаемых, характера изучаемых явлений и т.д. Исследователь может войти в состав наблюдаемой группы детей, например играть с ними (*активное наблюдение*), а может оставаться в позиции постороннего человека, наблюдающего со стороны (*пассивное наблюдение*).

Существенными недостатками метода наблюдения являются: его длительность; субъективность, которая проявляется в зависимости результатов наблюдения от профессионализма специалиста; невозможность статистической обработки результатов.

Данные недостатки можно существенно нейтрализовать при сохранении достоинств метода, если сделать наблюдение формализованным, включив его в стандартизированную методику изучения психофизического развития ребенка. В этом случае вводится ограничение по выбору наблюдаемых показателей. В результате все обследуемые наблюдаются по заранее определенному набору признаков, степень выраженности которых оценивается определенным количественным показателем. В этом случае появляется возможность более четкого и полного сопоставления результатов различных наблюдений, исключается субъективность, может быть достигнуто единство качественного и количественного анализов полученных фактов.

Таким образом, в практике психодиагностики метод наблюдения рационально использовать включенным в метод эксперимента посредством введения качественных показателей проявления у ребенка тех или иных психофизических особенностей и их количественной оценки.

### 3. Метод беседы

Беседа предполагает получение психологом информации об особенностях психического развития ребенка в результате обсуждения их с родителями (педагогами). Часто инициаторами беседы в рамках обследования выступают сами родители или педагоги, обращаясь за консультативной помощью.

*Цель беседы* - обмен мнениями о психическом развитии ребенка, обсуждение характера, степени и возможных причин проблем, с которыми сталкиваются родители и педагоги в процессе его воспитания и обучения. По результатам беседы намечаются пути дальнейшего обследования ребенка.

При проведении беседы должны соблюдаться следующие *требования*:

- беседа должна побуждать и поддерживать у родителей (педагогов) интерес;

- важно продумать организацию пространства и выбор времени для проведения беседы;

- эффективность беседы зависит от активности родителей (педагогов), поэтому между ее участниками необходимо создать доверительные отношения;

- нельзя открыто критиковать воспитательные действия родителей (педагогов);

- важно предупредить возникновение у родителей (педагогов) ожидания немедленных результатов по итогам беседы;

- желательно участие в беседе обоих родителей;

- нужно стремиться к выработке у родителей (педагогов) реальных представлений о психофизических особенностях ребенка и его трудностях;

- во время беседы необходимо спланировать следующие встречи и определить их задачу.

*Опросниками* называются методики, содержащие в качестве материала вопросы, на которые обследуемый должен ответить, или утверждения, с которыми он должен согласиться либо не согласиться. Ответы даются в свободной форме (опросники "*открытого*" типа) или выбираются из предлагаемых вариантов (опросники "*закрытого*" типа). Различают опросники-анкеты и личностные опросники.

*Опросники-анкеты* предполагают возможность получения информации об обследуемом, непосредственно не отражающей его личностные особенности. Таковыми могут быть биографические опросники, в ряде случаев - опросники интересов и опросники установок (в зависимости от того, насколько соотносятся конкретные выявляемые интересы и установки с собственно личностными психологическими характеристиками: например, опросник, выявляющий установку - отношение к определенной социальной группе, - относится к опросникам-анкетам).

*Личностные опросники*, как это явствует из названия, предназначены для измерения личностных особенностей. Среди них выделяют несколько

групп. Наиболее распространены *типологические опросники*, которые разрабатываются на основе определения типов личности (ряд теорий личности предполагает такую возможность) и позволяют отнести обследуемых к тому или иному типу, отличающемуся качественно своеобразными проявлениями.

К типологическим относятся, например, *опросники Г. Айзенка*, определяющие тип личности в зависимости от выраженности двух независимых факторов - экстраверсии и эмоциональной нестабильности (нейротизма). В различных вариантах опросника обследуемым предъявляется опросный лист с набором вопросов, на которые предлагают ответить "да" или "нет" (иногда допускается ответ "не знаю", но не во всех вариантах опросника). Одна часть вопросов направлена на диагностику экстраверсии, другая - на диагностику нейротизма.

Часть опросников предусматривает специальные вопросы, ответы на которые свидетельствуют о *достоверности результатов*. Как правило, это вопросы, связанные с "мелкими человеческими слабостями" (предполагается, что большинство людей им подвержены) и их проявлениями (типа: "правда ли, что Вы никогда не лжете?"). Считается, что отрицание указывает на недостоверность результатов (не обязательно на намеренную ложь). Это распространенный, но не единственный способ.

Известным опросником для изучения личностных особенностей является *Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММПИ)*. В основном варианте он состоит из 550 утверждений, соответствующих 10 диагностическим и трем контрольным шкалам. Опросник создавался на клиническом материале и применяется в различных областях психодиагностики. Обследование на основании ММПИ завершается построением "профиля личности". Основным интересом при интерпретации представляют не показатели по отдельным шкалам, а их соотношение; по типу профиля делаются основные выводы об особенностях личности.

От типологических опросников отличают *опросники черт личности*, измеряющие выраженность черт - устойчивых личностных признаков. Одним из наиболее распространенных является *16-факторный личностный опросник Р.Кеттелла* (впервые опубликован в 1950 г.). Под фактором здесь имеется в виду глубинная личностная характеристика, определяющая группу устойчивых поведенческих проявлений и относительно независимая от других характеристик того же порядка. Факторы в системе Кеттелла имеют "технические" и "бытовые" названия; в качестве примеров приведем несколько бытовых: "высокий интеллект - низкий интеллект", "совестливость - недобросовестность", "смелость - робость". Каждая пара обозначает один фактор через названия "полюсов".

При психологическом изучении личности подростков и юношей (14-18 лет) широко применяется *Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО)*, разработанный под руководством А.Е. Личко. Этот опросник предназначен для определения типов характера при

конституциональных и органических психопатиях, в случаях патологического развития личности и акцентуаций характера. Пользуясь описаниями известных психиатров, авторы опросника составили наборы фраз, отражающих отношения подростков с разными типами психопатий и акцентуаций к ряду жизненных проблем, актуальных для подросткового возраста. Принцип отношений был заимствован из психологии отношений (В.Н. Мясищев).

Опросник позволяет выявить следующие типы акцентуаций: гипертимный, циклоидный, лабильный, астено-невротический, сенситивный, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный. С помощью опросника можно также выявлять признаки, указывающие на высокий риск формирования психопатий, на возможную органическую природу психопатий и акцентуаций характера, а также определять степень выраженности реакции эмансипации и показатели психологической склонности к алкоголизации и делинквентности.

Следует отметить, что результат исследований с помощью ПДО, как и в случае использования других личностных опросников, не является клиническим диагнозом. Так, например, с помощью опросника шизоидная акцентуация может быть диагностирована как в случае нормы, так и в случае шизоидной психопатии, а также синдрома раннего детского аутизма. Но выявление типа акцентуации в каждом из этих случаев может помочь в дифференциальной диагностике и в разработке индивидуальной коррекционной программы.

Приведем пример использования ПДО изучения личностных особенностей больного Жоры, 15 лет, ученика специальной школы для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Подросток поступил в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением в школе: злостно нарушал порядок, дрался, грубил учителям, перед стационарированием стал неуправляемым. Со слов матери, рано начал курить, дружит со старшими по возрасту, хулиганит, требует у нее деньги. В отделении с трудом привыкал к распорядку, нарушал режим, курил в неустановленных местах, нецензурно бранился.

*Результаты обследования по ПДО.* По шкале объективной оценки, несмотря на склонность к диссимуляции, установлен неустойчивый тип. Конформность низкая. Реакция эмансипации выраженная (е-6). Имеются данные, указывающие на возможность формирования психопатии (К = 1, В = 6), а также на склонность к алкоголизации и делинквентности. Анализ отдельных выборов больного выявил безразличное отношение к будущему, отсутствие переживания физического дефекта и установок на получение профессии и трудовую деятельность.

Эти результаты в сопоставлении с данными других методик помогли врачу поставить диагноз "психопатоподобный синдром", наметить тактику лечения. Совместно с психологом были разработаны рекомендации по организации работы и семейной психотерапии, даны рекомендации

родителям по нормализации взаимоотношений в семье и оптимизации воспитательного процесса с учетом личностных особенностей подростка.

#### 4. Метод экспериментального изучения ребенка

Этот метод - более "молодой" по сравнению с методом наблюдения. При его использовании возможно: многократное повторение процедуры исследования; проводится статистическая обработка данных; он требует меньших затрат времени на проведение. Метод эксперимента предполагает сбор фактов в специально созданных условиях, обеспечивающих активное проявление изучаемых явлений. Эксперимент осуществляется с помощью специально подобранных экспериментальных методик. Их выбор и количество определяются задачей, которую необходимо решить исследователю с обязательным учетом требований по организации и проведению экспериментального изучения психического развития ребенка. Остановимся на этом подробнее.

Экспериментально-психологический подход является наиболее традиционным в психодиагностике нарушенного развития. Он предполагает изучение ребенка с отклонениями в развитии в ходе психологического эксперимента.

*Психологический эксперимент* - это изучение нарушенных психических процессов и личности в специально созданных условиях, обеспечивающих максимальное проявление имеющихся нарушений.

Патопсихологический эксперимент осуществляется с помощью конкретных приемов изучения психических функций - экспериментально-психологических методик. Разнообразные экспериментально-психологические методики, апробированные многолетней практикой применения в клинике и специальном образовании, описаны в работах С.Я. Рубинштейн, Б.В. Зейгарник, С.Д. Забрамной, Е.А. Стребелевой и др.

При организации эксперимента важно соблюдать следующие правила: эксперимент должен моделировать психическую деятельность, осуществляемую ребенком в игре, в труде, учебе, общении; эксперимент должен помочь обнаружить структуру не только нарушенных, но и оставшихся сохранными психических функций; построение экспериментальных приемов должно предоставить психологу возможность учитывать поиски решений обследуемым ребенком, а также вмешаться в его деятельность, чтобы выяснить, как он воспринимает помощь и может ли ею воспользоваться; экспериментально-психологические приемы должны быть направлены на раскрытие качественной характеристики психических нарушений; результаты экспериментально-психологического исследования должны точно и объективно фиксироваться в протоколе.

Построение экспериментально-психологического обследования ребенка с нарушениями развития отличается разнообразием и большим количеством применяемых методик, что позволяет выявить разные

нарушения и их соотношение. При интерпретации результатов обязательно сопоставление данных, полученных разными методиками.

*Программа* экспериментально-психологического исследования не может быть стандартной, она зависит от задачи и особенностей обследуемого. Например, при дифференциальной диагностике шизофрении основное внимание будет уделено изучению расстройств мышления. Для обследования в этом случае будут выбраны методики "Классификация предметов", "Пиктограммы" и т.п.

При изучении же больного с последствиями черепно-мозговой травмы особое внимание следует уделить исследованиям умственной работоспособности, памяти, выявлению нарушений праксиса, письма, счета, т.е. выбор методик будет другим.

Особенно внимательно надо отнестись к подбору методик для психологического обследования ребенка. В этом случае выбор определяется: возрастом ребенка, социальными условиями его воспитания (семья, детский дом, длительная депривация), уровнем его интеллектуального развития, наличием или отсутствием речевых, двигательных или сенсорных нарушений.

Специфической особенностью психологического изучения детей является использование *обучающего эксперимента*. Как известно, с помощью констатирующих методов исследования нельзя получить долговременного прогноза развития ребенка. Выдвинутое Л.С. Выготским положение о том, что *обучение ведет за собой развитие*, обусловило создание различных вариантов обучающего эксперимента, позволяющих более объективно прогнозировать развитие ребенка. В одних вариантах обучающего эксперимента элементы обучения включены в сам процесс психологического эксперимента, в других - имеет место сочетание констатирующего эксперимента, чаще тестового, с обучением, направленным на получение новых знаний и умений преимущественно в специальных областях, позволяющих профессионально ориентировать ребенка. При такой схеме исследования (тест - обучение - тест) эффект обучения получает определенное количественное выражение. Понятно, что чем более развернут сам процесс обучения, тем больше информации получает психолог о трудностях и возможностях больного ребенка, тем более содержательны его коррекционные рекомендации и прогностическая оценка. Однако наибольшей информативностью обладают, как правило, более трудоемкие методики обучающего эксперимента. Поэтому проведение таких исследований возможно лишь в специальных диагностических группах.

Специально для исследования потенциальных возможностей детей 7 - 10 лет А.Я. Иванова предложила *методику обучающего эксперимента*. Выполнение заданий этой методики вызывает трудности и у нормально развивающихся детей. В то же время экспериментальное обучение выполнению задания не требует наличия школьных знаний. Это дает

возможность использовать методику в тех случаях, когда ребенок не справляется со школьной программой или еще не обучался.

Методика предполагает использование двух наборов геометрических фигур, разных по цвету, форме, величине. Набор, в котором представлены три цвета, четыре формы и две величины, используется для основного задания, а набор из четырех цветов и трех форм - для аналогичного задания. Ребенку предлагается разложить карточки по одному признаку (в основном задании - это цвет, далее - форма, затем - величина). При затруднении ему оказывается обучающая помощь, после чего предъявляется аналогичное задание.

Возможно несколько вариантов выполнения задания: перенос полный в вербальной форме - ребенок называет все три признака; перенос частичный в вербальной форме - ребенок выделяет и называет не менее двух признаков; перенос полный в действиях - ребенок выполняет три правильные группировки, но не называет их (это часто отмечается у детей с речевыми нарушениями); перенос частичный в действиях - ребенок осуществляет не менее двух правильных группировок; перенос отсутствует - ребенок выделяет один признак или не выделяет ни одного из признаков фигур второго набора.

Оценка результатов проводится по трем критериям:

1) ориентировочная деятельность, которая у здоровых детей носит активный характер и нарушается при сниженной умственной работоспособности и психическом недоразвитии;

2) способность принять помощь. Оценка производится по количеству полученных ребенком уроков-подсказок. Здоровым детям их требуется от 1 до 5, умственно отсталым - до 20;

3) способность ребенка давать словесные формулировки того признака, на основании которого он выполнял задания.

При проведении психологического обследования ребенка обучающий эксперимент можно организовать используя и другие методики: "Предметная классификация", "Исключение неподходящего предмета", "Кубики Кооса". Это особенно важно, если психолог ограничен во времени, например на ПМПК. В этом случае уместно использовать методику "Исключение неподходящего предмета". Обучение ребенка исключению лишнего предмета и выполнение аналогичного задания занимают 2 - 3 мин.

Основные экспериментально-психологические методики описаны С.Я. Рубинштейн в ее работе "Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике" (1970). Среди них особую популярность получили такие методики, как "Кубики Кооса", "Исключение неподходящего предмета", "Последовательность событий", "Опосредованное запоминание по Леонтьеву", "Пиктограмма" и др. Многие из этих методик имеют модификации для разных возрастных групп. Некоторые методики адаптированы для лиц с нарушениями анализаторов.

Следует учитывать, что с помощью каждой из экспериментальных методик может быть получен материал, дающий возможность судить о различных особенностях психики. Например, *"Пиктограмма"* позволяет делать выводы о состоянии памяти, об абстрактном мышлении, личностных особенностях. Методик, направленных на изучение только одного процесса, мало. Это очень важно учитывать при подборе заданий для обследования ребенка.

Психолог обязан владеть всеми экспериментально-психологическими методиками, так как именно они являются основными приемами изучения нарушенной психической деятельности.

Важным условием применения экспериментально-психологических методик является *оказание ребенку дозированной помощи во время обследования*. Разнообразные виды такой помощи описаны в работах С.Я. Рубинштейн:

- простое переспрашивание, т.е. просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание ребенка к сказанному или к сделанному;
- одобрение или стимуляция дальнейших действий, например, "хорошо", "дальше";
- вопросы о том, почему испытуемый совершил то или иное действие (такие вопросы помогают ему уточнить собственные мысли);
- наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;
- подсказка, совет действовать тем или иным способом;
- демонстрация действия и просьба самостоятельно его повторить;
- обучение тому, как надо выполнять задание.

При описании отдельных методик обычно приводятся указания на то, какие виды помощи в данном случае уместны. Выбор адекватных способов помощи остается одним из трудных моментов экспериментальной работы, требующих опыта и квалификации. Общие правила, которыми при этом следует руководствоваться, заключаются в следующем: сначала следует проверить, не окажутся ли эффективными более простые виды помощи, и лишь затем перейти к демонстрации и обучению; экспериментатору не следует быть чрезмерно активным и многословным; его вмешательство в ход эксперимента должно быть тщательно обдумано; каждый акт помощи, так же как и ответные действия ребенка, должен быть внесен в протокол.

## 5. Тесты и проективные методики

Еще одним направлением в изучении детей и подростков с отклонениями в развитии является *метрический подход*, предполагающий количественное измерение тех или иных показателей психического развития. Этот подход осуществляется с использованием тестов.

*Тесты* представляют собой стандартные наборы заданий и материалов, с которыми работает испытуемый. Стандартна и процедура предъявления



заданий: они даются в определенной последовательности, время выполнения и оценка результатов регламентированы.

В связи с тестированием необходимо остановиться на двух понятиях - надежность и валидность, - относящихся к психодиагностическим методикам. *Надежность* теста - это независимость его результатов от действия всевозможных случайных факторов (таких, как условия тестирования, личность экспериментатора и испытуемого, предыдущий опыт тестирования или его отсутствие и т.д.). *Валидность* теста - это соответствие получаемой информации измеряемому психическому свойству или процессу.

В основу построения проективных методик положено представление о том, что в творчестве, высказываниях, предпочтениях человека, интерпретации им событий проявляются скрытые неосознаваемые побуждения, конфликты, переживания, характеризующие личность.

Обследование с помощью этих методик предполагает *создание ситуации неопределенности*. Инструкция определяет либо общие направления, либо начальный момент обследования. Стимульный материал, предъявляемый для обследования, может толковаться разными способами - важны отношение, субъективный смысл, ассоциации, вызываемые этим материалом.

В клинической практике широко используются: тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, Тематический апперцептивный тест (ТАТ), тест Роршаха, тест цветовых предпочтений Люшера.

На основании ряда формальных показателей этих методик выделяются следующие признаки: относительная свобода в выборе ответа и тактики поведения испытуемого; отсутствие каких-либо внешних показателей оценочного отношения к испытуемому со стороны экспериментатора; общая оценка взаимоотношения личности с ее социальным окружением, обобщенная оценка ряда личностных свойств (а не измерение какой-либо отдельной психической функции).

Тест "Нарисуй человека". Одним из часто встречающихся в практике психолога тестов является тест "Нарисуй человека" и его варианты. Основной вариант предложен К. Маховер на основе теста Ф. Гудинаф, использовавшей рисунок человека для оценки умственного развития. В тесте обследуемому предлагается нарисовать человека карандашом на листе бумаги; после завершения рисунка предлагается нарисовать человека противоположного пола. За этим следует опрос относительно нарисованных фигур - пол, возраст, привычки и т.д. При интерпретации исходят из положения о том, что в рисунке человека обследуемый выражает свое *Я*, и его особенности можно определить по предложенной системе критериев. Большое внимание уделяется тому, как нарисованы отдельные детали фигуры (глаза, руки и др.), их пропорциям; они трактуются символически как воплощение отношения к определенным сторонам жизни.

Тесты "Дом - дерево - человек", "Несуществующее животное", "Рисунок семьи". Идея о том, что в рисунке можно увидеть своеобразный

"автопортрет", лежит и в основе теста "Дом - дерево - человек" Гудинаф - Харриса. При психологическом обследовании детей и подростков широкое распространение получили также рисуночные тесты "Несуществующее животное" и "Рисунок семьи". Однако при обследовании некоторых категорий детей с отклонениями в развитии к интерпретации результатов этих методик следует подходить с осторожностью. *Например*, дети с нарушением манипулятивных функций, с нарушениями зрительного восприятия, с пространственными нарушениями часто рисуют деформированные фигуры, "теряют" мелкие детали; изображение деталей лица диспропорционально.

При выраженных нарушениях схемы тела, например, при детском церебральном параличе, детали фигуры могут быть разбросаны по всему листу (например, конечности размещены с одной стороны), а при нарушении ориентировки в плоскости листа изображение может размещаться в одном из углов, чаще в правом нижнем.

Все эти особенности выполнения заданий связаны с нарушениями высших психических функций из-за органического поражения мозга или анализаторов, а не с нарушениями личности. В этих случаях проективная значимость исследования практически отсутствует. В других же случаях результаты рисуночных тестов могут быть очень информативными. Так, подросток с тяжелыми хроническими заболеваниями почек изобразил человека со спинкой кровати вместо ног; девочка с моторной алалией нарисовала членов своей семьи без каких-либо особенностей, а себя - без рта; девушка с ампутированной ногой изображала людей летящими в длинных одеждах, скрывающих ноги.

Таким образом, при обследовании детей с нарушениями развития очень важно учитывать такие показатели, как уровень сформированности изобразительной деятельности и состояние зрительного восприятия, пространственных представлений, моторных функций.

## **1.4 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ**

### ***Вопросы для изучения:***

1. Медицинское обследование в системе комплексного изучения ребенка с отклонениями в развитии
2. Педагогическое изучение детей с нарушениями развития
3. Социально-педагогическое изучение микросоциальных условий и их влияния на развитие ребенка
4. Психологическое изучение детей с нарушениями развития
5. Логопедическое обследование в системе комплексного изучения детей с нарушениями развития
6. Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями развития

## 1. Медицинское обследование в системе комплексного изучения ребенка с отклонениями в развитии

*Медицинское обследование*, как правило, начинается с изучения данных *анамнеза*. Анамнез собирается врачом и составляется на основании ознакомления с документацией ребенка и беседы с родителями (или лицами, их заменяющими). В *семейном анамнезе* анализируются сведения о семье ребенка и наследственности; описывается состав семьи, возраст и образовательный уровень каждого из ее членов, характерологические особенности родителей. Фиксируются психические, неврологические, хронические соматические заболевания родственников, патологические особенности их физического облика. Описываются семейно-бытовые условия, в которых воспитывается ребенок, место и характер работы родителей, в частности наличие производственных вредностей и длительность работы с ними. Дается оценка взаимоотношений в семье, отношения к ребенку. Фиксируются случаи приверженности одного или обоих родителей к алкоголю или наркотикам.

*Личный анамнез ребенка* учитывает, как протекала у матери беременность, не было ли токсикоза, соматических заболеваний, резус-конфликта, длительного приема лекарственных препаратов и других вредностей. Описываются особенности родов, наличие признаков асфиксии плода, родовой травмы, патологического предлежания плода. Отмечается характер помощи во время родов и затраченное на оживление плода время. Указывается, не было ли у ребенка врожденных пороков развития, судорог, признаков желтухи. Отмечается вес при рождении и время начала кормления, срок пребывания в роддоме. Затем перечисляются перенесенные ребенком заболевания, указывается их острота, характер, длительность, лечение, наличие осложнений. Фиксируются случаи судорожных и других пароксизмальных состояний; отмечается, в каком возрасте они возникли, описывается характер припадков и эпилептических эквивалентов, их распределение во времени, характер пред- и постприпадочных состояний, отмечается противосудорожное лечение, его регулярность и эффективность.

При обследовании ребенка от рождения *до 1 года* врач-педиатр обращает внимание на следующие диагностические показатели, отмечая их в своих записях: характер роста, вес, особенности развития перцептивных и локомоторных функций; особенности сна, аппетита, длительность вскармливания грудью; динамика эмоционального и интеллектуального развития; преобладающее настроение, наличие вялости или возбудимости; воспитывается ли ребенок дома или в яслях.

При обследовании ребенка в возрасте *от 1 года до 7 лет* фиксируются особенности его развития, их соответствие возрастным показателям. Отмечается состояние вегетативной сферы: особенности сна, аппетита, переносимость жары и т.д. Фиксируется наличие энуреза, его частота, связь с

психогенной ситуацией. При описании развития моторики характеризуется степень подвижности ребенка, наличие вялости или двигательной расторможенности. Фиксируется наличие или отсутствие навыков опрятности и самообслуживания.

В процессе медицинского обследования ребенка устанавливается наличие врожденных и приобретенных пороков развития. Исследуется состояние полости рта (миндалин, носоглотки), желудочно-кишечного тракта, дыхательной, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, измеряется артериальное давление, устанавливается наличие или отсутствие аллергических явлений.

При *неврологическом обследовании* врач-невропатолог обращает внимание на особенности формы лица и черепа, размеры черепа, врожденные или приобретенные пороки и дисплазии, гидроцефальные стигмы. Затем исследуются черепно-мозговые нервы. Описывается тонус жевательной мускулатуры, состояние слюноотделительной функции, ширина и симметричность глазных щелей, оскал зубов, движения бровей и век, лба, сохранность актов глотания, движения языка, наличие его тремора и т.д.

Далее обследуется состояние двигательной сферы: объем движений, их точность, плавность, тонус мышц, их сила. Отмечается наличие атрофии, спастических явлений, дистонии, гипотонии, параличей, парезов, гиперкинезов. Определяется координация движений, фиксируются патологические особенности походки.

Исследуются различные виды чувствительности, описываются менингеальные симптомы. При исследовании состояния рефлекторной сферы определяется равномерность, живость и симметричность сухожильных рефлексов, описываются патологические рефлексы. Фиксируется наличие и характер энуреза.

В беседе выясняется состояние вегетативной сферы: переносимость жары, холода, изменение аппетита, ощущение сердцебиений, наличие немотивированного субфебрилитета или склонность к субнормальной температуре.

Итог осмотра ребенка врачом-невропатологом - неврологический диагноз. Необходимо отметить, что ценные дополнительные сведения могут быть получены при использовании краниографии и ЭЭГ, ЭхоЭГ.

С помощью *краниографии* устанавливаются врожденные дефекты костей черепа, раннее расхождение/заращение черепных швов. Метод помогает диагностировать органические поражения головного мозга, выявить указания на возможное повышение внутричерепного давления (усиление рисунка пальцевых вдавлений).

*Электроэнцефалография* (ЭЭГ) регистрирует биотоки мозга. Функционирование головного мозга сопровождается биоэлектрическими процессами. При возбуждении в нервных клетках тканей мозга возникает разность потенциалов, которая регистрируется и измеряется при помощи

высококчувствительных аппаратов - *электроэнцефалографов*, усиливающих и записывающих биопотенциалы головного мозга.

При визуальном анализе ЭЭГ обращают внимание на наличие волн, различающихся по частоте колебаний, амплитуде, форме, регулярности, выраженности реакции на внешние раздражения. Формирование ЭЭГ, характерной для взрослого, происходит постепенно; в связи с этим правильная оценка ЭЭГ-показателей возможна с обязательным учетом возраста ребенка. Специфических изменений ЭЭГ, характерных только для определенного патологического процесса, не существует. Тем не менее ряд патологических паттернов чаще наблюдается при некоторых нервно-психических состояниях (эпилепсия, резидуально-органические поражения). ЭЭГ-данные должны сопоставляться с результатами клинического исследования, которое имеет решающее значение для установления диагноза.

*Эхоэнцефалография* (ЭхоЭГ) - ультразвуковой метод исследования. Используется, в частности, для получения сведений о степени расширения III желудочка мозга, что позволяет косвенным образом судить о возможном повышении внутричерепного давления.

При установлении влияния на развитие ребенка того или иного дефекта очень важны данные о состоянии анализаторов.

*Офтальмологическое обследование* включает определение остроты зрения, состояние глазного дна; исследуются поля зрения, цветовое зрение, глазодвигательные функции. Исследование глазного дна позволяет косвенно судить о состоянии сосудистой системы мозга, изменениях мозговой гемодинамики; отек соска зрительного нерва свидетельствует о повышении внутричерепного давления (внутричерепной гипертензии). В условиях повышенного внутричерепного давления вены глазного дна расширяются, становятся извитыми; калибр вен превышает калибр артерий.

*Отоларингологическое обследование* - врач выясняет способность ребенка воспринимать на слух речь шепотную и разговорной громкости. Затем определяется максимальное расстояние, с которого ребенок может воспринять на слух и воспроизвести произносимые врачом слова и фразы. Если во время обследования возникает подозрение, что у ребенка имеют место нарушения слуха, необходимо направить его на консультацию к аудиологу, который определяет необходимость аудиологического исследования.

На основании *клинического изучения* ребенка врач-психиатр (психоневролог) формулирует психиатрический диагноз.

*Психическое состояние* оценивается детским психиатром (психоневрологом). Прежде всего отмечают особенности внешнего вида и поведения ребенка: выразительность, адекватность мимики, особенности позы, движений, походки, гиподинамия либо двигательное беспокойство, расторможенность. Анализируются отношение к беседе, ориентировка в месте, во времени и собственной личности.

Особенности *интеллектуального развития* ребенка подробно исследуются в процессе психологического, педагогического и логопедического обследования. Тем не менее в беседе с ребенком врач фиксирует особенности его внимания, некоторые особенности памяти, мышления, речи. Описываются *особенности эмоциональной сферы* ребенка, его настроения: безразличие, холодность, эмоциональная вялость либо раздражительность, дурашливость и т.п. Фиксируется наличие эмоциональной лабильности, истощаемости, склонности к аффектам, наличие тоски, страхов, навязчивых переживаний. В беседе выявляются особенности *сферы инстинктов и влечений*: наличие повышенной сексуальности, чрезмерное влечение к еде либо отказ от пищи, склонность к бродяжничеству и т.п. В процессе беседы иногда могут быть выявлены и *психотические расстройства*: нарушение сознания, галлюцинации, бред.

Как мы уже указывали, медицинское обследование ребенка и установление клинического диагноза выполняется врачами, но педагог и психолог должны знать полученные данные. Материалы врачебных заключений не только помогут специалистам образовательных учреждений выбрать правильную тактику психолого-педагогического изучения ребенка, но и определяют содержание коррекционно-педагогического воздействия в условиях того учреждения, где ребенок будет находиться.

Для того чтобы сделать образовательно-воспитательный процесс максимально эффективным, необходимы не только сведения о здоровье ребенка, его физическом развитии, но и знание таких индивидуальных особенностей, как задатки и способности, интересы и склонности и т.д., т.е. психологическое и педагогическое изучение детей. Только при этом условии можно добиться полноценного развития ребенка и своевременно оказывать ему необходимую помощь на каждом возрастном этапе.

Безусловно, педагогическое и психологическое изучение тесно связаны и их трудно разделить - это единый процесс. И тем не менее, чтобы сориентировать специалистов в отдельных проблемах, от которых в большей мере зависит успешность обучения и формирование личности, мы кратко рассматриваем каждый из них в отдельности.

## **2. Педагогическое изучение детей с нарушениями развития**

*Педагогическое изучение* предусматривает получение о ребенке сведений, раскрывающих знания, умения, навыки, которыми он должен располагать на определенном возрастном этапе. Важно установить запас представлений об окружающем, сформированность качеств, необходимых для учебной работы (произвольность психической деятельности, волевые усилия, планирование и самоконтроль, наличие мотивации, интереса и др.). Если ребенок готовится к поступлению в I класс, необходимо выявить его готовность к обучению (физическую, психологическую, умственную). Если

дети уже учатся в школе, то следует понять причины имеющихся у них трудностей.

Интересующие педагога сведения можно получить при использовании таких методов, как: непосредственная беседа с ребенком и с родителями, воспитателями о нем; анализ работ (рисунков, поделок, тетрадей и др.), специально организованное педагогическое обследование и педагогическое наблюдение.

Как показывает практика, основой любого рода диагностики, позволяющей получить о ребенке максимальный объем сведений, является целенаправленное *наблюдение*. Педагогическое наблюдение должно быть заранее спланированным, точно ориентированным и систематическим. Наиболее важно наблюдение за ведущей деятельностью, поскольку именно в рамках ведущей деятельности появляются психологические новообразования того или иного возраста, формируются предпосылки для перехода к новой ведущей деятельности, на новый этап психического развития.

Педагогическое наблюдение позволяет достаточно хорошо изучить *мотивационный аспект* деятельности ребенка, его познавательную активность, интересы. Изучение мотивации показывает уровень личностной зрелости ребенка.

В детском возрасте большинство мотивов неосознанны, еще не сформировалась их иерархия, не выделился ведущий мотив. Наблюдение за эмоциональными реакциями ребенка поможет разобраться в его мотивации. Например, ребенок выполняет учебные обязанности, чтобы избежать порицания, чтобы его похвалили учитель или родители. У ребенка с выраженной познавательной мотивацией радость будет вызывать сам процесс получения знаний по какому-то предмету и т.п. Понятно, что наиболее продуктивным из вышеперечисленных будет мотив познания нового; другие мотивы будут меньше способствовать осуществлению учебной деятельности. Выявляя вид мотивации, педагог получает возможность адекватного педагогического воздействия, развивает положительные тенденции.

Диагностическое значение имеет и *выявление характера интересов ребенка*. Например, показательным может быть то, к каким предметам он больше тяготеет - к чтению, математике, естествознанию, физкультуре и пр. Как правило, дети с первично сохранным интеллектом больше любят те предметы, где имеющиеся нарушения меньше влияют на успешность деятельности (например, дети с тяжелыми нарушениями речи больше любят математику, чем письмо и чтение).

Наблюдение позволяет также оценить *степень сформированности деятельности в целом* - ее целенаправленность, организованность, произвольность, способность к планированию действий, самостоятельному выбору средств выполнения деятельности. Для получения представления о сформированности деятельности ребенка педагогу следует обратить внимание на следующее: понимание инструкции и цели задания;

способность выполнять задание с учетом простой инструкции и инструкции, состоящей из нескольких заданий; умение определить последовательность действий, операций; умение перестраивать действия в зависимости от изменения цели; способность осуществлять самоконтроль в процессе работы; умение довести деятельность до получения определенного результата, проявить настойчивость в достижении цели, преодолевать трудности; способность адекватно оценить результат собственной деятельности; переключить внимание, быстро перейти от одного задания к другому. Полезно охарактеризовать и отдельные виды деятельности ребенка.

Педагогическое наблюдение позволяет также выявить *особенности отношения ребенка к окружающим и к самому себе*. Чтобы выявить эти особенности, педагог целенаправленно оценивает, насколько ребенок стремится к общению, к лидерству, как он ведет себя с младшими и старшими, насколько он инициативен, как к нему относятся окружающие и т.п. Большое значение имеет анализ отношения ребенка к имеющимся у него нарушениям - это характеризует уровень его интеллектуального и личностного развития. Нередко дети с сохранным интеллектом тяжело переживают имеющиеся у них нарушения, подчас дают неадекватные реакции в виде выраженного негативизма, агрессии по отношению к окружающим. Вместе с тем даже при тяжелых нарушениях таких неадекватных личностных реакций может и не быть, и дети гармонично вписываются в коллектив сверстников с менее выраженными расстройствами.

Результаты наблюдения за детьми с теми или иными проблемами заносятся в *индивидуальный дневник "сопровождения"*. Периодичность записей зависит от состояния каждого конкретного ребенка. Факты должны грамотно и своевременно фиксироваться и обрабатываться. Желательно, чтобы в заполнении дневника участвовал не один учитель, а разные учителя-предметники, воспитатели, психолог, врач и другие специалисты. Это даст возможность более разносторонне охарактеризовать ребенка и проследить динамику его развития. Данные, полученные с помощью наблюдения, используются при составлении психолого-педагогической характеристики ребенка.

*Психолого-педагогическая характеристика* - документ, отражающий поведение и успеваемость учащихся (воспитанников), их интересы и склонности к отдельным видам занятий, физическое и умственное развитие, дисциплинированность, личностные черты.

В психолого-педагогической характеристике детей с нарушениями развития должны находить отражение не только особенности отклоняющегося развития ребенка, но и положительные стороны его личности, а также его потенциальные возможности. В характеристике отмечаются динамические изменения в общем развитии и поведении ребенка, происходящие под влиянием обучения и воспитания. В коррекционно-образовательном учреждении психолого-педагогическую



характеристику составляет педагог-дефектолог (воспитатель) на основе изучения каждого ребенка.

В помощь педагогам для сбора материала и составления характеристики может быть предложена *программа педагогического изучения детей с нарушениями развития в условиях образовательного учреждения*, разработанная С.Д. Забрамной.

В некоторых случаях бывает необходимо отразить результаты наблюдения не только за отдельным ребенком, но и за целым классом (группой). Это целесообразно сделать по следующей схеме, предложенной И.М. Бгажноковой. Рекомендации к составлению характеристики класса.

1. Сведения о составе класса: количество учащихся, возраст, состав; характеристика групп учащихся по уровню познавательных (речевых, двигательных) возможностей; количество учащихся, занимающихся по сниженной или индивидуальной программе (фамилии, предметы); краткая характеристика актива класса, содержание выполняемых поручений.

2. Коллективистские отношения внутри класса: характер отношений детей (заинтересованность в общих делах, равнодушие, разобщенность); наличие лидеров; чем определяется лидерство, как оно влияет на детский коллектив; общественные дела класса, их выполнение учащимися (самостоятельное, под контролем, с помощью учителя или воспитателя); отношение коллектива к детям с нарушениями поведения, личностными или выраженными недостатками физического развития; характер связей между учащимися (авторитарные, равноправные, по подражанию, неустойчивые); роль общественного мнения и формы его проявления (порицание, одобрение, критика, отсутствие адекватной оценки); организованность коллектива (умение подчиняться требованиям актива класса и взрослых).

3. Характер связи классного коллектива с общешкольным: участие класса в работе детских организаций по интересам; содержание общешкольного поручения и характер его выполнения (заинтересованное, постоянное, эпизодическое); характер связей с другими классами (помощь, совместные дела, соревнование); участие в спортивно-массовых мероприятиях, праздниках и др.

В тех случаях, когда выявляются трудности обучения, необходимо тщательное *педагогическое обследование*. Педагог-дефектолог должен не только сделать вывод об уровне знаний ребенка, но и понять, чем обусловлены те или иные трудности в овладении навыками чтения, письма и счета, и наметить пути коррекционно-педагогического воздействия. Следует обратить внимание на способность детей самостоятельно выполнять предложенные задания, продуктивно использовать оказываемую им помощь и переносить усвоенный способ действия на решение аналогичных задач. Наблюдая за ребенком в процессе выполнения предложенных заданий, необходимо учитывать особенности понимания инструкции, способность удерживать ее в памяти в ходе работы, следить за целенаправленностью деятельности. Очень важно отметить, проявляет ли ребенок интерес к

выполнению заданий и насколько он стойкий, стремится ли довести работу до конца, умеет ли адекватно оценить результаты своей деятельности, как реагирует на похвалу и замечание.

Дети с нормальным интеллектуальным развитием и сформированной произвольной деятельностью обычно проявляют интерес к обследованию, стремятся к успешному выполнению заданий, обнаруживают необходимую активность и достаточные волевые усилия. Они ориентированы на похвалу, планируют свои действия и продуктивно используют помощь педагога.

Дети с задержкой психического развития нуждаются в стимуляции и организующей помощи педагога вследствие утомляемости, недостатка внимания, неуверенности в себе. Задания им следует предлагать дозированно и оказывать необходимую помощь.

Умственно отсталые дети и после объяснений и показа испытывают трудности при выполнении аналогичного задания, воспринимая его как новое. Они, как правило, с трудом осмысливают задание, не находят рациональных приемов работы. Интерес к выполнению заданий у них выражен слабо, организующая и направляющая помощь педагога малоэффективна. Характерна бессистемная, нецеленаправленная деятельность, низкая саморегуляция, слабость произвольного внимания.

Необходимо иметь в виду, что если дети учатся в школе, то перед началом обследования педагог должен обсудить их успеваемость со всеми учителями, внимательно изучить тетради, чтобы судить о динамике формирования того или иного навыка, характере ошибок, трудностях, которые ребенок испытывает в процессе усвоения программы. Важное диагностическое значение имеет анализ рисунков, которые позволяют судить не только о технических возможностях ребенка, но и о его наблюдательности, круге представлений, интересах.

Применительно к детям дошкольного возраста речь идет о наличии элементарных представлений о числе, окружающем мире, сформированности произвольной деятельности. При обследовании школьников проверяется знание ими программного материала текущего и предшествующих лет обучения.

При исследовании процесса чтения необходимо установить знание букв, навык чтения слогов, слов, связного текста, особенности звукобуквенного анализа и синтеза. Следует обратить внимание на способ чтения, темп, соблюдение логических ударений, сохранение структуры слова, наличие грубых искажений и нарушений звукопроизношения. Очень важно понимание ребенком смысла слов, предложений. Если ребенок не овладел навыком чтения, то текст ему читают или рассказывают, а затем проверяют его понимание.

Как правило, наибольшие трудности в понимании текста и овладении навыком чтения наблюдаются у детей с *выраженной умственной отсталостью*. Даже к 7 - 8 годам они не могут запомнить буквы, объяснить знакомые слова и затрудняются при соотнесении их с картинкой. Дети с

*легкой умственной отсталостью* к 7 - 8 годам могут усвоить алфавит при специальном обучении, но для них очень сложно научиться сливать буквы в слоги, их чтение долгое время остается побуквенным. Эти дети недостаточно понимают прочитанное, не могут пересказать текст в необходимой последовательности. Им недоступно понимание скрытых причинных зависимостей.

Дети с *задержкой психического развития* на первом году обучения могут не овладеть положенным по программе навыком чтения. Они медленно, по слогам читают, не соблюдают пунктуационную интонацию, характерны перестановки, замены, пропуски букв и слогов. Бедность словаря, ограниченный запас знаний и представлений об окружающем мире затрудняют понимание ими отдельных слов и выражений, установление причинно-следственных связей, но у этих детей присутствует выраженное стремление понять смысл прочитанного, поэтому часто отмечается желание перечитать слова, фразы, чтобы понять, о чем написано. Это отличает их от умственно отсталых детей, для которых свойственно механическое чтение.

Значительные затруднения при овладении навыком чтения испытывают дети с *недостатками слуха* и дети с *общим недоразвитием речи*. У них отмечается побуквенное, угадывающее чтение, замена слов и букв другими и недостаточное понимание прочитанного.

Дети с *нарушениями зрения* испытывают трудности при восприятии букв, слогов, слов, часто "теряют" строку и переставляют как буквы, так и слова, что отрицательно сказывается на овладении навыком чтения и понимании прочитанного. В тех случаях, когда текст детям прочитывается, они понимают и пересказывают его содержание.

У детей с *церебральными параличами* специфические трудности овладения навыками чтения связаны с пространственными и двигательными нарушениями. Они затрудняются в целостном восприятии слова, путают графически сходные буквы. Вследствие нарушения мышц-глазодвигателей дети не могут следить за строкой, часто ее "теряют", испытывают трудности переключения с одного слога на другой. Эти дети с трудом понимают сложные логико-грамматические конструкции, выраженные наречиями и предлогами, обозначающими пространственные категории (слева, внизу, под, над и т.д.).

Дети с *нормальным умственным развитием*, как правило, овладевают чтением еще до обучения в школе. Они без труда понимают соответствующие их возрасту тексты.

В процессе исследования навыка письма педагог определяет уровень овладения техникой письма, грамматикой и правописанием. Детям дошкольного возраста следует предложить задания для выяснения их готовности к письму и способности ориентироваться в тетради: выделить строку и провести карандашом по ее длине, на листе бумаги в клетку обвести одну клетку, написать печатные буквы по опорным точкам и без них, повторить предложение из 2 - 3 слов, выделить в нем отдельные слова,

указать их количество и порядок, выделить первый и последующие звуки в слове. Если ребенок знает буквы, целесообразно предложить ему сложить из разрезной азбуки знакомые слова. Технику письма обучающихся в школе детей можно проанализировать по рабочим тетрадям и по результатам списывания текста во время обследования. Для проверки уровня овладения категориями грамматики и правописания детям предлагают задания в зависимости от возраста и года обучения.

Дети с *выраженными интеллектуальными нарушениями* к 7 - 8 годам не могут научиться писать. Дети не понимают цели заданий; отмечается грубое недоразвитие моторики, общей координации движений, имеющиеся пространственные нарушения затрудняют выполнение даже элементарных заданий (ориентировка в тетради и т.д.).

Дети с *легкой умственной отсталостью* также испытывают значительные трудности в овладении письмом. Не получившие специального обучения умственно отсталые дети не могут самостоятельно выделить в тетради клетку, не соблюдают строку, не дописывают элементы букв, иногда пишут буквы зеркально. Они предварительно не прочитывают слова перед списыванием, что приводит к ошибкам, испытывают трудности в звуковом анализе слова, не всегда различают начало и конец предложения. Умственно отсталым детям трудно понять правила правописания, особенно безударных гласных, звонких и глухих согласных.

Дети с *задержкой психического развития* при обследовании в I классе часто бывают не готовы к овладению письмом. Им доступны лишь элементарные формы звукового анализа; особые трудности представляет для них последовательное выделение гласных звуков из слов, состоящих из открытых слогов и согласных при их стечении. При письме дети пропускают буквы, а иногда и слоги, вписывают лишние буквы. В работах встречаются многочисленные ошибки, связанные с незнанием правил или неумением их применять. В то же время в письменных работах детей с задержкой психического развития гораздо меньше ошибок, чем в работах умственно отсталых учащихся, нет грубых искажений слов и нелепых написаний.

Для *слабослышащих* детей характерны такие нарушения письма, которые обусловлены в первую очередь недостатками слуха. В процессе письма они смешивают сходные по звучанию и месту образования звуки, неправильно употребляют смягчения, пропускают части слов, на которые не падает ударение, пропускают согласные при сложных сочетаниях, нарушают структуру предложения.

Дети с *недоразвитием речи* имеют специфические ошибки: нарушение согласования слов, пропуски и замены букв, перестановка букв и слогов, слияние нескольких слов в одно. Фонематические затруднения бывают более стойкими, чем затруднения в произношении. К моменту поступления в школу недостатки произношения могут сгладиться, однако трудности усвоения грамоты сохраняются и приводят к неуспеваемости.

Дети с нарушениями зрения испытывают особые трудности при овладении навыками письма; им присущи несоблюдение строки, несформированность величины, а порой и измененный образ буквы, смещение сходных по начертанию букв, элементы зеркального письма и т.д.

У детей с *церебральными параличами* выраженные трудности в овладении техникой письма обусловлены пространственными и двигательными нарушениями. Они затрудняются при ориентировке на листе бумаги, иногда пишут справа налево. Из-за нарушений мышечного тонуса в кистях рук при письме отсутствует плавность линий, буквы получаются разными по величине, труден процесс их слияния при написании слов. Особые трудности при овладении техникой письма испытывают дети с гиперкинезом. В некоторых случаях обучать письму их приходится только на компьютере.

Следует отметить, что *нормально развивающиеся* дети могут быть недостаточно грамотными и иметь плохой почерк, поэтому сформированность навыка письма как диагностически значимый признак может учитываться только в комплексе с данными психологического, логопедического, медицинского исследований.

При проверке сформированности представлений о числе детям дошкольного возраста предлагают определить количество предметов в группе (один - много, один - два - много), сравнить два множества предметов.

Кроме того, их просят пересчитать предметы, расположенные в ряд или в случайном порядке, назвать итоговое число и показать обозначающую количество предметов цифру. Дошкольников и учащихся I - II классов общеобразовательной школы просят считать в прямом и обратном порядке от единицы и дальше; от пяти, десяти, двадцати до единицы; от заданного числа до другого заданного числа. Учащихся I класса общеобразовательной школы просят назвать предыдущие и последующие числа; сравнить два числа; сказать, какое из них больше и на сколько.

При проверке степени овладения вычислительными навыками у дошкольников и учащихся I - II классов обращают внимание на уровень овладения счетными операциями: пересчитывают ли дети первое слагаемое или сразу к нему прибавляют; пересчитывают и отсчитывают ли на пальцах, предметах или отвлеченно; затрудняются ли в счете при переходе через разряд; решают ли примеры в столбик или в строчку; знают ли таблицу умножения и деление.

Во время исследования процесса решения задач выявляется понимание ребенком условия задачи, учитываются возможности повторить условие задачи и вопрос, составить план решения, поставить вопросы к действиям и выполнить их, после чего дать объяснение решения. Проверяется, могут ли дети составить задачу по заданным компонентам, понять структуру задачи с недостающим компонентом. Очень важным диагностическим показателем является способность переноса показанного способа деятельности на аналогичное задание.

У детей школьного возраста с *выраженной умственной отсталостью* при обследовании обнаруживается очень низкий уровень развития арифметических навыков. У них нет осознанного понимания числового ряда, владения даже простейшими счетными операциями на конкретном материале. При пересчете предметов они не могут назвать итогового числа, не удерживают в памяти инструкцию; помощь не эффективна.

Дети школьного возраста (I - II классов) с *легкой умственной отсталостью* могут соотнесенно пересчитать предметы в пределах трех - десяти. При случайном расположении предметов им необходима организующая помощь. Большинство детей испытывают трудности при воспроизведении числового ряда от заданного до заданного числа, особенно в обратном порядке. Они с трудом удерживают в памяти программу задания. Им трудны счетные операции с переходом через разряд. Особые проблемы возникают при решении арифметических задач. Дети не удерживают в памяти условие задачи, сами не контролируют ход решения и не умеют проверить правильность решения.

Детям дошкольного возраста с *задержкой психического развития* доступно понимание числового ряда, порядковый счет до десяти, некоторым детям доступен и обратный счет, но счет от заданного до заданного числа затруднен. Они могут самостоятельно пересчитать предметы, соотнести их с соответствующей цифрой. Счетные операции в пределах десяти дети производят с помощью счетных палочек, иногда пальцев, при этом часто ошибаются. Дети I - II классов с *задержкой психического развития* могут решать простые задачи на нахождение суммы и остатка. При обучении в общеобразовательной школе они испытывают трудности в усвоении программного материала по математике, особенно при решении задач: не умеют произвести анализ условия задачи в целом, а найдя правильное решение, не могут его объяснить. Однако эти затруднения преодолеваются при направляющей и организующей помощи педагога.

Дети с *нарушением слуха* и дети с *общим недоразвитием речи* иногда затрудняются в обратном счете, так как не сразу вспоминают название числительных и их последовательность, путают предыдущее число с последующим и наоборот. Особые трудности они испытывают при решении арифметических задач, так как недостаточно понимают их условия из-за недостатков речевого развития.

Дети с *нарушением зрения* нуждаются в повторении условия задания, так как у них недостаточно полное представление о предмете и явлении, переданном в слове. Им необходимо больше времени на выполнение задания.

Дети с *церебральными параличами* испытывают специфические трудности при овладении навыками счета. Большинство из них с трудом усваивают десятичный состав числа; путают цифры, близкие по графическому образу; строят цифровой ряд справа налево.

*Нормально развивающиеся* дети к 7 годам в подавляющем большинстве случаев владеют устным счетом в пределах 100, и могут решать простые

арифметические задачи. Школьники обнаруживают знание основных разделов программы по математике и проявляют сообразительность при решении задач. Необходимо отметить, что при анализе материалов педагогического обследования большое значение имеют сведения об условиях развития ребенка и о роли семьи в этом процессе.

### **3. Социально-педагогическое изучение микросоциальных условий и их влияния на развитие ребенка**

Детский возраст характеризуется повышенной ранимостью и чувствительностью к различным влияниям микросоциальной среды. Известно, что нарушения взаимоотношений в семье, ошибки семейного воспитания негативно влияют на соматическое и психическое развитие ребенка. Многие исследователи указывали, что главные причины детских неврозов и пограничных психических заболеваний связаны с дефектами воспитания и конфликтными отношениями в семье. Нарушения семейных взаимоотношений оказывают негативное влияние и на ребенка с нарушениями развития, снижают эффективность коррекционно-педагогических мероприятий, провоцируют разнообразные вторичные отклонения в его психическом развитии.

Выделены некоторые особенности социально-психологической структуры семей, в которых риск возникновения нервно-психических заболеваний у детей особенно высок. К ним можно отнести следующие: жесткое доминирование одного из родителей; коммуникативный барьер между ребенком и отцом, ограничение влияния отца на процесс семейного воспитания; конфликтность семейных отношений, нарушения межличностных взаимоотношений между родителями; несогласованность требований к ребенку со стороны отца и матери, а также прародителей.

Семья играет важную роль в формировании умственных способностей ребенка, его эмоционально-волевой сферы и личности. Дети с социально-педагогической запущенностью чаще встречаются в семьях, где родители страдают психическими заболеваниями, алкоголизмом, в конфликтных и неблагополучных семьях, где ребенок воспитывается в условиях безнадзорности. Беседы с родителями являются обязательной составной частью комплексного изучения ребенка с нарушениями развития.

В беседе с родителями следует:

- а) выяснить роль отца и матери в воспитании ребенка;
- б) оценить тип семейного воспитания;
- в) установить причинно-следственные связи между типами правильного воспитания и особенностями развития ребенка;
- г) сопоставить тип семейного воспитания с особенностями умственного и личностного развития ребенка.

Описаны следующие типы неправильного семейного воспитания.

*Гипоопека* - такой тип неправильного воспитания, при котором имеет место эмоциональное отвержение ребенка, проявляющееся в открытой враждебности, чрезмерной требовательности или, наоборот, в равнодушии и попустительстве.

*Гиперопека* - чрезмерная родительская забота о ребенке, проявляющаяся в повышенной привязанности, преданности ребенку. Ребенок находится в центре внимания семьи, он объект восхищения родителей, которые оберегают его от всех жизненных трудностей и невзгод. Этот тип воспитания часто встречается в семьях, где воспитываются дети с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата.

*Противоречивое воспитание* - различное отношение к ребенку со стороны членов семьи, приводящее к тому, что в ней возникают разные типы воспитания. Часто наблюдается в семьях, где один из родителей не понимает проблем в развитии ребенка и предъявляет к нему требования, не соответствующие его психофизическим особенностям.

Социально-педагогическое обследование проводится *социальным педагогом* образовательного учреждения (при его отсутствии - другим педагогом). В процессе проведения социально-педагогического исследования необходимо оценить следующие показатели: уровень образования родителей; общий культурный уровень семьи; материальную обеспеченность; жилищно-бытовые условия; особенности взаимоотношений в семье; наличие у родителей вредных привычек; состояние здоровья родителей.

Для понимания психолого-педагогических особенностей ребенка с нарушениями развития и повышения эффективности коррекционно-развивающего воздействия большое значение имеет знание и учет психологических особенностей родителей, воспитывающих этого ребенка, и межличностных отношений в семье.

#### **4. Психологическое изучение детей с нарушениями развития**

Психологическая диагностика нарушений развития у детей - составная часть комплексного клинико-психолого-педагогического и социального обследования. Она основывается на ряде принципов, сформулированных ведущими специалистами в области специальной психологии и психодиагностики нарушенного развития (В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, С.Д. Забрамная, О.Н. Усанова и др.). Психодиагностическое обследование ребенка с проблемами в развитии должно быть системным, т.е. включать в себя изучение всех сторон психики (познавательную деятельность, речь, эмоционально-волевую сферу, личностное развитие).

Психодиагностическое обследование организуется с учетом возраста и предполагаемого уровня психического развития ребенка. Именно эти показатели определяют организационные формы диагностической процедуры, выбор методик и интерпретацию результатов.



Диагностические задания должны быть доступны для ребенка. В ходе обследования ребенку необходимо предложить задание, которое он сможет успешно выполнить, а при анализе результатов учитывается, с заданиями для какой возрастной группы справился ребенок. При обследовании важно выявить не только актуальные, но и потенциальные возможности ребенка в виде "*зоны ближайшего развития*" (Л.С. Выготский). Это достигается предложением заданий разной сложности и оказанием ребенку дозированной помощи в ходе их выполнения. Подбор диагностических заданий для каждого возрастного этапа должен осуществляться строго на научной основе, т.е. при обследовании следует использовать те задания, которые могут выявить, какие стороны психической деятельности необходимы для выполнения данного задания и как они нарушены у обследуемого ребенка. При обработке и интерпретации результатов должна быть дана их качественная и количественная характеристика, при этом система качественно-количественных показателей должна быть однозначной для всех обследуемых детей.

Проведение психодиагностического исследования всегда подчинено конкретной цели, которая определяет пути решения отдельных задач.

*Основная цель* психодиагностического обследования ребенка с нарушениями развития - выявление структуры нарушения психической деятельности для определения оптимальных путей коррекционной помощи.

*Конкретная задача* определяется возрастом ребенка, наличием или отсутствием нарушений зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, социальной ситуацией, этапом диагностики (скрининг, дифференциальная диагностика, углубленное психологическое изучение ребенка для разработки индивидуальной коррекционной программы, оценка эффективности коррекционных мероприятий).

Для получения информативных и объективных результатов психологического изучения ребенка необходимо соблюдать ряд специальных условий:

- методический аппарат должен быть адекватен целям и гипотезе исследования; так, например, при осуществлении скринингового исследования диагностический инструментарий должен позволять экспериментатору в ходе однократного исследования сделать вывод о соответствии психического развития ребенка возрастной норме или об отставании от нее;

- важно определить, какие психические функции предполагается изучить при обследовании, - от этого зависит подбор методик и интерпретация результатов;

- подбор экспериментальных заданий нужно производить на основе принципа целостности, так как развернутую психологическую характеристику ребенка, включающую особенности его познавательного и личностного развития, можно получить только в результате использования нескольких методик, дополняющих друг друга;

- при подборе заданий необходимо предусмотреть различную степень трудности их выполнения - это дает возможность оценить уровень актуального развития ребенка и в то же время позволяет выяснить высший уровень его возможностей;

- задания должны подбираться с учетом возраста ребенка так, чтобы их выполнение было ему доступным и интересным;

- содержание заданий не должно вызывать у ребенка негативных реакций, а, напротив, должно способствовать установлению контакта с ним, что позволит провести обследование тщательно и получить достоверные результаты;

- при подборе заданий необходимо учитывать влияние аффективной сферы ребенка на результаты его деятельности, чтобы исключить необъективность в трактовке результатов;

- отбор заданий должен носить как можно менее интуитивно-эмпирический характер; только научность при подборе методик повысит надежность полученных результатов;

- не исключая значения интуиции при разработке диагностического инструментария, следует предусмотреть обязательное теоретическое обоснование системы диагностических заданий;

- количество методик должно быть таким, чтобы обследование ребенка не привело к психическому истощению; необходимо дозировать нагрузку на ребенка с учетом его индивидуальных возможностей.

При организации проведения процедуры обследования необходимо учитывать следующие требования: процедура обследования должна строиться в соответствии с особенностями возраста ребенка: чтобы оценить уровень развития психической деятельности ребенка, необходимо включить его в активную деятельность, ведущую для его возраста; для ребенка дошкольного возраста такой деятельностью является игровая, для школьника - учебная; методики должны быть удобны для использования, иметь возможность стандартизации и математической обработки данных, но одновременно учитывать не столько количественные результаты, сколько особенности процесса выполнения заданий; анализ полученных результатов должен быть качественно-количественным; в работах ведущих отечественных психологов показано, что именно качественный анализ, реализуемый через систему качественных показателей, позволяет выявить своеобразие психического развития ребенка и его потенциальные возможности, а количественные оценки используются для определения степени выраженности того или иного качественного показателя, что облегчает разграничение нормы и патологии, позволяет сравнивать результаты, полученные у детей с разными нарушениями развития; выбор качественных показателей не должен быть случайным, а должен определяться их способностью отражать уровни сформированности психических функций, нарушение которых характерно для детей с отклонениями в развитии; для получения достоверных результатов важно

установить продуктивный контакт и взаимопонимание психолога и ребенка; для оптимизации процедуры обследования следует продумать порядок предъявления диагностических заданий; некоторые исследователи (А. Анастаси, В.М. Блейхер и др.) считают целесообразным располагать их по степени возрастания сложности - от простого к сложному, другие (И.А. Коробейников, Т.В. Розанова) - чередовать простые и сложные задания для профилактики утомления.

### **Этапы психодиагностического изучения ребенка**

1) На первом этапе психолог изучает документацию и собирает сведения о ребенке путем опроса родителей и педагогов. К началу обследования он должен обладать всеми необходимыми сведениями клинического, педагогического, социального характера. Это позволит правильно определить задачи исследования и подготовить необходимый диагностический инструментарий.

2) Для проведения психологического обследования нужно создать спокойную обстановку. Обследование проводится в отдельной комнате с небольшим количеством предметов, чтобы не отвлекать внимание ребенка. Обследование ребенка до 4 лет проводится за маленьким детским столом или на ковре, с ребенком 4 - 6 лет - за детским столом, более старших детей - за обычным столом, на котором не должно находиться посторонних предметов.

Обследование лучше начинать с заведомо легких для данного ребенка заданий. Психолог должен вести себя спокойно и доброжелательно, внимательно наблюдать за всеми действиями ребенка. Если ребенок допускает ошибки, то обследующий оказывает ему помощь, которая предусмотрена в данном задании.

Все результаты наблюдения фиксируются в протоколе: отмечается время выполнения заданий, ошибки, допускаемые ребенком, виды помощи, ее эффективность. При обследовании желательно присутствие матери, особенно в тех случаях, когда ребенок категорически на этом настаивает. После обследования психолог должен обсудить с родителями полученные результаты, ответить на их вопросы, дать рекомендации.

Если по каким-либо причинам ребенок плохо себя ведет, отказывается выполнять задание, то необходимо выяснить причины такого поведения и вызвать его на повторное обследование, которое может проводиться через несколько дней. За эти дни нужно подготовить ребенка к повторному обследованию, убедить его сотрудничать с психологом. На повторное обследование необходимо приглашать также тех детей, которые быстро утомляются и поэтому не могут быть полностью обследованы за один раз.

*Заключение* на ребенка лучше готовить в два этапа. Сначала психолог, проводивший обследование, обрабатывает результаты выполнения заданий, обсуждает их и приходит к определенным выводам об особенностях и уровне развития познавательной деятельности, речи, эмоционально-волевой сферы, личности, поведения ребенка, а также решает вопрос о характере коррекционной помощи, которая может быть ему оказана. Затем психолог

оформляет полученные результаты в виде письменного заключения в свободной форме, однако соблюдая определенные правила.

Обычно заключение состоит из трех относительно самостоятельных частей. *В первой части* указываются причины обследования ребенка, цель обследования, особенности поведения ребенка во время его проведения. Обязательно отмечаются мотивация к выполнению заданий, особенности контакта, способы взаимодействия с психологом, способы выполнения заданий, характер деятельности, реакции на поощрение, неуспех, замечание. Особое внимание обращается на способность ребенка продуктивно использовать помощь, виды этой помощи, умение переносить найденный совместно с психологом способ решения на аналогичную задачу. Отмечается наличие или отсутствие речевого сопровождения действий, характер высказываний ребенка, его способность рассказать о своих действиях. *Во второй части* дается анализ полученных результатов диагностического изучения психики ребенка в зависимости от задач исследования, определивших, какие психические функции и процессы изучались в каждом конкретном случае. *В третьей части* заключения делается вывод о структуре нарушений психики у ребенка, причем отмечаются не только выявленные нарушения и их соотношение, но и сохранные стороны психики, потенциальные возможности ребенка, определяющие его дальнейшее развитие. Далее формулируются рекомендации по организации и содержанию психологической помощи ребенку, оптимизации коррекционно-педагогического процесса, которые адресуются специалистам образовательного учреждения и родителям. В заключении обязательно должны быть указаны возраст обследуемого, даты обследования и написания заключения, фамилия психолога.

## **5. Логопедическое обследование в системе комплексного изучения детей с нарушениями развития**

Речь играет исключительно важную роль в формировании высших психических функций у ребенка. Выполняя функцию общения ребенка со взрослым, она является базой для развития мышления, обеспечивает возможность планирования и регуляции поведения ребенка, организации всей его психической жизни, влияет на развитие личности в целом. В связи с этим в современной специальной педагогике и психологии утвердилось положение о необходимости раннего выявления и преодоления речевых нарушений, которые являются общей закономерностью аномального развития, т.е. встречаются у большинства детей с различными отклонениями в развитии (В.И. Лубовский) и могут затрагивать различные компоненты речи. Одни из них касаются только процессов произношения и обнаруживаются в снижении внятности речи без сопутствующих проявлений. Другие затрагивают фонематическую сторону языка и выражаются не только в дефектах произношения, но и в недостаточном

овладении звуковым составом слова, влекущим за собой нарушения чтения и письма. Третьи представляют собой коммуникативные нарушения, которые могут препятствовать обучению ребенка в школе и его социальной адаптации.

*Дети с нарушениями речевого развития* - это особая категория детей с отклонениями в развитии; у них сохранен слух и интеллект, но есть значительные нарушения речи, влияющие на формирование других сторон психики. Психолого-педагогическая характеристика детей с недостатками речи представлена в трудах Р.Е. Левиной, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, О.Е. Грибовой и др.

Наиболее сложные речевые нарушения охватывают как фонетико-фонематическую, так и лексико-грамматическую стороны языка, приводя к *общему недоразвитию речи*, которое может иметь различный механизм и соответственно различную структуру нарушения и наблюдается при наиболее сложных формах детской речевой патологии (алалии, дизартрии и т.д.).

Р.Е. Левиной были выделены три уровня общего недоразвития речи (ОНР), т.е. системного нарушения всех сторон речи при сохранном физическом слухе.

1. На первом уровне наблюдается *полное или почти полное отсутствие словесных средств общения* в возрасте 5 - 6 лет, когда у детей без речевой патологии речь в основном сформирована. Словарный запас состоит из звуковых и звукоподражательных комплексов, в большинстве случаев непонятных окружающим и сопровождающихся жестами. Дети с такими особенностями относятся к так называемым "*безречевым*".

2. На втором уровне *появляются общеупотребительные слова, хотя и искаженные*. Намечается различие некоторых грамматических форм. Вместе с тем произносительные возможности детей значительно отстают от возрастной нормы.

3. Третий уровень характеризуется наличием развернутой фразовой речи *с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития*. Дети вступают в контакты с окружающими, но лишь в присутствии взрослого и с его помощью. Свободное общение крайне затруднено.

4. В современных работах выделяется еще и четвертый уровень (Т.Б. Филичева), характеризующийся *легкими лексико-грамматическими нарушениями*, которые затрудняют овладение детьми письменной речью в начале школьного обучения.

Дети с общим недоразвитием речи имеют ряд *психолого-педагогических особенностей*, затрудняющих их социальную адаптацию и требующих целенаправленной коррекции.

Неполноценная речевая деятельность отражается на формировании у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер. Отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограниченные возможности его

распределения. При относительной сохранности смысловой памяти у детей снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. У наиболее слабых детей низкая мнемическая активность может сочетаться с задержкой в формировании других психических процессов. Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития проявляется также в специфических особенностях мышления. Обладая полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением.

У части детей отмечается соматическая ослабленность и замедленное развитие локомоторных функций; им присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы - плохая координация движений, снижение скорости и ловкости при их выполнении. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции. Часто встречается недостаточная координация движений пальцев, кисти руки, недоразвитие мелкой моторики.

У детей с тяжелыми речевыми расстройствами отмечаются отклонения в эмоционально-волевой сфере. Им присущи нестойкость интересов, пониженная наблюдательность, сниженная мотивация, негативизм, неуверенность в себе, повышенная раздражительность, агрессивность, обидчивость, трудности в общении с окружающими, в налаживании контактов со своими сверстниками.

Особую группу детей с нарушениями речи составляют дети с *заиканием, ринолалией, дисфонией*. При всем разнообразии патологических проявлений (судорожность в процессе речевого акта при заикании, грубые нарушения звукопроизношения и несформированность фонематического восприятия при ринолалии, нарушения качества голоса при дисфонии) существует ряд общих психолого-педагогических особенностей, характеризующих этих детей. Это прежде всего личностные нарушения - фиксированность на дефекте, трудности вербальной коммуникации, речевой и поведенческий негативизм, усложняющие структуру речевых расстройств и ведущие к трудностям социальной адаптации. В школьном возрасте у этих детей отмечаются своеобразная структура связного высказывания, снижающая его информативность, устойчивые специфические ошибки при письме; усиливаются нарушения в эмоционально-волевой сфере.

Итак, у детей с речевыми нарушениями отмечаются также трудности полноценной коммуникативной деятельности, формирования саморегуляции и самоконтроля, разнообразные недостатки познавательной деятельности и моторики, а также нарушения эмоционально-волевой сферы.

*Уровень развития речи* - важный диагностический критерий при оценке общего уровня развития ребенка. Поэтому обследование речи является неотъемлемой составной частью психолого-педагогического изучения ребенка с проблемами в развитии.

## 6. Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями развития

В последние годы системный анализ высших психических функций (ВПФ) все чаще используется в психиатрии детского возраста и дефектологии при изучении различных вариантов *психического дизонтогенеза*: задержки интеллектуального развития, специфических нарушений школьных навыков (дислексии, дисграфии, дискалькулии), речевых нарушений и др. Как известно, эти виды нарушенного психического развития в основном связаны с органическим повреждением головного мозга на ранних этапах онтогенеза и вторичным недоразвитием мозговых структур, формирующихся постнатально.

По мнению многих отечественных и зарубежных исследователей, нейропсихологические методики целесообразно применять в комплексе клинико-психологического изучения аномальных детей, так как полученные таким образом данные позволяют оценить состояние зрительного и слухового восприятия, праксиса, речи, памяти - тех функций, которые обеспечивают возможности овладения элементарными школьными навыками (чтением, письмом, счетом, решением арифметических задач).

Кроме частных нарушений перечисленных выше психических функций трудности обучения детей могут быть обусловлены *общими неспецифическими расстройствами мозговой деятельности*, отражающими дискоординацию корко-подкорковых взаимодействий.

При этом в одних случаях на первый план выступают *расстройства общей нейродинамики*, проявляющиеся в повышенной истощаемости, нарушении темпа и подвижности психических процессов, а также работоспособности. При других клинических вариантах психического дизонтогенеза более значимы нарушения *произвольности и целенаправленности познавательной деятельности*: отсутствие или нестойкость установки (мотивации) на познавательную деятельность, трудности планирования заданной психической операции, нестойкость произвольного внимания и контроля. Как известно, эти стороны сознательной деятельности обеспечиваются прежде всего работой лобных и лобно-подкорковых мозговых систем (А.Р. Лурия, М.С. Певзнер, Е.Д. Хомская и др.).

Таким образом, данные нейропсихологического исследования ребенка с нарушениями развития позволяют уточнить структуру нарушений его познавательной деятельности, что чрезвычайно важно при решении вопросов прогноза и индивидуализации психолого-педагогической помощи.

Модификация нейропсихологической методики А.Р. Лурия, адаптированная для исследования детей с явлениями *резидуальной церебральной недостаточности*, позволяет выделить основные критерии качественной оценки состояния высших психических функций; определить критерии качественно-количественной оценки состояния ВПФ для

определения степени их нарушения для возможности сравнения результатов повторных исследований одного и того же ребенка в процессе коррекционной работы с ним, а также для сравнения нейропсихологических характеристик детей одного возраста однородных либо разнородных клинических групп.

При качественном анализе состояния ВПФ прежде всего необходимо выделение ведущего фактора, затрудняющего осуществление заданной психологической операции: нейродинамические нарушения; нарушения высших форм регуляции; нарушения отдельных корковых функций.

Критерий качественно-количественной оценки результатов исследования базируется на степени выраженности качественных показателей нарушений ВПФ. В зависимости от работоспособности ребенка исследование может проводиться в один, два, реже - в три сеанса продолжительностью около 1 ч. Используется следующая схема обследования: предметный гнозис; различение ритмических последовательностей; пробы Заззо; воспроизведение позы пальцев;- пробы Хэда; проба "перебор пальцев"; проба Озерецкого; воспроизведение графического образа; воспроизведение ритмических последовательностей; складывание фигур из палочек; решение задач с кубиками Кооса; условные двигательные задачи; речевая моторика; фонематический слух; понимание логико-грамматических конструкций; спонтанная речь; заучивание 10 слов; чтение; письмо; счетные операции; решение задач.

Существует несколько модификаций нейропсихологической методики для обследования детей. Специально для нейропсихологического обследования старших дошкольников методика была адаптирована Т.Н. Волковской (1999). Для обследования младших школьников можно рекомендовать вариант, предложенный И.Ф.Марковской.

Интерпретация данных нейропсихологического исследования осуществляется в результате анализа протокольных записей и вычерчивания индивидуального *"профиля" состояния психических функций*.

Оценка потенциальных возможностей ребенка производится на основании следующих показателей: тяжесть (интенсивность) и распространенность (экстенсивность) нарушений психических функций; ведущий фактор, препятствующий выполнению заданий; восприимчивость ребенка к помощи, предлагаемой в процессе проведения эксперимента. На первые два вопроса экспериментатор может ответить в результате изучения так называемого индивидуального "профиля" нейропсихологических характеристик: выявление наиболее типичного, часто повторяющегося балла и выделение наиболее страдающих функций, обеспечивающих формирование того или иного школьного навыка. Возможность ответа на третий вопрос изначально предусмотрена специальной организацией нейропсихологического исследования.

Большинство заданий, включенных в исследование, предъявляется в двух вариантах. При первом варианте инструкция не отличается от



применяемой в практике исследования взрослых. При неправильном выполнении то же задание дается в ситуации игры, обеспечивающей не только эмоциональную стимуляцию, но и включение речевого и смыслового опосредования действия (например: "Ты командир, а твои пальчики солдаты, командуй - раз, два..." и т.п.). После подобной организации, как правило, результаты выполнения задания улучшаются, балльная оценка повышается. Этот новый результат вносится в протокол исследования и соответственно отмечается на графике индивидуального "профиля". Таким образом, эффективность помощи и, что особенно важно, виды ее становятся важными данными для оценки потенциальных возможностей ребенка.

Опыт работы с предлагаемой модификацией нейропсихологической методики показал, что общим нейродинамическим нарушениям в виде лабильности и истощаемости соответствует дисфункция лобных систем в звене контроля. Более грубые нарушения нейродинамики в виде персевераторности, инертности чаще сочетаются с нарушениями отдельных корковых функций и с обусловленной ими вторичной дезорганизацией программирования деятельности.

## 1.5 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ НА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ЭТАПАХ

### *Вопросы для изучения*

1. Психолого-педагогическая изучение детей первого года жизни
2. Психолого-педагогическое изучение детей раннего возраста
3. Психолого-педагогическое изучение детей дошкольного возраста
4. Психолого-педагогическое изучение детей младшего школьного возраста
5. Психолого-педагогическое изучение детей подросткового возраста

### 1. Психолого-педагогическая изучение детей первого года жизни

Психодиагностическое изучение детей начинают после 1,5 - 2 мес. *Объектами* такого изучения становятся дети с признаками раннего органического поражения мозга или находящиеся в условиях социальной или эмоциональной депривации, например в условиях дома ребенка или при эмоциональном отвержении ребенка матерью.

Существует несколько методик изучения психофизического развития детей первого года жизни. Широкую популярность у нас в стране получили Шкала развития Гезелла, Денверовская скрининговая методика (DDST) и некоторые другие. Среди отечественных методов можно отметить работы Г.В. Пантюхиной, К.Н. Печоры, Э.Л. Фрухт, О.В. Баженовой, Л.Т. Журбы, Е.М. Мастюковой.

*Принципы построения методик:* они включают наборы заданий, направленных на изучение моторной, речевой, познавательной, социальной сфер; по мере увеличения возраста эти задания усложняются; результаты изучения ребенка оцениваются путем сравнения их с нормативом.

Приемы обследования детей первого года жизни (О.В. Баженова, Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова):

- определяют состояние двигательной сферы: возможность и качество контроля положения головы, рук, позы при сидении и ходьбе; у детей старше 8 мес. внимание обращают на развитие шаговых движений.

- затем определяют развитие сенсорных реакций: изучают характер прослеживаний и фиксаций. В процессе обследования определяют состояние развития эмоциональных и голосовых реакций, отмечают характер и выраженность улыбки, анализируют, в каких ситуациях она чаще всего появляется.

- психологическое исследование психического развития ребенка первого года жизни традиционно завершается составлением *заключения* о его состоянии.

## 2. Психолого-педагогическое изучение детей раннего возраста

*Целью* психолого-педагогического изучения ребенка раннего возраста - получение данных, характеризующих: познавательные процессы; эмоционально-волевую сферу; предречевое и речевое развитие; двигательное развитие.

Прежде чем приступать к диагностике психического развития ребенка, обязательно следует убедиться, что у него нет грубых дефектов слуха и зрения. При диагностике особенностей познавательной сферы детей раннего возраста в центре внимания исследователей находится анализ выполнения отдельных заданий как отражение психической деятельности ребенка. Причем важен не столько результат, сколько возможность организации деятельности по выполнению задания. Основными параметрами оценки познавательной деятельности в раннем возрасте можно считать: принятие задания; способы выполнения задания; обучаемость в процессе обследования; отношение к результату своей деятельности. Диагностика развития двигательной сферы детей раннего возраста предполагает изучение как общей, так и мелкой моторики.

Психодиагностическое исследование психического развития ребенка данного возрастного периода завершается составлением *заключения*, в котором содержатся обобщенные данные:

- отражающие развитие его эмоциональной, познавательной, речевой и моторной сфер,
- характеристики психологической структуры отдельных действий и систем действий по выполнению заданий,
- наблюдаемые характерологические особенности ребенка.

## 3. Психолого-педагогическое изучение детей дошкольного возраста

Обследование начинается с беседы с ребенком, которая направлена на установление эмоционального контакта. Во время беседы выявляются общий запас знаний и представлений ребенка об окружающем, ориентировка во времени, пространстве, эмоциональные особенности: контактность, интересы, любимые игры и занятия.

При отборе методик для диагностического обследования детей дошкольного возраста необходимо учитывать *психологические возрастные новообразования*:

- уровень развития перцептивных действий,
- наглядно-образного мышления,
- ведущей деятельности - игровой, а также типичных видов деятельности - конструирования и рисования.

Основными параметрами *умственного развития* дошкольника можно считать: принятие задания; понимание условий задания; способы выполнения; обучаемость в процессе обследования; отношение к результату деятельности.

При диагностике особенностей *познавательной сферы* детей дошкольного возраста используются специальные задания, проводимые в форме "обучающего эксперимента", а также задания, позволяющие выявить уровень сформированности знаний и умений. Анализ выполнения заданий позволяет оценить характер деятельности ребенка: понимает ли он практическую ситуацию как проблемную, анализирует ли условия, может ли самостоятельно найти и использовать вспомогательные предметы для достижения цели.

Для обследования *мотивационной готовности ребенка* к обучению в школе используются различные методы: наблюдение во время различных видов детской деятельности, беседа.

Психолого-педагогическое изучение ребенка дошкольного возраста завершается составлением *характеристики*, отражающей развитие изученных сфер деятельности, а также характерологические особенности.

#### **4. Психолого-педагогическое изучение детей младшего школьного возраста**

При психологическом обследовании выявляется: актуальный уровень развития, устанавливаются потенциальные возможности ребенка; взаимозависимость процессов, обеспечивающих познавательную деятельность и влияющих на эмоционально-волевую сферу и личность; интересы и потребности ребенка; адекватность его притязаний, самооценки; критичность по отношению к себе и другим; сформированность коммуникативных функций.

Как правило, поводом обращения к психологу, логопеду или дефектологу становится *неуспеваемость ребенка* или *отклонения в его поведении*. Специалисту предстоит выяснить причину неуспеваемости ребенка. Неуспеваемость может быть результатом как отставания в умственном развитии, так и неподготовленности к школьному обучению. Она может быть вызвана также нарушениями в работе анализаторов, слабым соматическим здоровьем ребенка; если при этих обстоятельствах не соблюдается режим нагрузки в семье или завышаются требования педагогов, то следствием может быть не только неуспеваемость, но и срывы в поведении.

Наиболее сложными в диагностическом отношении являются *дети с трудностями в обучении*, которые также оказываются неуспевающими уже в первые годы обучения. При предъявлении задания в наглядно-действенном плане качество его выполнения значительно улучшается. Для оценки уровня развития мышления при психолого-педагогическом обследовании важно

сопоставить результаты работы ребенка со словесным и наглядным материалом.

*Дети с дефектами зрения и слуха* оказываются беспомощными в простых ситуациях, производят впечатление умственно отсталых. Но если предложить слабослышащему задание логического характера, не требующее от него совершенного слуха (классификация, раскладывание картинок с учетом причинно-следственных связей и т.п.), а слабовидящему - соответствующие устные задания, то они их выполняют.

Кроме того, очень важно отделить нормальных детей с расстройством речи от умственно отсталых, для которых речевые нарушения являются одним из характерных признаков.

## **5. Психолого-педагогическое изучение детей подросткового возраста**

Особенности изучения детей подросткового возраста заключаются в следующих положениях. Важно учитывать особенности подросткового возраста - тенденцию к самостоятельности, чувство *Я*. У подростков могут быть и выраженные аффективные вспышки, негативизм, особенно при неудаче в установлении контакта, поэтому таким детям требуется бережный, не форсированный подход. Спокойное, уважительное отношение к подростку - важный фактор, обеспечивающий его сотрудничество в ходе исследования. Расширяется арсенал диагностических методик, используются классические экспериментально-психологические методики, причем в полном варианте. Становится возможным использование довольно сложных методов исследования личности и межличностных отношений - опросников, проективных тестов.

Тщательный подбор методик исследования с учетом речевых и интеллектуальных особенностей ребенка. Возможности применения многих методик все же остаются ограниченными. Значительные ограничения существуют и в применении проективных методик исследования личности и межличностных отношений.

Таким образом, психологическое исследование особенностей личности и межличностных отношений подростка с нарушениями в развитии должно строиться с учетом как специфических особенностей подросткового возраста, так и характера нарушений развития.

## 1.6 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

### **Вопросы для изучения:**

1. Диагностика нарушений слуха у детей
2. Диагностика нарушений зрения у детей
3. Диагностика нарушений двигательной сферы
4. Общая характеристика группы асинхронного развития
5. Диагностика дисгармонического развития
6. Диагностика искаженного развития

### **1. Диагностика нарушений слуха у детей**

Среди детей с недостаточностью слуха выделяются глухие, слабослышащие, позднооглохшие.

Нарушения слуха могут быть вызваны разными **причинами**:

- инфекционными и вирусными заболеваниями матери во время беременности (краснуха, корь, грипп, вирус герпеса, токсоплазмоз);
- токсикозами беременности;
- резус-конфликтом;
- внутричерепной мозговой травмой;
- асфиксией новорожденного;
- недоношенностью, когда вес при рождении менее 1500 гр.;
- детскими инфекциями (паротит, скарлатина, корь и т.п.);
- менингитами;
- черепно-мозговой травмой;
- отитами (острое воспаление среднего уха) – занимают значительное место в этиологии нарушений слуха, особенно в раннем возрасте;
- наследственными заболеваниями в семье, сопровождающимся поражением слухового анализатора (более 50% случаев глухоты и тугоухости считаются наследственно обусловленными);
- применением препаратов с ототоксическим (греч. otos – ухо) действием (в частности антибиотиков), назначаемых ребенку или матери во время беременности. Следует отметить, что при наследственной расположенности генетическая недостаточность органа слуха делает его уязвимым при применении антибиотиков, а также при длительном воздействии звуковых раздражителей предельной интенсивности (например, плееров), которая также относится к приобретенным факторам понижения слуха.

Определение факторов риска возможности нарушений слуха у ребенка проводится на основе тщательного изучения анамнестических данных.

Как уже отмечалось, дефект слуха в первую очередь отрицательно влияет на формирование той психической функции, которая в наибольшей

степени зависит от того состояния слухового анализатора – на формирование речи.

Снижение слуха ведет также к замедлению развития ряда других функций, связанных с пострадавшей опосредованно (через речь):

- *своеобразие словесно-логического мышления* – у детей с нарушениями слуха с трудом формируются понятия, преобладает конкретность суждений;

- *особенности словесной памяти* – трудности в запоминании предложений и текстов; глухие дети лучше запоминают отдельные слова, а жесты – лучше, чем слова;

- *специфические нарушения развития эмоциональной сферы* – у глухих детей в связи с отсутствием воздействия речи взрослых и восприятия интонационной стороны речи с самых ранних этапов жизни наблюдается определенный дефект эмоциональной ориентировки; часто отсутствует «комплекс оживления», значительно позднее происходит дифференциация близких и чужих людей.

Степень выраженности и характер речевой недостаточности и других вторичных дефектов у детей с нарушениями слуха зависят от взаимодействия четырех основных факторов:

1) степень снижения слуха

Так, незначительное снижение слуха предполагает ту или иную возможность самостоятельного овладения речью. Речь такого ребенка может быть нормальной, соответствующей возрасту или иметь негрубые отклонения, например смазанность артикуляции, смещение глухих-звонких, свистящих-шипящих звуков, ошибочное употребление слов, близких по ситуации или звучанию, аграмматизм. Полное же выпадение слуха при отсутствии специального обучения приводит к отсутствию речи.

2) время возникновения слухового нарушения

Врожденная или ранняя (первые годы жизни ребенка) потеря слуха приводит к отсутствию речи или ее грубому недоразвитию. У таких детей наблюдается задержка формирования прямостояния, недоразвитие пространственной ориентировки, что связано с недостаточностью вестибулярного аппарата.

При нарушении слуха после трехлетнего возраста недоразвитие логомоторных функций выражено меньше, успевает сформироваться фразовая речь; нарушения словарного запаса и грамматического строя нередко выражены менее грубо.

При поражении слухового анализатора в школьном возрасте у ребенка речь грамматически сформирована, имеются лишь некоторые недостатки произношения.

3) условия развития ребенка после поражения слуха

Целенаправленное адекватное своевременное коррекционное воздействие (в сочетании со своевременным качественным слухопротезированием и использованием различной качественной

звукоусиливающей аппаратуры) способствует речевому и общему развитию ребенка. Дети, несмотря на то, что сегодня у медицины нет возможности вернуть им физический слух, могут максимально сближаться по уровню психомоторного и речевого развития с нормально слышащими сверстниками.

Педагогически же запущенный слабослышащий ребенок вследствие недоразвития высших психических функций по уровню общего развития может производить впечатление умственно отсталого.

#### 4) Индивидуальные особенности ребенка

Достижение высокого уровня психомоторного и речевого развития связано и с физическим состоянием и наличием таких личностных качеств ребенка, как активность, коммуникабельность, физическая выносливость, работоспособность и т.п.

При проведении дифференциально-диагностического изучения следует также учитывать, что в ряде случаев (особенно при глубоких нарушениях) недостаточность слуха сочетается с органической патологией ЦНС (Л.П. Григорьева, 1996), которая может быть причиной задержки развития или умственной отсталости. Вместе с тем, ЗПР может быть обусловлена педагогической запущенностью.

Таким образом, следует разграничивать 2 категории детей с нарушением слуха: *дети, не имеющие дополнительных отклонений* в развитии; *дети, имеющие дополнительные отклонения* в интеллектуальном развитии – глухие (слабослышащие, позднооглохшие) умственно отсталые.

Потенциальные возможности психического развития детей 1 группы значительно выше, что следует учитывать при проведении диагностического обследования.

**При дифференциальной диагностике** состояний, вызванных нарушениями слуха, и умственной отсталости, большое значение имеет учет специфических особенностей речевого недоразвития слабослышащих детей:

- специфика речевого поведения – слабослышащие дети проявляют повышенный интерес к артикуляции собеседника;
- своеобразие голоса – тихий или громкий, немодулированный;
- особенности звукопроизношения: замены, смешения звуков (оглушение звонких, призубный сигматизм и др.).

Следует учитывать и особенности лексико-грамматической стороны речи: если у умственно отсталого ребенка, прежде всего, страдает смысловая сторона речи (нарушено понимание смысла отдельных слов, предложений, текста), то у слабослышащего ребенка имеет место **экспрессивный аграмматизм** (нарушение грамматического строя речи – неправильное построение предложений, нарушение структуры слов, нарушение согласования и т.д.).

Каждый ребенок с подозрением на снижение слуха нуждается в своевременном комплексном медико-педагогическом обследовании.



## 2. Диагностика нарушений зрения у детей

К детям с нарушениями зрения относятся слепые (незрячие) и слабовидящие.

Среди слепых выделяют: *тотально слепых* (с абсолютной слепотой) и *частично видящих* (с практической слепотой, при которой наблюдается остаточное зрение с сохранностью светоощущения – способности отличать свет от тьмы и *форменное зрение* - способность воспринимать контуры (силуэты) предметов на близком расстоянии).

Нарушения зрения могут быть врожденными (80-90% случаев) и приобретенными.

Причинами **врожденной патологии** зрения могут быть:

- наследственный фактор (15-17 % случаев нарушений зрения),
- повреждения и заболевания плода в период внутриутробного развития (связаны с инфекционными и вирусными заболеваниями матери в период беременности, болезнями обмена веществ, интоксикациями алкоголем, никотином, лекарственными препаратами – гормональными, спотворными, авитаминозами).

**Приобретенные нарушения зрения** связаны с заболеваниями органов зрения (сетчатки, роговицы), заболеваниями ЦНС (менингит, менингоэнцефалит, опухоль мозга), травматическими повреждениями глаз или мозга (ранения головы, ушибы).

Дефекты зрения делятся на *прогрессирующие* (происходит постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса) и *стационарные*, непрогрессирующие.

Снижение зрения характеризуется, прежде всего, разнообразием нарушений зрительных функций. Недостаточность зрительного восприятия является **причиной вторичных отклонений** в формировании и развитии познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы:

- нарушение зрительного восприятия приводит, прежде всего, к трудностям пространственной ориентировки, недостаточному развитию предметно-практической деятельности, недостаткам наглядных форм мышления;
- ограниченность сенсорного опыта приводит к неточности предметной соотнесенности слов (слово вводится в словарный запас ребенка без опоры на сенсорный опыт): за словом закрепляется узкий круг понятий, что снижает развитие уровня обобщений, или, наоборот, происходит непомерное размывание, генерализация (распространение) значения слова;
- трудности овладения артикуляцией на основе подражания из-за снижения зрения являются причиной частых речевых нарушений;
- ограничение или невозможность при общении воспринимать такие выразительные средства общения, как взгляд, жест, мимика приводят к недоразвитию форм общения, своеобразию эмоциональной сферы ребенка на ранних этапах развития; в более старшем возрасте из-за возникающих

бытовых проблем по причине нарушений зрения наблюдается своеобразие характера и поведения; наличие неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции или в других случаях – повышенная возбудимость, раздражительность, агрессивность, могут наблюдаться иждивенческие тенденции.

Степень выраженности и характер вторичных дефектов у детей с нарушениями зрения зависят от взаимодействия 4-х основных факторов:

1) степень выраженности сенсорного дефекта (снижение зрения).

Слабовидящий ребенок имеет больше возможностей использования зрительного анализатора как ведущего в познании окружающего мира, чем слепой.

2) время возникновения дефекта зрения.

Чем раньше наступило нарушение зрения, тем более заметны вторичные отклонения, своеобразие психофизического развития.

У детей с врожденными нарушениями зрения наблюдается отсутствие (у слепых) или ограниченность (у слабовидящих) визуальной ориентировки, запаса зрительных представлений. Это приводит к затруднениям в возникновении вертикального положения тела, боязни пространства и новых предметов; недоразвитию пространственной ориентировки, формированию схемы тела, походки, манипулятивной, предметной деятельности.

Нарушение зрения, возникшее в раннем возрасте, вызывает недоразвитие психомоторной сферы: отмечается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений и т.д.

Совсем по-другому складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющий прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий.

3) своевременное начало компенсаторного обучения.

Слепота и слабовидение не являются причиной нарушений интеллектуальных способностей детей. В условиях ранней коррекции и своевременной помощи дети с неглубокими нарушениями зрения достигают высокой степени интеллектуального развития, что позволяет им самостоятельно овладевать знаниями и работать совместно со зрячими.

4) индивидуальные особенности ребенка.

Понимание структуры дефекта при нарушениях зрения, степени выраженности и характера первичного и вторичных дефектов необходимо для выбора адекватных средств медицинской и психолого-педагогической коррекции.

Следует разграничивать состояния, когда отставание в развитии ребенка наступило в результате нарушения зрения и когда снижение зрения сопутствует умственной отсталости, которая является доминирующим дефектом в отставании. Дети с нарушениями зрения, не имеющие органического поражения ЦНС (которое может быть причиной олигофрении), в отличие от умственно отсталых характеризуется:

- преобладанием развития словесного мышления с высокой способностью к абстрагированию (при недостаточности образного мышления), возможностью выполнять вербальные задания логического характера (понимание скрытого смысла, установление аналогий и т.д.);
- высоким уровнем развития логической памяти, способностью при запоминании словесно формируемого материала опираться на смысловые связи;
- способностью к принятию помощи, к переносу усвоенного способа действия;
- большей критичностью к себе и своим возможностям, адекватностью поведения.

**Комплексное диагностическое обследование** детей с нарушениями зрения, по мнению Л.П.Григорьевой (1996), должно включать 2 этапа:

На первом этапе проводится *клиническое* (офтальмологическое), *параклиническое* (электрофизиологическое) и *психологическое обследование* направленное на изучение:

- состояние зрительного анализатора (зрительный диагноз, острота зрения с коррекцией и без, поле зрения и т.д.);
- состояние ЦНС в целом (отсутствие или наличие разных форм органической патологии, например, олигофрении);
- уровня развития средств общения, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, личностных качеств.

Результатом такого изучения является дифференциация детей на группы в зависимости от состояния вышеописанных функций.

Исследование ребенка на втором этапе включает:

- *психофизиологическое изучение сенсорных процессов зрительной системы* (цветоразличение, световая чувствительность, контрастная чувствительность и т.д.) и
- *психологопедагогическое изучение свойств восприятия* – зрительного, осязательного (целостность, детальность, апперцепция, предметность, константность).

Такая диагностика необходима для разработки адекватных методов компенсации нарушений зрения.

### 3. Диагностика нарушений двигательной сферы

**Нарушения двигательной сферы** - заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата у детей могут носить врожденный и приобретенный характер.

*Виды нарушений:*

1. Заболевания нервной системы: ДЦП, полиомиелит.

2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата, врожденный вывих бедра; кривошея, сколиоз – аномалии развития позвоночника и др.

3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения головного и спинного мозга, конечностей; полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей); системные заболевания скелета (рахит).

У всех детей с такими нарушениями ведущим является двигательный дефект (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Часть этих детей не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания, а нуждаются в особых условиях жизни и обучения.

Значительную часть среди детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с *церебральным параличом* (89%), у которых двигательные расстройства сочетаются с речевыми, сенсорными, интеллектуальными. Такие дети нуждаются не только в лечебной и социальной помощи, но и психолого-педагогической и логопедической коррекции.

ДЦП возникает в результате *недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе* («незрелого» мозга), причиной которого могут быть различные неблагоприятные факторы, действующие во внутриутробном периоде, в момент родов или на первом году жизни.

Наиболее частой причиной является сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой, которой обычно сопутствует асфиксия. Высокая степень риска для возникновения ДЦП имеет у детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности).

Ведущим дефектом при ДЦП являются *двигательные нарушения*. Их разнообразие обусловлено действием ряда факторов, связанных со спецификой самого заболевания. К двигательным нарушениям относят:

**1) нарушения мышечного тонуса**

- спастичность - повышение мышечного тонуса;
- ригидность – напряженность мышц при максимальном повышении мышечного тонуса;
- гипотония - низкий мышечный тонус;
- дистония – изменения мышечного тонуса, его непостоянство.

При осложненных формах ЦП может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса.

**2) ограничение или невозможность произвольных движений** (парезы и параличи).

В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений.

**3) наличие насильственных движений** в виде:

- гиперкинезов – произвольных насильственных движений, обусловленных переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений;

- тремора – дрожание конечностей, особенно пальцев рук и языка.

**4) нарушения равновесия и координации движений** – атаксия.

В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки (туловищная атаксия – неустойчивость при сидении, стоянии).

Всегда нарушена координация тонких, дифференцированных движений, что приводит к трудностям в манипулятивной, предметной деятельности и при письме.

**5) нарушение ощущений движений** – кинестезия, что приводит к ослаблению чувства положения собственного тела, позы в пространстве, к искажению восприятия направления движения (*например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ребенком с ДЦП как движение в сторону*).

**6) произвольные содружественные движения** - синкинезии, сопровождающие выполнение произвольных (активных) движений.

Двигательные нарушения у детей с ЦП могут иметь различную степень выраженности. **При тяжелой степени** ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью, не может самостоятельно обслуживать себя. **В легких случаях** дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами, могут самостоятельно ездить на городском транспорте, обслуживать себя, однако у них могут наблюдаться снижение мышечной силы, замедленность и недостаточная ловкость движений, нарушение походки.

При ДЦП двигательные нарушения часто сочетаются с нарушениями функций других анализаторных систем: зрения, слуха, кинестетического анализатора. Также отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем (около 25% детей с ДЦП имеют нарушения зрения, у 6-25% детей наблюдается снижение слуха, у многих детей выражен астереогноз – невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля). Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации об окружающем, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с ЦП. Это еще более усугубляет затруднения в познании окружающего мира, связанные с нарушением действенного познания при ДЦП (ощупывание, манипулирование с предметами, предметно-практическая деятельность затруднена из-за двигательных расстройств).

В структуре дефекта при ДЦП значительное место занимают **нарушения речи**, частота которых составляет 80%. Особенности нарушений речи связаны с: локализацией и тяжестью поражения мозга; ограниченностью осведомленности и недостаточностью предметно-практической деятельности; ошибками воспитания: гиперопекой, при которой родители предупреждают все желания ребенка и выполняют их в ответ на жест или взгляд, что не стимулирует речевого общения.

Существует взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с ЦП. Так, наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей со значительным поражением верхних конечностей.

У детей с ЦП встречаются такие формы речевых нарушений, как:

- **задержка речевого развития** – более позднее начало речи и замедление темпа ее формирования;

- **дизартрия** – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая. Степень выраженности дизартрических нарушений речи зависит от тяжести и характера поражения нервной системы. *В легких случаях* отмечается стертая форма дизартрии с нарушением звукопроизношения, незначительных расстройств речевого дыхания, голосообразования. *При тяжелом поражении ЦНС* речь становится невозможной (анартрия - полное или почти полное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц);

- **алалия** - отсутствие или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга.

Речевые нарушения при ДЦП редко встречаются в изолированном виде.

При ДЦП имеет место выраженность **психофизических проявлений** («органические синдромы», энцефалопатические расстройства):

- нарушения сна, аппетита, работоспособности;

- повышенная истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема памяти;

- повышенная лабильность первых процессов, склонность к колебаниям настроения, повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность и др.

**По состоянию интеллекта** дети с ЦП представляют крайне разнородную группу:

**1) дети с нормальным или близким к нормальному интеллектом**

Может наблюдаться дефицитное, неравномерное развитие, связанное с невозможностью полноценного общения, ограничением контактов ребенка со сверстниками и взрослыми (по причине двигательных нарушений), невозможностью получения информации об окружающем мире в достаточном объеме. Такие дети могут быть слабо осведомлены в некоторых областях (явлениях окружающего предметного мира и социальной сферы), при этом могут демонстрировать превосходные способности в других областях (игра в шахматы, рисование и т.д.);

**2) дети с задержкой психического развития (церебрально-органического генеза)**

Психические нарушения у таких детей носят мозаичный (парциальность), неравномерный характер и связаны, как правило, с поражением мозга во второй половине беременности и в период родов. Мозаичность (парезность) нарушений проявляется в том, что страдают отдельные функции (например, у некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического). Дети с ЗПР при ДЦП характеризуются достаточным, по несколько замедленным усвоением нового материала, и способностью использовать помощь взрослого при обучении.

### **3) дети с умственной отсталостью**

Нарушения психических функций чаще всего носят тотальный характер, на первый план при этом выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности – восприятия, памяти, мышления, а также гностических функций. Умственная отсталость (как психическое недоразвитие) при ДЦП чаще всего связана с ранним внутриутробным поражением.

Таким образом, механизм нарушений психического развития при ДЦП определяется временем, а также степенью и локализацией мозгового поражения. Немаловажное значение в возникновении нарушений познавательной деятельности (например, ЗПР) играют условия воспитания и окружения (ограничение деятельности, социальных контактов и др.).

**Диагностика ДЦП проводится всесторонне и комплексно**, с участием различных специалистов – врачей (невропатолога, педиатра, психиатра, отоларинголога, окулиста и др.), психологов и педагогов. При диагностике ДЦП прежде всего следует учитывать **данные анамнеза**. В анамнезе детей с ЦП часто имеются указания на патологическое протекание беременности и родовую травму с применением акушерских методов родовспоможения; ребенок обычно рождается в асфиксии, часто с признаками внутричерепной травмы: оценка по шкале Апгар низкая – 2-6 баллов (при оптимальной – 9-10 баллов).

**Психолого-педагогическое обследование детей с ЦП** направлено на выявление потенциальных возможностей психического развития, оценку максимально сохранных и нарушенных звеньев. При **организации обследования** учитываются следующие его особенности:

- учет характера двигательного нарушения и возможности его влияния на активность ребенка;
- подбор наиболее удобного положения головы и туловища ребенка;
- выбор адекватных (с учетом двигательных, сенсорных нарушений) пособий для обследования (например, предметный материал должен быть удобен для манипулирования им во время обследования).

Содержание психолого-педагогического обследования ребенка с ДЦП включает:

1. Оценку двигательных нарушений, состояния общей и тонкой моторики.
2. Изучение состояния зрительного восприятия, зрительно-двигательной координации, слухового восприятия, тактильно-кинестетического восприятия (стереогноза).
3. Изучение способов ориентировочно-исследовательской деятельности, овладения предметными и игровыми действиями.
4. Оценку умственного развития степени овладения доступными мыслительными операциями, определение типологии затруднений и их причин; изучение уровня обучаемости.
5. Изучение речи, коммуникативных (вербальных и невербальных) средств.
6. Изучение эмоционально-волевой сферы, особенностей личности (активность личности и ее отношение к окружающему, интересы, потребности и др.).

#### 4. Общая характеристика группы асинхронного развития

В данную группу относятся эмоционально-волевые и поведенческие нарушения. Ведущим признаком группы нарушений является **диспропорциональность (асинхрония) развития**. При нормальном психическом развитии имеет место **гетерохрония** - разновременное формирование различных функций: одних опережающих по отношению к другим. В каждой возрастной период какая-либо одна из психических функций или их группа как бы «ведет» за собой развитие всех остальных. В следующий период развития другая функция или группа функций становится ведущей, тем самым, определяя ход психического развития ребенка в этот период.

Нарушение такого принципа развития (гетерохронии) – и есть **асинхрония** развития, при которой наблюдаются сложные сочетания

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- недоразвития</li> <li>- ускоренного (акселеративного) развития</li> <li>- поврежденного развития</li> </ul> | } | отдельных<br>психических<br>функций |
|--|---|-------------------------------------|

Выделение группы «асинхронное развитие» является условной, т.к. асинхрония наблюдается, как мы уже отмечали, и при других видах дизонтогенеза.

К группе асинхронного развития относятся **2 вида дизонтогенеза:**

- дисгармоническое развитие;
- искаженное развитие.

#### 5. Диагностика дисгармонического развития

**Дисгармоническое психическое развитие** – форма нарушений развития, при которой отмечается недостаточность развития эмоционально-



волевой и мотивационной сферы личности при относительной сохранности остальных структур.

Дисгармоничность, диспропорциональность в психике может быть связана с генетическими, наследственными факторами, с действием внешних повреждающих факторов в раннем детстве (родовая травма и т.д.); с длительными неблагоприятными воздействиями на ребенка со стороны родителей, создающих неадекватные стереотипы эмоционального реагирования.

Моделями дисгармонического развития являются: психопатии и патологическое формирование личности.

**Психопатия** – нарушение формирования личности, проявляющаяся в стойкой дезадаптации в социальной среде. Нарушения адаптации проявляются в стойких поведенческих нарушениях (вплоть до асоциального поведения в виде правонарушений и преступлений). Дисгармоничность психики, характерна для психопатии, обусловлена нарушениями в эмоционально-волевой сфере. Первично-сохранный интеллект не регулирует эмоциональную сферу, а часто находится от него в большей зависимости, чем это наблюдается в норме.

Дисгармоничность, **асинхрония** развития наблюдается и в самой **эмоциональной сфере**. При всех психопатиях наблюдается нарушение (недостаточность) **элементарных эмоций**, связанных с инстинктами, жизненным тонусом, общим состоянием организма и вытекающих из органических потребностей человека. Нарушения низших, элементарных эмоций чаще всего проявляется в динамических расстройствах (повышенной возбудимости, патологической лабильности или инертности) и в преобладании модальности эмоций (страха, гнева, печали и пр.). Недостаточность же **высших эмоций**, связанных с удовлетворение общественных потребностей (интеллектуальные чувства – любознательность, радость открытия; моральные – симпатии, антипатии, долга, личного достоинства и др.; эстетическое удовлетворение; чувства успеха, неудачи и т.д.) при разных психопатиях имеет различный характер:

- чаще – недоразвитие или задержка формирования высших эмоций;
- реже – частичная акселерация их (например, при шизоидной психопатии).

Сочетание расстройств и особенностей эмоциональной сферы порождает многообразие вариантов психопатий.

По причинам возникновения психопатии делятся на **конституциональные** – зависящие в большей степени от наследственной предрасположенности; **органические** – связанные с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы жизни.

К конституциональным психопатиям относятся шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психастенические, истерические.

*Шизоидная психопатия* может проявляться еще в дошкольном и младшем школьном возрасте. Она проявляется в виде нарушений контакта со сверстниками, необычности интересов. С раннего детства дети необщительны, живут в мире абстрактных, не по возрасту сложных проблем. Вопросы быта, одежды, еда, собственная внешность не вызывают у них интереса. Для многих детей характерно раннее возникновение интеллектуальных интересов (к математике, физике, другим точным наукам), любовь к чтению, природе, склонность к коллекционированию. Часто обращает на себя внимание хорошая речь. Развитие речи обгоняет развитие моторики, в чем проявляется своеобразная асинхрония развития. Неловкость мелкой моторики, затруднения в овладении навыками самообслуживания и моторными навыками письма также характеризует детей с шизоидной психопатией. При данном расстройстве нет полного отрыва от окружающего (как при шизофрении), имеются замещающие формы общения и деятельности: вместо общения с детьми наблюдается предпочтение бесед со взрослыми, вместо игры – ранняя фиксация на интеллектуальной деятельности.

*Эпилептоидная психопатия* характеризуется отсутствием первичных для эпилепсии судорожных расстройств и может проявляться с 2-3-х летнего возраста в виде бурных и стойких отрицательно окрашенных эмоциональных реакций. Характерным является инертность психических процессов, эмоциональная вязкость. Таким детям свойственно гипертрофированное стремление к установленному порядку, педантизму. Неукоснительно требовательны в отношении соблюдения определенного порядка и правил к себе и другим людям. Изменения в окружающем, даже сами по себе приятны для ребенка (экскурсия), но требующие быстрого переключения на другой вид деятельности вызывают «немотивированное» упрямство. Стремление следовать правилам, нормативам вызывает у этих детей потребность в лидерстве. Неподчинение со стороны других детей ставит ребенка с психопатией в условия необходимости быстрого принятия решения, а невозможность этого порождает вспышки гнева и агрессии. Помнят нанесенную обиду и отличаются мстительностью.

*Циклоидный тип* психопатии характеризуется немотивированными колебаниями настроения. Редко встречается в раннем возрасте, обычно проявляясь к среднему школьному возрасту. Чаще бывают *гипертимный* вариант с преобладанием повышенного фона настроения. Эти дети склонны к шуткам, озорству, чрезмерной общительности, отличаются стремлением получить удовольствие «здесь и сейчас», непереносимостью ограничений и запретов. Такой ребенок не выражает, открыто свой протест против ограничений, а игнорирует их, занимаясь более привлекательной деятельностью. Часто отмечается повышенный травматизм из-за высокой склонности к риску в период повышения настроения.

*Психастенические личности* (склонные к тревожности, с патологической нерешительностью) часто появляются уже в 3-4 года. У них

наблюдаются страхи за жизнь и здоровье, свое и близких, боязнь нового, незнакомого, трудности в принятии решений, постоянные сомнения в выборе цели и средств ее достижения. Нарушения порядка и режима, вызывают эмоции страха и тревоги. На помещение в детский сад, школу, перевод в новый класс и т.п. дети реагируют повышением температуры, рвотой.

*Истерическая психопатия* не всегда имеет конституциональное происхождение, может быть обусловлена негрубыми вредностями (обменно-трофического характера) в раннем детстве. Чаще встречается у девочек, чем у мальчиков. Для детей характерна «жажда признания», стремление быть в центре внимания, что в дошкольном возрасте проявляется в виде капризов, вымыслов, фантазирования (в фантазиях ребенок всегда выступает в роли героя или жертвы, но никогда – в роли постороннего наблюдателя). В школе демонстративность поведения проявляется в своеобразии одежды, прически, поведения, в вымыслах о себе украшающего плана. Выражен конфликт между высоким уровнем притязаний, жадой признания и неточностью к длительному, волевому усилию, которая снижает успешность в учебе. Ущемленное в связи с этим самолюбие приводит к частым конфликтам с учителями, а иногда к оговорам и вымыслам. Дети склонны к интригам, ревнивы к похвалам в адрес других.

Наиболее часто среди органических психопатий встречается *возбудимый (эксплозивный) тип*. Чаще наблюдается у мальчиков. Клинической основой данного типа является усиление процессов возбуждения при недостаточности процесса торможения, что является причиной эмоциональной и двигательной возбудимости. Уже в 2 – 3 года эти дети обращают на себя внимание легкостью возникновения эмоциональных реакций злости, агрессии. Эти состояния возбуждения наступают внезапно, сразу же при ощущении неудовлетворенности потребности. Такие дети представляют значительные трудности в коллективе: бьют детей (в драках безудержны), дерзят взрослым. В ответ на малейшие замечания возникают бурные реакции протеста, ухода из школы, дома.

Следует отметить, что клинически «чистые» варианты психопатий достаточно редки. Чаще всего встречается переплетение черт, свойственных разным видам психопатий.

Характеризуя психопатии, следует также отметить, что наряду с *биологическим фактором* (наследственность и т.д.) существенная роль в возникновении данного нарушения принадлежит *средовому фактору* – воспитанию. Благоприятные средовые условия способствуют сглаживанию патологических черт характера, компенсации психопатии. Неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация является причиной и *патологического формирования личности*. Его основными вариантами являются:

1. *Аффективно возбудимый*. Черты возбудимости, склонности к агрессии, гневу, конфликтности формируются у ребенка как имитация

аналогичного поведения взрослых или, наоборот, как закрепление реакции протеста (чаще наблюдается в неблагополучных семьях, с алкоголизмом родителей, ссорами, жестокостью и т.д.).

2. *Истероидный*. Может формироваться как реакция протеста в среде аналогичной вышеописанной, или возникнуть в условиях гиперопеки (воспитание по типу «Кумира семьи»), когда непосредственно развивается завышенная самооценка, нежелание делать волевое учение и т.д.

3. *Психическая неустойчивость*. В условиях гипоопеки (безнадзорности) у ребенка не формируется чувство долга, ответственности, способность преодолевать трудности и т.д.; развивается неустойчивость, импульсивность поведения, его зависимость от желаний в данный момент.

2. *Тормозимый*. Формируется в условиях гиперопеки, при которой авторитарность, деспотичность воспитания, подавляют в ребенке самостоятельность, инициативу, делают его робким, пассивным, тормозимым.

Наиболее типичными клиническими диагнозами для детей и подростков дисгармонического типа психического развития являются:

- по МКБ-9: «формирование личности по истерическому) типу», «невротическое развитие личности», «характерологические и патохарактерологические реакции», «психопатия возбудимого (тормозимого) типа», «патологическое формирование личности»;

- по МКБ-10:

F91 “расстройство поведения”,

F92 “смешанные расстройства поведения и эмоций”,

F93 “эмоциональные расстройства, специфичные для детского возраста”,

F94 “расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского возраста”,

F98 “другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся отлично в детском и подростковом возрасте”.

**При психолого-педагогическом обследовании** в целях дифференциации дисгармонического развития и умственной отсталости следует учитывать следующие особенности детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения:

1. *Особенности развития когнитивной сферы*. Развитие познавательных процессов в целом соответствуют условной возрастной норме. В то же время результативность выполнения тех или иных заданий, продуктивность познавательной деятельности в целом может иметь значительные колебания в зависимости от эмоционального состояния обследуемого ребенка.

2. *Особенности обучаемости*. Обучаемость достаточна, но может быть специфична: в состоянии стресса, эмоционального дисбаланса обучаемость резко снижается, и дети могут демонстрировать порой даже феномен «умственной отсталости».

3. **Особенности критичности.** Критичность может быть достаточной или сниженной (при истерической, эксплозивной психопатии).

4. **Особенности адекватности поведения.** Адекватность может быть достаточной. Также может наблюдаться демонстративная неадекватность или неадекватность в виде протестно-эмоциональных реакций (по типу аффективных вспышек), которые, как правило, имеют причину и связаны с несформированностью регуляторных функций.

**При диагностике дисгармонического психического развития** основное внимание уделяется исследованию отклонений в личностном развитии детей и подростков. С этой целью используются следующие методы: анамнестический, беседа, наблюдение, специальные экспериментальные методы (моделирование определенных видов деятельности, ситуаций, некоторые аппаратурные методики и т.д.), личностные опросники (методы, базирующиеся на самооценке), проективные методы.

Среди **личностных опросников** наиболее часто используются:

- патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А. Личко – для диагностики типа психопатий и акцентуаций характера у подростков 14 – 18 лет;
- опросник Шмишека – для диагностики наличия и типа акцентуаций у детей с 8 – 9 лет и подростков;
- шкала ММРJ (Миннесотский многоаспектный личностный опросник) – для диагностики типов личности у взрослых;
- шкала «Проявлений тревожности» (автор – Дж. Тейлор);
- 16-PF (16-ти факторный опросник) Р. Кеттелла – для диагностики определенных черт личности и др.

Для изучения **самооценки** используется методика Дембо-Рубинштейн, **уровня притязаний** – методика Хоппе.

С целью **интегральной оценки личности ребенка и ее структурных компонентов** широко используются проективные методики: графические («Дом – дерево – человек» (ДДЧ), «Несуществующее животное», «Свободный рисунок» и др.); методика Люшера, ЦТО; методика Роршаха «Чернильные пятна»; ТАТ, САТ; методика Розенцвейга; методики завершения предложений, рассказа и др.

## 6. Диагностика искаженного развития

К данному виду дизонтогенеза относится **ранний детский аутизм (РДА)**.

**Аутизм** – это «отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой» (К.С. Лебединская).

РДА был описан в 1943 г. Л.Каннером как особое болезненное состояние, а в 1944 г. Р. Аспергером как патологическую конституционную

структуру, ближе к психопатической. В настоящее время РДА кодифицируется в МКБ10 как F84 «Общие расстройства развития». В данный код включается: F84.0 “Детский аутизм” и F84.5 “Синдром Аспергера”

Несмотря на то, что детский аутизм был описан более 50-ти лет назад, причины аутизма недостаточно ясны.

К *этиологическим* факторам РДА относятся наследственная предрасположенность и раннее органическое поражение ЦНС,

*Психогенный фактор* – хроническая психотравмирующая ситуация, вызванная нарушением эмоциональной связи ребенка с матерью, холодностью матери, ее деспотическим давлением, парализующим эмоциональную сферу и активность ребенка.

Основными *признаками РДА*, согласно Л. Каннеру, является *триада симптомов*:

1. аутизм с аутистическими переживаниями (нарушение способности к установлению эмоционального контакта);
2. стереотипное однообразное поведение с элементами одержимости;
3. своеобразное нарушение речевого развития.

Аутизм проявляется наиболее ярко в возрасте *3 – 5 лет*. В раннем возрасте можно наблюдать следующие характерные *проявления*:

- поздно возникает «комплекс оживления», ребенок не фиксирует взгляд на лицах, при этом обращает внимание на предметы;
- на руках у матери ребенок может быть либо вялым, либо избыточно напряженным, не выбирает удобной позы, на руки не просится, часто предпочитая, находится в кровати, коляске и т.д., в то же время иногда легко идет на руки ко всем;
- своих близких аутичный ребенок узнает, но при этом насыщенной и продолжительной эмоциональной реакции не проявляет;
- к ласке ребенок с аутизмом относится необычно: иногда равнодушно (терпит ее) или даже неприязненно, но даже если испытывает приятные ощущения, то быстро пресыщается.

Аутичный ребенок, как правило, находясь среди других людей, ведет себя так, как будто он один: не обращает внимание на других, не откликается на свое имя, смотрит мимо, чаще всего молчит. Отмечается отсутствие или слабость контактов по отношению к близким, стремление тщательно скрывать свой внутренний мир от окружающих.

В то же время аутичный ребенок характеризуется повышенной ранимостью, пугливостью, повышенной чувствительностью к обычным сенсорным раздражителям: свету, звуку. Сверхсильным раздражителем для него является человеческое лицо, поэтому ребенок с РДА избегает зрительных контактов, прямого взгляда. Очень рано появляются страхи, различные по своей природе. Часто даже обычные предметы и явления вызывают у такого ребенка чувство страха (игрушки, бытовые предметы,

шум воды и т.д.). Страхи вызывает и все новое, поэтому наблюдаются бурные реакции тревоги и протеста на изменение привычной обстановки. С состоянием страхов связаны и различные действия, носящие характер ритуалов.

**Стереотипность в поведении** проявляется как выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и как наличие однообразных действий:

- моторных (раскачивание, постукивание, прыжки и т.д.);
- речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз);
- однообразных игр, стереотипных манипуляций каким-либо

предметом (пересыпание песка в песочнице, перебирание веревки между пальцами и т.д.).

**К особенностям речевого развития** у детей с РДА относятся: мутизм (отсутствие речи); эхолалии (повторение слов, фраз, сказанных другими людьми, часто спустя некоторое время); речевые штампы - слова и фразы (фонографичность, «попугайность» речи); отсутствие в речи первого лица (о себе говорит «он» или «ты», о других – иногда «я»); нарушение семантики (расширение или чрезмерное – до буквальности – сужение толкование значений слов). Характерные особенности речевого развития ребенка при РДА обусловлены недоразвитием коммуникативной функции речи. Нарушение функции речевого общения при РДА может сочетаться с наличием богатого не по возрасту словарного запаса.

Данная особенность является проявлением *неравномерности* искаженного развития (*асинхронии*), когда отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие – патологические ускоренно.

Другие **проявления неравномерности развития** при РДА:

- особенности моторики: движения угловатые, вычурные, несоразмерные по силе и амплитуде; часто нарушена походка. Иногда тонкая моторика в отдельных своих проявлениях развивается раньше, чем общая;

- особенности пространственных представлений: успешность усвоения сложных речевых конструкций (по ориентировке в пространстве) может сочетаться с нарушением ориентировки в собственном теле, себя в пространстве;

- нередко развитие гнозиса определяет праксис (при нормальном психическом развитии – наоборот);

- парциальность, своеобразие интеллектуального развития: справляясь с заданием абстрактного характера (например,  $2 + 3 = ?$ ), ребенок с трудом выполняет задачу с конкретным насыщением («У тебя было 2 яблока, мама дала еще 3, сколько стало?»)

**Нарушения мышления** по типу искажения при РДА проявляются в разноплановости мышления, опора на скрытые признаки, склонности к символическому, вычурности. Так, при выполнении задания «Предметная классификация» ребенок с РДА может выделять группы по категориальным признакам («овощи, фрукты, мебель и др.) и одновременно – по цвету

(«помидор, шляпа, книга – красные»), и по латентным признакам («клоун и котенок – смешные»).

У детей с РДА отмечаются и специфические *нарушения восприятия*. Предметность восприятия окружающего мира искажается под влиянием аутистических страхов, поэтому дети с РДА часто воспринимают предметы не целостно, а на основании отдельных аффективных признаков.

Интеллектуальная недостаточность не является обязательным симптомом РДА. У детей с РДА могут быть хорошие интеллектуальные данные, и даже одаренность в различных областях (абсолютный музыкальный слух, умение рисовать, считать, играть в шахматы). Вместе с тем, часто наблюдается неравномерность развития отдельных интеллектуальных функций, как и неравномерность развития деятельности в целом: ребенок часто с легкостью осваивает какое-либо сложное научное понятие, но затрудняется в элементарном (например, в завязывании шнурков). Содержание игр, так же как и интеллектуальной деятельности детей с РДА, далеко от реальной ситуации. В играх таких детей отмечаются фантазии с полным отрывом от реальности (ребенок, взяв на себя роль «собачки» в игре, требует не называть его по имени, а по-особому кормить, ложиться спать на полу и т.п.).

Диагностика РДА проводится с 3 – 4 лет с учетом ранних признаков проявления аутизма и включает комплексное медицинское (педиатр, психиатр и т.д.) и психолого-педагогическое обследование в привычных для ребенка условиях (в некоторых случаях – и дома у ребенка). При обследовании детей с РДА необходимо соблюдать следующим рекомендациям:

- дать возможность ребенку обследовать помещение, убрав предварительно острые, бьющиеся и т.п. предметы;
- избегать зрительного и тактильного контакта с ребенком в первые минуты обследования;
- в течение всего обследования говорить тихим голосом, не делать резких движений, не использовать крупных, ярких, резко звучащих игрушек;
- предлагать ребенку 2 – 3 однотипных задания и сразу позволять прекращать ему деятельности, или наступает пресыщение.

Важной задачей диагностики является **дифференциация РДА** от других нарушений развития. При этом следует обратить внимание на наличие таких характерных признаков, как отсутствие жестикуляторного и мимического общения при аутизме и наличие его при алалии; наличие эмоциональной откликаемости при умственной отсталости и отсутствие ее при РДА.

Искаженное психическое развитие по своей структуре является сходным с дисгармоническим. Это сходство состоит в сочетании явлений нарушений развития одних систем с акселерацией других и в нарушении последовательности развития ряда психических функций. Однако если дисгармоническое развитие характеризуется врожденное или приобретенной



стойкой диспропорциональностью психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере, то основой искаженного развития является текущий болезненный процесс.

При РДА на разных этапах развития создаются различные виды искаженных межфункциональных связей: сложные сочетания недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, которые приводят к ряду новых патологических образований.

## **1.7 СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА В ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

### ***Вопросы для изучения:***

1. Диагностическая деятельность ЦКРОиР
2. Общая характеристика диагностической процедуры на ПМПК
3. Заключение ПМПК

### **1. Диагностическая деятельность ЦКРОиР**

Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) создается в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР) для проведения психолого-медико-педагогического обследования детей с особенностями психофизического развития.

Целью диагностической деятельности является своевременное выявление детей с особенностями психофизического развития и их индивидуальных потребностей в получении образования. Основная функция ПМПК – определение образовательного маршрута ребенка. Основные нормативно-правовые акты Республики Беларусь по вопросам организации ПМПК:

**Кодекс Республики Беларусь об образовании** (Статья 265 п. 2 Центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации)

**Постановление Министерства образования Республики Беларусь от 16 августа 2011 г. № 233** «Об утверждении Положения о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации и признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов Министерства образования Республики Беларусь»

В своей деятельности ПМПК в соответствии с законодательством должны руководствоваться **принципами** приоритета интересов ребенка, гуманного отношения к ребенку, объективности, качественного анализа, доступности методик обследования, конфиденциальности.

ПМПК осуществляет с согласия и в присутствии законного представителя психолого-медико-педагогическое обследование ребенка с особенностями психофизического развития по инициативе законного

представителя, учреждения социального обслуживания, учреждения образования, учреждения здравоохранения.

ПМПК позволяет своевременно выявить потребности детей в специальном образовании, определить программу обучения и воспитания для ребенка или форму организации коррекционно-педагогической помощи в оптимальных условиях, необходимых для достижения ребенком с особенностями психофизического развития максимально возможного уровня развития, образованности, интеграции в общество. При этом члены ПМПК делают заключение о необходимости создания специальных условий получения образования с учетом особых образовательных потребностей обучающихся и индивидуальной ситуации развития. То есть программа и форма получения образования определяется рекомендациями ПМПК, исходя, прежде всего, из особенностей психофизического развития ребенка, индивидуальных возможностей и состояния здоровья при непосредственном участии его родителей (законных представителей). Представленное законными представителями детей заключение ПМПК является основанием для создания органами исполнительной власти Республики Беларусь, осуществляющими государственное управление в сфере образования, образовательными организациями условий для обучения и воспитания детей.

Для проведения психолого-медико-педагогического обследования законным представителем представляются следующие **документы** (в соответствии с Положением о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации):

- подробная выписка из истории развития ребенка;
- медицинская справка о состоянии здоровья (с указанием наличия или отсутствия психиатрического учета);
- психолого-педагогическая характеристика, предоставляемая учреждением образования, которое посещает ребенок (данные о ребенке, продолжительность его обучения в учреждении образования, анализ развития познавательной сферы, мероприятия, проведенные в целях интеллектуального развития ребенка и его личностного роста, индивидуальная помощь);
- результаты продуктивных видов деятельности ребенка дошкольного возраста или письменные работы обучающегося.

Во время ПМПК законные представители детей с особенностями психофизического развития имеют право: получать полную и достоверную информацию о видах, методах и ходе проведения психолого-медико-педагогического обследования ребенка; присутствовать при проведении психолого-медико-педагогического обследования ребенка; обсуждать результаты обследования; не согласиться с заключением, и инициировать проведение повторного обследования; выбирать учреждение образования, форму получения специального образования с учетом рекомендаций ПМПК;

получать консультации по вопросам обучения и воспитания лиц с особенностями психофизического развития.

В состав комиссии должны входить следующие специалисты: председатель ПМПК (директор ЦКРОиР), учитель-дефектолог, логопед, педагог-психолог. В некоторых случаях в состав комиссии могут входить сурдопедагог, врач – психиатр и другие специалисты.

Построение психолого-медико-педагогического обследования ребенка с особенностями психофизического развития должно отличаться разнообразием и большим количеством применяемых методик, что позволяет правильно квалифицировать различные нарушения. Например, текст Векслера малоинформативен в случае ребенка с аутизмом, поэтому специалисты ПМПК подбирают методики с учетом особенностей коммуникации, двигательных способностей ребенка.

## 2. Общая характеристика диагностической процедуры на ПМПК

Вся процедура психолого-медико-педагогического консультирования должна подчиняться определенным принципам.

Самый важный из них – **комплексность изучения**. Основное требование этого принципа предписывает тесное взаимодействие разных специалистов в ходе изучения ребенка: педагогов, логопедов, психологов и врачей. Использование каждым специалистом научных методов исследования позволяет получить сугубо специфические результаты, которые являются частью целостного изучения особенностей развития и состояния ребенка.

Важен **принцип целостности изучения**. Отдельные стороны психической организации ребенка (психические процессы, познавательная деятельность, эмоционально-личностное развитие) не изолированы друг от друга, а проявляются целостно, в совокупности всех психических качеств личности, обусловлены мотивационными установками, зависимы от его физического состояния. В соответствии с данным положением определяется возможность использования той или иной диагностической процедуры или методики для оценки различных характеристик сформированности познавательной и эмоционально-волевой сфер ребенка.

**Принцип структурно динамического изучения** соматических и психофизических структур ребенка, когда каждая конкретная особенность состояния ребенка изучается и оценивается с точки зрения как возрастной соотнесенности, так и в соответствии с определенной последовательностью развития, взаимодействием и "гетерохронией" (разновременностью) созревания тех или иных функций, входящих в единый "ансамбль" формирования той или иной характеристики деятельности ребенка.

Наиболее сложной диагностической задачей всегда являлась дифференциальная диагностика уровня актуального развития ребенка с

отнесением его к той или иной категории (группе) детей и выбор соответствующего выявленным возможностям ребенка вида образовательной программы. Наиболее эффективно эта задача может быть решена специалистами ПМПК при учете во время проведения диагностического обследования трех критериев: адекватность поведения в процессе обследования, критичность по отношению к результатам, успешность решения диагностических задач, обучаемость как основной педагогический критерий.

Особенности непосредственно консультационного процесса определяются *принципом соблюдения интересов консультируемого ребенка*, понимаемым как определение и доведение до сведения членов семьи адекватных условий для его обучения и развития, воспитания и лечения как в школе, так и дома. Правильная постановка диагноза — необходимое, но недостаточное условие для этого. Родителям следует разъяснить необходимость адекватного обучения ребенка в соответствии с его психофизическими и когнитивными возможностями.

Отсюда вытекают следующие два принципа проведения психолого-медико-педагогической консультации: щадящая форма сообщения поставленного диагноза и проведение психокоррекционной работы с родителями на всех этапах консультирования и всеми специалистами. Оба эти принципа непосредственно определяют эффективность консультации как таковой.

В беседе с родителями необходимо не просто сообщить диагноз и решение специалистов, а следует раскрыть психологическую структуру отклонения в развитии ребенка и доступным для них языком рассказать об особенностях его развития, указать на положительные качества, объяснить, какие специальные занятия необходимы их ребенку, к каким специалистам нужно обратиться дополнительно, как с ним заниматься в домашних условиях, на что следует обратить внимание.

Кроме того, консультационный процесс необходимо проводить исходя из учета условий жизни каждой семьи, ее структуры, культурного уровня, для того чтобы рекомендации и советы не оказались для семьи трудновыполнимыми или непонятными, чтобы у родителей не возникало вторичное чувство вины и собственной беспомощности перед ребенком.

### **Клиническое обследование**

Первичность клинического обследования объясняется тем, что предварительные данные, позволяющие построить предварительную гипотезу о структуре нарушенного (отклоняющегося) развития ребенка, вытекают, как правило, из клинически подтвержденного анамнеза, когда клиницист делает первую попытку установить, какого рода факторы привели к подобным наблюдаемым особенностям развития.

Клиническое обследование проводится в два этапа. На первом этапе с помощью соматического, неврологического, психиатрического и других обследований накапливаются данные о ребенке. При необходимости

проводится дополнительное параклиническое обследование (ЭЭГ, РЭГ, аудиография и т.п., различные лабораторные обследования). На втором этапе эти данные тщательно анализируются и делается предварительное заключение о своеобразии структуры отклоняющегося развития ребенка.

Основой клинического обследования является сбор *анамнеза*. Детальный анамнез может оказаться важной прогностической частью клинического обследования. Анамнестические сведения могут помочь в выборе соответствующих методик и индивидуального подхода к ребенку. В то же время нельзя рассматривать анамнез как основу медицинского диагноза.

Качество полученного анамнеза зависит и от умения ставить ясные и точные вопросы, от понимания его родителями ребенка. Одновременно специалист должен оценить правдивость и степень осведомленности родителей. Практика показывает, что, как правило, только мать в состоянии максимально правильно и точно осветить все необходимые моменты развития ребенка. Тщательный и грамотный анамнез является очень важной частью клинического обследования и во многом может определить медицинский диагноз и выбор коррекционных мер.

В анамнестическую часть протокола обследования ребенка входит и *психологический анамнез*, который собирается в основном психологом, но отдельные моменты могут быть освещены и зарегистрированы другими специалистами во время консультации родителей. Для диагностики очень важными являются сведения о возрасте, образовании, профессиональном и экономическом статусе отца и матери. В связи с важностью этот раздел семейного анамнеза выделен в отдельную часть

***Соматоневрологическое обследование*** направлено на выявление особенностей развития, отклонений в состоянии нервно-психического и соматического здоровья, а также на возможность планирования оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий для каждого конкретного ребенка. Соматическое обследование позволяет выявить наличие хронических очагов инфекции и заболеваний, пороков развития органов и систем, играющих существенную роль в снижении толерантности ребенка к нагрузкам, как учебным, так и физическим. Значительную диагностическую информацию содержит описание внешнего вида и телосложения ребенка. Могут быть отмечены:

- признаки отставания в физическом развитии (несоответствие роста, пропорций телосложения, выражения лица и мимики паспортному возрасту ребенка);
- наличие аномалий (микроцефалия, волчья пасть, синдактилия, полидактилия и др.),
- дисплазий телосложения (непропорциональное соотношение туловища и конечностей, гипертелоризм и т.п.);
- цереброэндокринное ожирение, гипогенитализм и др.

Необходимым условием разработки и применения адекватных методов индивидуальной коррекции отклонений в познавательной активности и поведении ребенка является: оценка соответствия биологического и календарного возраста, определение уровня зрелости центральной нервной системы, характеристика функционального состояния головного мозга.

**Неврологическое обследование** позволяет выявить возможные отклонения развития нервной системы органического или функционального характера. При неврологическом осмотре можно обнаружить микросимптоматику; слабо выраженные изменения мышечного тонуса, повышение сухожильных рефлексов и их асимметрию, непостоянные патологические рефлексы, чаще стопный Бабинского, хоботковый, легкую атаксию и нарушения координационных проб, легкие гиперкинезы. В случае обнаружения каких-либо неврологических изменений целесообразно провести дополнительные параклинические и аппаратные исследования. Наличие неврологических изменений нередко сочетается с соматическими заболеваниями, выраженными нарушениями поведения, что требует дальнейшего комплексного углубленного обследования детей различными специалистами.

**Психопатологическое обследование** проводится врачом-психиатром или психоневрологом, перед которыми стоит ответственная задача — установление клинического (нозологического) диагноза.

Перед обследованием необходимо ознакомиться с жалобами, историей развития ребенка, анамнезом заболевания (в случае сбора анамнеза другими специалистами). Психопатологическое обследование проводится методом клинической беседы, при необходимости также могут быть проведены дополнительные параклинические исследования (ЭЭГ, ЭхоЭГ, РЭГ, рентгенологические, клинико-генетические и др.).

В соответствии с общими принципами диагностики психиатрическая диагностика складывается из:

- выявления, анализа и систематизации отдельных психопатологических и соматоневрологических симптомов (этап симптомологической диагностики);
- распознавания психопатологических синдромов с установлением ведущего синдрома (этап синдромологической диагностики);
- формулировки нозологического диагноза (т. е. диагноза болезни);
- установления клинической формы и типа течения заболевания.

Клинический диагноз дополняется **функциональным диагнозом**, который устанавливается коллегиально, с привлечением данных, полученных от обследования другими специалистами, и характеризует возможности ребенка в обучении и его способность к социальной (в том числе школьной) адаптации. Постановка диагноза позволяет определить характер и форму обучения ребенка, при необходимости вывести ребенка на индивидуальное обучение.

Физическая и психическая незрелость детей и подростков обуславливает определенную возрастную специфику психопатологического обследования. И чем младше ребенок, тем более выражена эта специфика. Так, у детей дошкольного возраста, как правило, не удается выявить жалобы на отклонения в нервно-психическом состоянии. Такие жалобы высказывают исключительно родители или другие родственники, которые нередко подменяют жалобы, объективно отражающие нарушения психического состояния ребенка, жалобами, связанными с неудовлетворенностью внутрисемейными отношениями или основанными на завышенных (заниженных) требованиях к ребенку. Особенно это характерно для родителей с повышенным уровнем тревожности, страдающих неврозами или имеющих какие-либо иные патохарактерологические особенности.

**Нозологический диагноз**, который представляет собой "поперечный срез" состояния, должен быть дополнен указанием формы и типа течения для целей адекватного лечения, прогноза и социальной адаптации обследуемого.

Психиатрический диагноз только тогда выполняет свои функции, когда он многосторонен и отражает, наряду с уровнем психического состояния, характерные клинические особенности, этимологические и социальные аспекты существования ребенка.

С клиническим диагнозом неразрывно связан **функциональный диагноз**, который носит мультидисциплинарный характер и может быть успешным только при коллегиальном участии специалистов смежных областей: психиатров, психологов, логопедов, дефектологов и др. Функциональный диагноз должен включать в себя клинический, психологический и социальный аспекты, которые необходимо учитывать при определении прогноза и возможностей социальной (учебной) адаптации.

### **Логопедическое обследование**

Логопедическое обследование направлено на выявление нарушений различных компонентов речевой системы, их характера, а также глубины и степени. Каждый ребенок должен обследоваться индивидуально, в зависимости от характера и тяжести речевого нарушения, с выборочным использованием стандартных логопедических заданий. При логопедическом обследовании ребенка в процессе ПМПК должен в полной мере использоваться системный подход к анализу речевых нарушений. При этом выявляется не только то, какой компонент речевой деятельности нарушен, но и какова взаимосвязь его с другими нарушенными или сохраненными компонентами речи, к каким последствиям такие "взаимоотношения" могут привести.

Логопедическое обследование ребенка специалистом, участвующим в работе ПМПК, не отличается в основном от общепринятых норм. Следует помнить, что, обнаруживая нарушение какого-либо компонента речи, необходимо проверить степень возможного нарушения зависимых от него других речевых процессов. Причем проявление речевых нарушений может быть и причиной, и следствием каких-либо других нарушений. При выборе

заданий необходимо учитывать состояние развития речи в норме для возраста, в котором находится обследуемый ребенок.

Непосредственно обследование ребенка лучше проводить в присутствии родителей или лиц, их заменяющих. Прежде чем проводить обследование ребенка, необходимо выяснить, какие недостатки речи, по мнению родителей, имеются у ребенка, какие он испытывает трудности в обучении. Необходимо также уточнить сведения о раннем речевом развитии ребенка (если они не были получены ранее или недостаточны), о речи ребенка к началу школьного обучения. В беседе выясняется, каково речевое окружение ребенка, осознает ли он свой недостаток и как реагирует на него. Отмечается, обращались ли родители к логопеду ранее, какая проводилась коррекционная работа и каков ее результат.

Существуют некоторые особенности проведения логопедического обследования в рамках психолого-медико-педагогического консультирования. Не следует забывать, что никакая схема логопедического обследования не может предусмотреть всех встречающихся случаев нарушения речи у детей. Поэтому логопед ПМПК имеет право использовать в полном объеме весь арсенал имеющихся у него приемов и средств. Поскольку нарушения речи иногда обусловлены снижением слуха, а в последнее время подобные нарушения встречаются все чаще и чаще, в случае возникновения предположения о подобном нарушении перед обследованием необходимо проверить физический слух ребенка.

### **Педагогическое обследование**

В комплексной оценке психического развития, в выявлении возможностей ребенка в плане обучения чрезвычайно важным является их педагогическое диагностирование. Задачей педагогического обследования является выявление готовности ребенка к обучению в школе, определение степени сформированности школьных навыков, а также причин, вызывающих различные трудности в усвоении программы и школьной адаптации.

Система педагогической диагностики детей должна включать в себя задания, построенные на внеучебном и учебном материале. Опираясь на интересные и привычные для ребенка виды деятельности, имеющие в основном игровой характер и усложняющиеся от задачи к задаче, можно получить достаточно полную характеристику готовности к обучению (для детей 6-7 лет), показатели развития значимых для процесса обучения функций и показатели обучаемости.

Исследование состояния школьных навыков позволяет изучить ребенка в процессе деятельности. Педагог может составить мнение о ребенке и состоянии его навыков в процессе наблюдения за игровой, диагностической и учебной деятельностью. Так же можно получить оценку способности ребенка принимать помощь, действовать в аналогичной ситуации (перенос навыков), что определяет "зону ближайшего развития" ребенка. В процессе выполнения диагностических заданий можно выявить трудности их



выполнения и определить причины, мешающие ребенку эффективно воспринимать передаваемые знания.

Педагогическое обследование целесообразно начать с какой-либо заведомо легкой для ребенка игры (типа доски Сегена, Puzzle и т. д.) для установления контакта с ним. Когда первоначальный контакт будет установлен, можно приступать к "знакомству", т.е. выяснить, знает ли ребенок свое имя, состав семьи, фамилию, возраст и дату рождения, имена и отчества родителей, их профессии и место работы, свой адрес. Потом можно приступить к беседе о школе (о детском саде), узнать, нравится ли школа, учительница, одноклассники, какие предметы больше нравятся, а какие меньше, что в школе легко, а что трудно. После этого следует приступить к проверке школьных знаний- Начать лучше всего с того предмета, который ребенок считает трудным или который меньше всего ему нравится.

После проверки чтения, письма и математики педагог должен выяснить кругозор ребенка и поговорить о временах года, их порядке и признаках, о погодных явлениях, связанных с разными временами года; о растениях, диких и домашних животных: о недавно прошедших и грядущих праздниках и т.д.

### **Психологическое обследование**

Основной целью психологического обследования является выявление особенностей отклоняющегося развития ребенка и тех сохранных путей, с помощью которых можно их скомпенсировать в условиях адекватных для данного ребенка вида и формы обучения. В зависимости от анамнестических данных, особенностей развития ребенка, выявленных другими специалистами, строится основная гипотеза психологического обследования. В соответствии с гипотезой психолог определяет необходимый диагностический инструментарий. В дальнейшем в зависимости от результатов выполнения тех или иных диагностических процедур гипотеза проведения обследования может изменяться, точно так же будет изменяться и подбор методик и тестов.

Психолог должен владеть достаточным диагностическим арсеналом, чтобы иметь возможность гибко изменять ход обследования, минимизировать количество используемых психологических методик. Обследование ребенка должно проводиться только в присутствии родителей (законных представителей). В отдельных случаях может быть получено разрешение родителей или опекунов на обследование в их отсутствие, о чем делается запись в соответствующей графе Заключения.

Необходимые условия для проведения психологического обследования:

- наличие специального помещения, оборудования для индивидуальной работы;

- обязательное "освоение" ребенка в комнате, где проводится обследование, установление достаточного контакта с психологом перед проведением обследования;

- адекватность поощрения и стимуляции ребенка, относительность оценочных характеристик.

Непосредственно перед проведением обследования необходимо выяснить характер жалоб или "претензий" к ребенку, которые имеются у сопровождающих его взрослых, причем не желательно, чтобы ребенок присутствовал при этом разговоре. Также перед обследованием желательно выяснить, как ребенку хочется, чтобы его называл психолог, как его зовут дома, как он привык. Это дополнительно создает атмосферу доверия и теплоты. Ни в коем случае нельзя называть ребенка по фамилии.

В некоторых случаях, когда ребенок особенно непоседлив ("гиперактивен"), отказывается от обследования, не входит в контакт, не следует заставлять его делать что-либо, объясняя матери, что он негативно настроен, испуган и т.п. Имеет смысл отвлечься от ребенка, оставить его с самим собой на 10-15 минут для свободной игры. С некоторыми детьми, особенно трудно входящими в контакт, может помочь совместная игра (в мяч, какие-либо другие подвижные игры). В критических случаях даже необходимо прервать обследование на этапе ознакомления, мотивировав это, и попросив родителей прийти в следующий раз.

Категорически не допускаются какие-либо комментарии или оценки со стороны психолога, обращенные не только к родителям, но и к коллегам, присутствующим на обследовании. Более того, психолог должен корректно пресекать все оценочные характеристики родителей в процессе обследования (типа "лопух", "неумеха" и т.п.).

Кроме того, необходимо предупредить родителей, чтобы они не высказывали критические замечания по поводу неуспеха ребенка или отказа от работы после окончания обследования, по дороге домой и т.п. Не следует пресекать попытки обращения ребенка к взрослому. Можно лишь сказать: "Мама нам не может помочь". Школьнику 8-ми-9-ти и более лет в случае особо мешающих родителей или других родственников, присутствующих на обследовании (выказывающих выраженный контроль за деятельностью ребенка), можно предложить поговорить без родителей ("Давай поработаем без мамы"). Следует помнить, что все выделяемые особенности поведения, выполнения заданий, взаимоотношений с родителями или другими взрослыми в процессе обследования являются сами по себе диагностическими и должны быть отмечены психологом в соответствующих разделах заключения.

Также диагностическим, непосредственно влияющим на результаты обследования, их оценку и эффективность процесса консультирования в целом, является поведение родителей. Психологу необходимо в зависимости от ситуации критично относиться к любым заявлениям родителей, в особенности к высказываниям типа: "Это он все знает, дома все получалось, это только здесь не получается". Желательно для получения целостной картины обследования фиксировать все вышеуказанные особенности и учитывать их при формулировании психологического заключения, и в

особенности — для выработки рекомендаций по коррекционному развитию ребенка.

Обследование детей дошкольного возраста имеет ряд особенностей. Желательно, чтобы материалы для обследования детей были представлены по возможности в игровой форме. Ребенок не должен догадываться о целях исследования. Даже исследование памяти желательно проводить в игровой форме. Период продуктивной деятельности должен перемежаться с периодами отдыха. Ребенок должен иметь право находиться в процессе обследования в любой позе (что также диагностично!): на полу, лежа, под столом, стоя, а не сидя, наконец, сидя на коленях матери. Некоторым детям с нарушениями общения, негативизмом, истероидными реакциями следует разрешить выполнять задания руками матери, что вполне допустимо и в целом не влияет на результативность исследования и не искажает его результатов при правильном поведении матери.

### 3. Заключение ПМПК

Результаты психолого-медико-педагогического обследования заносятся в протокол, который подписывается председателем, членами комиссии и оформляется по установленной законодательством форме. К протоколу прилагаются материалы и документы, предоставленные законным представителем ребенка (которые, соответственно, вносятся в протокол). ПМПК после коллегиального обсуждения результатов психолого-медико-педагогического обследования составляет заключение, которое содержит:

1. квалификацию физического и (или) психического нарушения (дает комплексную оценку имеющихся трудностей и потенциальных возможностей развития ребенка и служит для составления рекомендаций по определению программы обучения и специальных условий для получения образования детьми с особенностями психофизического развития)

2. рекомендации об организации образовательного процесса, о коррекционной помощи ребенку с особенностями психофизического развития по форме, установленной законодательством. Таким образом, в заключении содержатся описание структуры и тяжести физического и (или) психического нарушения, рекомендации по организации учебного процесса – а именно:

- образовательная программа специального образования: программа первого отделения вспомогательной школы, программа второго отделения вспомогательной школы, программа специальной общеобразовательной школы для детей с нарушением слуха, программы ЦКРОиР, программа специальной общеобразовательной школы для детей с тяжелыми нарушениями речи, для детей с трудностями в обучении, программа специальной общеобразовательной школы для детей с нарушениями зрения, программа специальных дошкольных учреждений.

- форма получения образования — т.е. тип учреждения образования, в котором ребенку рекомендуется обучение: надомное обучение, ЦКРОиР, специальное учреждение образования, учреждение общего образования - специальная класс (группа), класс (группа) интегрированного обучения и воспитания.

3. рекомендации по созданию специальных условий для получения ребенком с ОПФР образования – например, создание адаптированной среды, индивидуальное или групповое педагогическое сопровождение, занятия с дефектологом и т.п.

## **1.9 МЕТОДИКИ ОБСЛЕДОВАНИЯ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ, ЛИЧНОСТИ И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

### ***Вопросы для изучения:***

1. Изучение когнитивной сферы
2. Изучение личности ребенка
3. Изучение межличностных отношений

### **1. Изучение когнитивной сферы**

#### ***Складывание пирамидки***

Складывание пирамидки применяется для выявления состояния наглядно-действенного мышления. Для проведения эксперимента необходимо иметь несколько пирамидок, состоящих из 4, 6, 8 колец и колпачка.

Ребенку показывают пирамидку (количество колец зависит от возраста) и предлагают ее разобрать, сопровождая инструкцию соответствующим жестом. Если ребенок не приступает к работе, экспериментатор сам разбирает пирамидку и просит ребенка собрать ее. Если ребенок, начав действовать, собирает пирамидку в беспорядке, его не останавливают до конца работы, затем говорят "Неправильно" и работа начинается заново. Экспериментатор обращает внимание ребенка на самое большое кольцо и предлагает ему надеть это кольцо на стержень. Если ребенок не продолжает работу сам, ее выполняет экспериментатор, надевая следующее, меньшее по размеру, кольцо и действует так до тех пор, пока не будет сложена вся пирамидка.

Затем экспериментатор еще раз предлагает ребенку самому разобрать и сложить пирамидку, уже не вмешиваясь в ход работы.

В протоколе отмечаются состав пирамидки, объяснения и действия экспериментатора, действия ребенка, его словесные высказывания; сразу ли принимает ребенок задание, его первые действия, когда он начинает складывать пирамидку с учетом размеров колец. Отмечается способ работы ребенка (надевает кольца не в соответствии с их величиной, не сам

исправляет ошибку; сопоставляет кольца по величине, еще не надевая на стержень, прикладывая их друг к другу; зрительно соотносит их, надевая все кольца сразу правильно).

На основе анализа протокола делается вывод, обучается ли ребенок способу действия. Ребенок с сохранным интеллектом это задание, как правило, выполняет сразу правильно. Хаотичные манипуляции с кольцами, выполнение задания методом проб и ошибок при повторном самостоятельном складывании пирамидки чаще всего свидетельствуют о снижении интеллекта.

### ***Складывание разрезных картинок***

Методика применяется для выявления состояния наглядно-образного мышления. Эта методика не требует участия речи ребенка, поэтому может быть использована для обследования и безречевых детей. Для проведения эксперимента необходимо иметь разрезные картинки различной трудности: от самых простых, разделенных на две части, до состоящих из 4 - 5 - 6 частей различной конфигурации (сложность предлагаемых картинок определяется возрастом испытуемого).

Большинство картинок - на прямоугольном фоне, это облегчает составление рисунка, намечая его границы. Усложняют задание не только число частей и конфигурация разреза, но и изображение картинок с двух сторон прямоугольника. Ориентиром таких разрезных картинок прежде всего является цвет фона. Может быть предложена односторонняя разрезная картинка, на которой изображен только контур предмета (машина, медведь, кукла и т.д.). Еще более сложный вариант - рисунок, отделенный от фона, т.е. вырезанный по контуру и разрезанный на 4 - 5 частей.

Сначала ребенку предлагают сложить на прямоугольном фоне картинку из трех частей. Части картинки в беспорядке кладут перед ребенком на стол и, не называя предмета, изображенного на картинке, предлагают: "Сложи целую картинку". Если ребенок не знает, с чего начать, экспериментатор сам складывает одну основную часть и побуждает ребенка продолжить работу. Если ребенок снова действует неправильно, беспорядочно, экспериментатор складывает картинку сам, обращает на нее внимание испытуемого, вновь перемешивает части рисунка и предлагает: "Теперь сложи сам".

После предварительного выполнения задания (самостоятельно или с помощью экспериментатора) ребенку дают разрезную картинку из 4 - 5 частей и инструкцию: "Сложи сам". В ход работы экспериментатор не вмешивается. Но вначале дает указание: "Здесь нарисован петух. Сложи целого петуха".

В протоколе отмечаются название и состав картинки, объяснения экспериментатора, действия ребенка и его словесные высказывания. Основные факты исследователь получает при анализе способа действия, который применяет ребенок в процессе складывания картинки. Это могут

быть хаотичные, не имеющие цели манипуляции, целенаправленные действия в наглядно-действенном плане (метод проб и ошибок) и целенаправленное выполнение задания в наглядно-образном плане (зрительное соотнесение). Неадекватный способ действия выражается в том, что ребенок работает хаотично, подкладывая части рисунка без определенной цели. Например, к голове животного приставляет хвост, иногда "застревает" на сделанной раскладке и все остальные части рисунка располагает как придется. Если ребенок упорно не воспринимает помощи экспериментатора и даже после неоднократного наглядного показа не может правильно сложить картинку - это не может не вызвать сомнений в его интеллектуальном развитии.

### ***"Доски Сегена"***

Эта методика может быть применена для исследования наглядно-действенного мышления. Используются доски с пазами различной геометрической формы и соответствующими им вкладками (имеются варианты этих досок различной сложности). Элементарная доска из четырех вкладок доступна для предъявления детям с двухлетнего возраста. Наиболее распространенный вариант доски Сегена (из 10 вкладок) предъявляется детям старше трех лет. Сложность заключается в том, что некоторые пазы могут быть заполнены лишь комбинацией нескольких вкладок.

Методика проведения опыта: экспериментатор показывает ребенку доску с уложенными вкладками, затем высыпает их и жестами предлагает вернуть их на место. Трудности при выполнении заданий указывают на недостатки зрительного восприятия и недостаточный уровень сформированности наглядно-действенного мышления.

### ***"Сюжетные вкладки"***

По структуре эта методика близка к методике "Доски Сегена" ( для исследования наглядно-действенного мышления). Во время эксперимента используется большая доска, на которой изображены 10 различных ситуаций с недостающими элементами на месте вырезанных пазов, и вкладки с рисунками, изображающие эти или намеренно неподходящие элементы. Ребенок должен выбрать из большого количества вкладок соответствующую по смыслу.

При оценке результатов этого задания обращается внимание на то, как ребенок осмысляет изображенные на доске ситуации, насколько целенаправленно и устойчиво его внимание. Значительный интерес представляет наблюдение за способом работы ребенка. Первый способ: ребенок, взяв в руки любую вкладку, ищет ей место. Такой способ нерационален и малопродуктивен. Второй, более совершенный способ: ребенок, осмыслив ситуацию, ищет среди вкладок именно тот элемент, который необходим.

Интеллектуально полноценные дети (5 - 6 лет) способны правильно понять ситуацию и подобрать соответствующую вкладку. Следует отметить, что они не всегда могут самостоятельно использовать более рациональный способ работы. Однако при направляющем указании со стороны экспериментатора усваивают этот способ.

Методика дает возможность выявить также целенаправленность деятельности при большом объеме работы. Дети, у которых объем внимания недостаточен, даже при хорошей способности к осмыслению часто затрудняются в выполнении данного задания, так как не в состоянии охватить все изображенные ситуации и сделать выбор из большого количества вкладок. Если ограничение объема работы (закрываются некоторые ситуации и уменьшено количество предъявляемых вкладок) приводит к улучшению ее качества, то можно сделать вывод о том, что причиной ошибок были не трудности осмысления, а сужение объема восприятия.

### ***"Почтовый ящик"***

Этот метод широко используется для обследования детей разного возраста. Он применяется для исследования наглядно-действенного мышления, позволяя выявить способность ребенка к осмысливанию нового способа действия.

"Почтовый ящик" представляет собой коробку со съемной крышкой. В крышке сделаны прорезы различной конфигурации. Разноцветные фигурки (каждая в двух экземплярах) своим основанием повторяют форму прореза на крышке коробки. Эта методика не требует речевых ответов со стороны ребенка в процессе выполнения, поэтому очень удобна в работе с безречевыми детьми.

Инструкция в зависимости от возраста обследуемого может быть дана в нескольких вариантах: словесная ("Вот разные фигурки. Опusti все фигурки в эту коробку") или наглядная (экспериментатор на двух-трех фигурках показывает выполнение).

Для ребенка с нормальным интеллектом 6 лет и старше это задание не представляет трудности и выполняется путем зрительного соотнесения формы основания фигурки с формой прореза. В отдельных случаях дети прибегают к примериванию (как правило, в отношении двух фигур: треугольника и полукруга, которые требуют определенного разворота). Выбор фигурок такими детьми обычно производится в определенной системе: например, опустив в "ящик" квадрат, ребенок затем берет идентичную фигурку.

Дети с интеллектуальными нарушениями в 7 - 8-летнем возрасте редко действуют путем зрительного соотнесения, для них более характерен путь проб и ошибок.

## ***Методика Кооса***

Эта методика направлена на выявление конструктивного праксиса, способности к пространственной ориентировке, анализу фигуры (по чертежу) и ее последующему синтезу (из кубиков). Кубики Кооса (16 штук) имеют одинаковую раскраску: синюю, красную, желтую, белую, бело-красную и желто-синюю стороны. В комплекте имеется 18 чертежей с изображениями фигур разной (постепенно возрастающей) сложности, составленных из 4, 9 или всех 16 кубиков.

Методика используется для исследования детей самых разных возрастов (от 5 лет и старше) в зависимости от цели исследования. Она может быть модифицирована в "обучающий эксперимент" или использована как материал для исследования уровня притязаний.

Ребенку дают кубики и какой-либо из чертежей и просят составить из кубиков изображенную на чертеже фигуру. Целесообразно начинать с более легких чертежей. Можно проводить диагностическое "обучение" по специальной схеме, пользуясь определенными чертежами и системой дозированных подсказок к ним. Допустимо пользоваться повторением заданий отдельных чертежей: при "обучении" предъявляется аналогичный чертеж для самостоятельного выполнения. Хорошим приемом служит повторное выполнение того же чертежа без образца, только по зрительному представлению.

Данная методика позволяет выявить возможности ребенка в отношении выполнения таких мыслительных операций, как анализ и синтез на материале конструктивной, внеречевой деятельности. Это является особенно важным критерием в тех случаях, когда ребенок не владеет речью, не понимает или не слышит обращенной к нему речи либо по каким-то другим причинам отказывается от вербального контакта со взрослым. Методика также помогает установить особые пространственные нарушения, возникающие при некоторых формах поражения головного мозга (локализованные травмы черепа, опухоли, частичное повреждение сосудов головного мозга). Как правило, предъявление этого задания вызывает заинтересованность почти у всех детей, что дает возможность выявить их реакции на успех и неуспех.

### ***Установление последовательности событий***

Методика предназначена для выявления возможности устанавливать пространственно-временные и причинно-следственные связи по серии сюжетных картинок.

Для проведения обследования необходимо иметь несколько серий сюжетных картинок, каждая из которых состоит из трех - пяти картинок и отражает какое-либо событие несложного сюжета. Подбираются серии разной степени трудности: от самых легких до таких, в которых имеется пропущенное звено. Желательно иметь картинки в красках, так как цветные изображения воспринимаются детьми легче, чем черно-белые, и вызывают больший эмоциональный интерес.



Ребенку показывают пачку перемешанных, заранее пронумерованных картинок: "Вот здесь на картинках один рассказ. Найди, с чего все началось, что было потом, чем закончилось. Положи все картинки по порядку (одновременно показывают жестом). Сюда положи первую картинку, сюда - вторую ... а сюда положи последнюю картинку". Перед ребенком выкладывают перемешанные в беспорядке картинки: "Посмотри картинки и начинай раскладывать".

В протоколе регистрируются все действия ребенка: как он рассматривает картинки, как начинает действовать (целенаправленно или хаотично, не задумываясь над очередной картинкой), замечает ли ошибки и исправляет их или не обращает на них внимания и продолжает выкладывать дальше, просматривает ли еще раз всю раскладку после ее завершения и т.д. После окончания раскладки экспериментатор записывает в протоколе полученную последовательность. Если ребенок сразу выполнил задание правильно, ему предлагается другая, более сложная, серия с краткой инструкцией: "На этих картинках другой рассказ. Разложи все картинки по порядку" (жест). Если картинки разложены неправильно, переходят ко второму этапу по этой же серии. "Ты разложил неправильно (экспериментатор выбирает первую картинку). Вот первая картинка. Положи ее сюда (остальные в беспорядке выкладывает перед ребенком). А эти картинки (жест) разложи по порядку". Если ребенок выполнил задание правильно, ему дают аналогичную серию картинок, с тем чтобы проверить, сможет ли он применить освоенный способ действия. Если серия не разложена, начинают следующий этап.

Экспериментатор рассказывает весь сюжет, подчеркивая слова "раньше", "потом", сопровождая свой рассказ последовательным выкладыванием картинок. Затем снова перемешивает картинки и предлагает ребенку разложить их по порядку. Если все выполнено правильно, ребенку предлагают аналогичную серию картинок, если нет - еще раз повторяют предыдущий этап, стараясь получить правильную раскладку. Дополнительные объяснения по схеме четвертого этапа обязательно заносятся в протокол.

При оценке выполнения задания основное внимание обращается на количество помощи (этапы-подсказки), необходимой ребенку для получения правильного результата, на то, как он ее принимает, и на возможность "переноса".

Примерные серии последовательных картинок для младших детей: "Волки", "Лодки", "Колодец", "Собака-санитар", "Вороны", "Весна наступила", "Мальчик и собака", "Лиса и ворона", "Хитрый мышонок", "Заяц и морковка", "На льдине".

### ***Классификация предметов***

Метод предметной классификации применяется для исследования процессов обобщения и абстрагирования. Он состоит в распределении

предметов по группам в зависимости от их сходства и различия. Кроме того, применение этого метода дает возможность выявить особенности внимания, личностных реакций испытуемого на свои успехи и неудачи.

Для проведения исследования необходимо иметь набор из 70 карточек, на которых изображены разнообразные предметы и живые существа. Для получения достоверных данных следует пользоваться стандартным набором карточек.

Методика классификации предметов применяется как для исследования взрослых, так и детей (от 6 лет). В зависимости от возраста испытуемого из общего набора исключают часть карточек с изображениями незнакомых им предметов (измерительные приборы, учебные пособия) или отбирают небольшое количество карточек (20 шт.), распределяя их на простые группы, хорошо известные детям.

Для наиболее простого варианта методики необходим набор из 25 картинок. Всегда в одном и том же порядке предлагаются 20 заранее пронумерованных картинок: яблоко, диван, коза, лошадь, стол, ребенок, велосипед, телега, сливы, женщина, пароход, шкаф, собака, арбуз, моряк, этажерка, кузнец, кошка, самолет, груша.

Перед ребенком кладут пять пронумерованных ориентировочных карточек: лыжник, кровать, грузовик, вишня, овца.

Показывают ребенку пачку картинок: "Эти картинки разложим по группам - что к чему подходит". Затем предъявляют ребенку первую картинку - яблоко: "Куда мы положим яблоко?". При затруднениях в речи ребенок может показать жестом. Если он показывает верно, экспериментатор одобряет: "Правильно, положи к вишне. Это фрукты". (Обобщающее понятие дает сам экспериментатор.) Если попытка испытуемого не удалась, экспериментатор объясняет сам: "Положи к вишне, это фрукты".

Затем показывают вторую картинку - диван - с тем же вопросом: "Куда положим диван?". При неправильном решении экспериментатор опять объясняет, что эту картинку нужно положить к кровати, так как это мебель.

Экспериментатор продолжает раскладывать и объяснять, давая обобщенные понятия до тех пор, пока ребенок не начнет раскладывать сам. В протоколе отмечается номер картинки, с которой ребенок начинает правильно соотносить предметы по обобщенному признаку (нумерация картинок облегчает запись в протоколе). Эти записи позволяют лучше разобраться в особенностях протекания процессов анализа и синтеза, понять, доступно ли ребенку установление обобщенной связи между предметами или он объединяет их по конкретным признакам.

Поскольку обследование носит характер обучающего эксперимента, то при анализе данных решающее значение приобретают число этапов, необходимых для усвоения принципа действия, и возможность применения этого принципа в дальнейшей работе того же рода (т.е. "переноса").

В протоколе отмечаются номера картинок, вопросы и объяснения экспериментатора, действия ребенка, его вопросы и высказывания. Этот

вариант методики у детей с первично сохранным интеллектом не вызывает затруднений. В большинстве случаев после совместного разбора двух-трех (иногда одной) картинок дети улавливают принцип классификации и дальше выполняют работу самостоятельно без ошибок или с единичными ошибками.

### ***Исключение неподходящего предмета (четвертый лишний)***

Методика предназначена для исследования умения делать обобщения и давать логическое объяснение их правильности. В некоторых методических пособиях эту методику называют упрощенным вариантом методики классификации предметов.

Важным условием применения методики является речевое обоснование выбора. В отношении детей с нарушениями речи допускается ответ одним словом, с поясняющими жестами, если это дает экспериментатору возможность понять принцип, которым руководствовался ребенок. При обследовании детей, которые из-за речевых дефектов не могут объяснить свой выбор, данный метод имеет более ограниченное применение.

Для проведения эксперимента необходимо иметь набор карточек, градуированных по степени трудности. На каждой карточке нарисовано по четыре предмета, три из которых объединяются одним общим понятием, а четвертый предмет под это понятие не подходит. Например: карманные часы, настольная лампа, будильник, пятикопеечная монета; керосиновая лампа, электрическая лампочка, солнце, свечи и т.д. Можно и самим составить наборы, но обязательно с соблюдением особенностей подбора и оформления карточек (нефиксированное положение "лишнего" предмета, включение цветных рисунков).

Все карточки, которые будут предлагаться ребенку, заранее располагают в порядке возрастающей сложности и складывают стопкой на столе. Инструкция дается на примере самой легкой карточки: "Здесь нарисовано четыре предмета. Три предмета похожи, их можно назвать одним словом. А один предмет к ним не подходит. Найди, какой?". Если ребенок сразу правильно выделяет предмет, его просят объяснить: "Почему этот предмет не подходит? Как эти предметы можно назвать одним словом?". Если же ответ ребенка неверен, экспериментатор вместе с ним разбирает первую картинку, дает обозначение трем предметам и объясняет, почему надо исключить четвертый предмет. Следующую карточку, по трудности одинаковую с первой, предъявляют ребенку с более короткой инструкцией: "Здесь тоже один предмет не подходит к другим. Посмотри, что здесь надо убрать?". Если задание выполнено правильно, спрашивают: "Почему не подходит? Как одним словом назвать эти три предмета?". При неправильном исключении предмета с помощью вопроса выясняют мотивацию ребенка. Затем ему говорят, что он сделал неправильно, и повторяют на примере этой карточки подробный разбор вместе с ним.

В протоколе отмечается номер карточки, вопросы и замечания экспериментатора, исключаемый предмет, объяснения ребенка и обобщающее слово.

### ***"Отыскивание чисел"***

Методика используется для выявления скорости ориентировочно-поисковых движений взора и определения объема внимания применительно к зрительным раздражителям. Пригодна только при исследовании детей, которые знают числа.

Для проведения опыта нужно иметь пять таблиц Шульте, представляющих собой планшеты (60×90 см), на которых написаны вразброс числа от 1 до 25. На каждой из пяти таблиц числа расположены по-разному. Кроме того, нужны секундомер и небольшая (30 см) указка. Опыт можно проводить с детьми, обучающимися во II классе массовой школы или в IV классе специальной кор-рекционной школы VIII вида.

Ребенку мельком показывают таблицу, говоря: "Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку". Затем таблицу перевертывают и кладут на стол. После этого продолжают инструкцию: "Ты должен будешь вот этой указкой показывать и называть вслух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайся делать это как можно быстрее и без ошибок. Понятно?". Если ребенок не понял задания, его повторяют. Таблицу при этом не открывают. Затем экспериментатор ставит таблицу вертикально на расстоянии 70 - 75 см от ребенка, говорит: "Начинай" и одновременно включает секундомер. Ребенок указывает на числа и называет их, а экспериментатор следит за правильностью его действий. Когда ребенок дойдет до "25", экспериментатор останавливает секундомер. Затем ребенку предлагают таким же образом показывать и называть числа на второй, третьей, четвертой, пятой таблицах.

При оценке результатов прежде всего становятся заметны различия в количестве времени, которое ребенок тратит на отыскивание чисел. Практически здоровым детям на одну таблицу достаточно 30 - 50 с (чаще всего 40 - 42 с).

Заметное увеличение времени на отыскивание чисел в последних (четвертой и пятой) таблицах свидетельствует об утомляемости ребенка, а уменьшение - о медленном "вработывании". В норме на каждую таблицу уходит примерно одинаковое время.

### ***Проба на совмещение признаков (по В.М. Когану)***

Методика используется для изучения умственной работоспособности детей и подростков. Для проведения исследования нужна доска из картона размером 40х40 см, разделенная на 64 клетки. В каждой из семи клеток (кроме первой слева) верхнего ряда изображено по одной (неокрашенной) геометрической фигуре (квадрат, треугольник, круг и т.д.). В каждой из семи клеток (кроме верхней) вертикального ряда (слева) сделано по одному яркому цветному мазку (красный, синий, зеленый, коричневый, голубой,

оранжевый, желтый). На отдельных карточках (их 49) изображены разные фигурки. Их цвета и формы соответствуют изображенным на доске цветам и формам. Эксперимент состоит из четырех этапов, на каждом из которых дается своя инструкция. Карточки тщательно тасуются.

Инструкция на первом этапе (простой пересчет): "Пересчитай вслух эти карточки, откладывая их по одной на стол". Экспериментатор показывает, как это надо делать. Пока ребенок считает, экспериментатор по секундомеру отмечает в протоколе время, затрачиваемое на пересчет каждых 10 карточек (в конце их только 9) и на весь пересчет.

Инструкция на втором этапе (пересчет с сортировкой по признаку цвета): "Теперь ты должен также вслух пересчитать эти карточки и одновременно раскладывать их на группы по цвету". В протоколе регистрируется время, затрачиваемое на каждые 10 карточек и на весь пересчет.

Инструкция на третьем этапе (пересчет с сортировкой по признаку формы): "Эти же карточки пересчитывай вслух и при этом сортируй их уже не по цвету, а по форме". Экспериментатор по-прежнему фиксирует затрачиваемое время.

Инструкция на четвертом этапе (пересчет по признаку цвета и формы с раскладыванием карточек по свободным клеточкам): "Ты должен найти место для каждой карточки на этой таблице, учитывая цвет и форму. При этом по-прежнему веди счет - пересчет карточек". В протокол заносятся те же временные показатели. При необходимости экспериментатор словесную инструкцию может сопровождать показом.

По окончании эксперимента у психолога остается следующая таблица (см. форму протокола). Время, затраченное на каждом этапе, обозначается  $V_1, V_2, V_3, V_4$ , например:  $V_1 = 52$  с. По временным показателям рассчитываются коэффициенты Д и К. Коэффициент Д (дефицит внимания) определяется как разница между временем, затраченным на четвертом этапе работы, и суммой временных затрат на втором и третьем этапах. Он определяется по формуле  $D = V_4 - (V_2 + V_3)$ .

*Форма протокола*

Ф.И. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Дата  
исследования \_\_\_\_\_

Этапы	Время, затраченное на пересчет карточек (1, 2, 3, 4, ... 49)	Ошибки
1. Простая реакция		
2. Сортировка по		

цвету		
3. Сортировка по форме		
4. Совмещение		

Показатели:

Общее время \_\_\_\_\_ Общее количество ошибок \_\_\_\_\_  
 Коэффициент Д \_\_\_\_\_ Коэффициент К \_\_\_\_\_  
 Кривая ошибок \_\_\_\_\_ Тип кривой ошибок \_\_\_\_\_

Коэффициент Д указывает на способность к совмещению признаков, дефицит произвольного внимания и, в частности, свидетельствует о трудностях распределения внимания.

Коэффициент К (вработываемость) определяется формулой  $K = D : B_4$ . Этот показатель позволяет оценивать, как испытуемый усваивает принцип работы. Чем выше коэффициент К, тем быстрее испытуемый усвоил принципы выполнения задания.

Временные показатели (в секундах) выполнения заданий по методике В.М. Когана здоровыми детьми:

Возраст детей	B <sub>1</sub>	B <sub>2</sub>	B <sub>3</sub>	B <sub>4</sub>	Д	К
7 - 8 лет	67	99	129	301	72	0,2
9 - 10 лет	47	83	101	250	65	0,2
11 - 12 лет	41	72	86	198	39	0,2
13 - 14 лет	42	63	76	168	23	0,1

### Заучивание 10 слов

Это одна из наиболее часто применяющихся методик. Она предложена А.Р. Лурия и используется для оценки состояния памяти, исследования утомляемости, активности внимания. Никакого специального оборудования не требуется, однако в большей мере, чем при использовании остальных методик, необходимым условием является тишина. Перед началом обследования экспериментатор должен записать в одну строчку ряд коротких (односложных и двусложных) слов - простых, разных по значению и не имеющих между собой никакой связи. Обычно каждый экспериментатор привычно пользуется каким-либо одним рядом слов. Лучше пользоваться несколькими наборами, чтобы дети не могли их знать друг от друга. В данном эксперименте необходимы очень большая точность произнесения слов и неизменность инструкции.

Инструкция состоит из нескольких этапов.

Первое объяснение: "Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда кончу читать, сразу же повтори столько, сколько запомнишь. Повторять можно в любом порядке. Порядок роли не играет. Понятно?". Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор ставит в своем протоколе крестики напротив них (см. форму протокола). Затем экспериментатор продолжает инструкцию (второй этап).

Продолжение инструкции: "Сейчас я снова прочту те же слова, а ты должен повторить их - и те, которые уже назвал, и те, которые в первый раз пропустил, - все вместе в любом порядке".

Экспериментатор снова ставит крестики напротив слов, которые воспроизвел испытуемый.

*Форма протокола*

Ф.И. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Дата  
исследования \_\_\_\_\_

Слова	1-й раз	2-й раз	3-й раз	4-й раз	5-й раз	Через 50 - 60 мин
Дом						
Кот						
Лес						
Зерно						
Игла						
Мост						
Хлеб						
Окно						
Брат						
Мед						

Затем опыт снова повторяется 3, 4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: "Еще раз".

В случае если испытуемый называет лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если эти слова повторяются, ставит крестики напротив. Если ребенок в процессе опыта пытается вставлять какие-либо реплики, экспериментатор его останавливает.

Никаких разговоров во время опыта допускать нельзя. После пятикратного повторения экспериментатор переходит к другим опытам, а в конце исследования, т.е. примерно через 50 - 60 мин, снова просит воспроизвести эти слова (без напоминания). Чтобы не ошибиться, эти повторения лучше отмечать не крестиками, а кружочками.

По результатам исследования составляется график "*Кривая запоминания*". По форме кривой можно делать некоторые выводы относительно особенностей запоминания. Установлено, что у здоровых детей школьного возраста "кривая запоминания" носит примерно такой характер: 5, 7, 9, или 6, 8, 9, или 5, 7, 10 слов, т.е. к третьему повторению испытуемый воспроизводит 9 или 10 слов; при последующих повторениях (всего не менее 5 раз) количество воспроизводимых слов 9 - 10. Дети с органическим повреждением мозга воспроизводят сравнительно меньшее количество слов. Они могут назвать лишние слова и "застрять" на этой ошибке. Такие повторяющиеся "лишние" слова, по наблюдениям отдельных психологов, встречаются при исследовании больных детей, страдающих текущими органическими заболеваниями мозга. Особенно много таких "лишних" слов продуцируют дети в состоянии расторможенности.

"Кривая запоминания" может указывать и на ослабление активного внимания, и на выраженную утомляемость. Так, например, иногда ребенок во второй раз воспроизводит 8 или 9 слов, а при последующих пробах припоминает их все меньше и меньше. Такой ученик обычно страдает забывчивостью и рассеянностью. В основе забывчивости лежит преходящая астения, истощаемость внимания. "Кривая запоминания" в этих случаях не обязательно резко падает вниз, иногда она имеет зигзагообразный вид, что свидетельствует о неустойчивости внимания и его колебаниях.

В отдельных, сравнительно редких, случаях дети всякий раз воспроизводят одинаковое количество одних и тех же слов, т.е. кривая имеет форму "плато". Такая стабильность свидетельствует об эмоциональной вялости, отсутствии заинтересованности в том, чтобы запомнить побольше. Кривая типа низко расположенного "плато" наблюдается при слабоумии с апатией (при паралитических синдромах).

Число слов, удержанных в памяти и воспроизведенных испытуемым час спустя после повторения, в большей мере свидетельствует о памяти в узком смысле слова. Пользуясь разными, но равными по трудности, наборами слов, можно повторять этот эксперимент с целью учета эффективности терапии, оценки динамики болезни и т.д.

### ***Опосредствованное запоминание (по А.Н. Леонтьеву)***

Для проведения эксперимента необходимо иметь наборы изображений предметов (картинки) и набор слов.

#### **Первый вариант (6 – 10 лет)**

Набор карточек: диван, гриб, корова, умывальник, стол, ветка, земляника, фломастер, самолет, дерево, лейка, дом, цветок, тетради,



телеграфный столб, ключ, хлеб, трамвай, окно, стакан, постель, экипаж, настольная электрическая лампа, картина в раме, поле, кошка.

Слова для запоминания: свет, обед, лес, учение, молоток, одежда, поле, игра, птица, лошадь, дорога, ночь, мышь, молоко, стул.

#### Второй вариант (после 10 лет)

Набор карточек: полотенце, стул, чернильница, велосипед, часы, глобус, карандаш, солнце, рюмка, обеденный прибор, расческа, тарелка, зеркало, фломастеры (2 шт.), поднос, дом-булочная, фабричные трубы, кувшин, забор, собака, детские штанишки, комната, носки и ботинки, перочинный нож, гусь, уличный фонарь, лошадь, петух, черная доска (школьная), рубашка.

Слова для запоминания: дождь, собрание, пожар, горе, день, драка, отряд, театр, ошибка, сила, встреча, ответ, праздник, сосед, труд.

Перед ребенком раскладывают рядами все карточки в любом порядке, но так, чтобы они были ему видны. Затем говорят: "Тебе нужно будет запомнить ряд слов. Для того чтобы это было легче делать, нужно каждый раз, когда я буду называть слово, выбирать такую карточку, которая потом поможет припомнить слово. Вот, например, первое слово, которое нужно запомнить... (смотря по тому, какой вариант предлагают, это может быть слово "дождь"). Здесь дождь нигде не нарисован, но можно выбрать карточку, которая поможет запомнить это слово". После того как ребенок выберет карточку, ее откладывают в сторону. Затем, спустя 40 мин или час, т.е. перед концом исследования (после того как проделаны какие-либо другие эксперименты), ребенку в произвольном порядке показывают по одной карточке и просят припомнить, для запоминания какого слова она была отобрана. При этом обязательно спрашивают, как удалось припомнить или чем эта карточка напомнила про дождь. Если ребенок приступает к работе неохотно, то такие вопросы можно задавать после предъявления третьего и четвертого слова. Все отобранные карточки откладывают в сторону. Затем, спустя 40 мин, т.е. перед концом исследования (после того как проделаны какие-либо другие эксперименты) ребенку в произвольном порядке показывают по одной карточке и просят припомнить, для запоминания какого слова эта карточка была отобрана. И опять спрашивают, как удалось припомнить или чем эта карточка напомнила соответствующее слово.

При анализе результатов учитывается, что не может быть правильного или неправильного выбора. Анализируется характер связи, которую испытуемый установил между словом и изображением на карточке.

С 6 - 7-летнего возраста опосредствованное запоминание преобладает над непосредственным заучиванием. С возрастом этот разрыв увеличивается еще больше в пользу опосредствованного запоминания. К 15 годам здоровые дети могут воспроизводить все 100 % предъявляемого материала.

Дети с ослабленной работоспособностью значительно лучше запоминают материал при опосредствованном запоминании, так как смысловая связь создает им дополнительные "опорные вехи". Дети с

нарушением целенаправленности мышления часто не могут вспомнить ни одного слова (при воспроизведении называют картинки, а не слова), так как еще во время образования связи они "теряют" основную цель работы - необходимость связать выбор картинки с последующим воспроизведением слова.

### *Пиктограмма*

Методика может быть с успехом использована при военной или судебно-психиатрической экспертизе. В последние годы делаются попытки использования этой методики для исследования самых маленьких детей, применяя доступные им слова и словосочетания.

Для проведения эксперимента нужна чистая бумага и карандаши (простой и цветные). В подготавливаемых к эксперименту наборах слов и словосочетаний простые понятия могут чередоваться с более сложными, отвлеченными, например, "вкусный ужин", "тяжелая работа", "счастье", "развитие", "печаль" и т.п.

Ребенку объясняют, что будет проверяться его память (можно сказать - "зрительная память"). Чтобы запомнить отдельные словосочетания, он должен, ничего не записывая, нарисовать то, что поможет ему вспомнить заданное слово.

Выбранные из более легких первые выражения могут быть использованы для подробного разъяснения, уточнения инструкции, даже показа, если ребенок испытывает затруднения в понимании инструкции. По ходу работы желательно просить ребенка давать пояснения к замыслу, деталям, содержанию рисунка. Какие бы связи и рисунки ребенок ни создавал, не следует высказывать неодобрения. Лишь тогда, когда рисунки слишком многопредметны, а сам ребенок больше увлекается процессом рисования, чем выбором связи для запоминания, его можно несколько ограничить во времени.

Через час ребенку предлагают вспомнить заданные слова вразбивку. Можно назвать слова по рисункам и сделать подписи к ним. Иногда ребенку может быть оказана и необходимая помощь.

При оценке результатов эксперимента прежде всего подсчитывается количество правильно воспроизведенных слов в соотношении с общим количеством слов, предъявленных для запоминания. Эти данные могут быть составлены с результатами непосредственного заучивания (по методике "Заучивание 10 слов").

Ценнейшие данные представляет анализ рисунков детей. Тут может быть важным все: манера держать карандаш и наносить линии, сила нажима на карандаш, расположение рисунков на плоскости листа, выбор цвета и т.п. Но безусловно, что наиболее важен анализ содержания самих рисунков. Они отражают запас знаний и представлений ребенка, особенности его индивидуального жизненного опыта. Рисунки отражают способность детей к отвлечению и т.д. Приведем для примера протокол одного обследования.

В данном разделе приведены лишь некоторые экспериментально-психологические

***Протокол обследования по методике "Пиктограмма"***

Ф.И. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Дата исследования \_\_\_\_\_

Слово	Латентное время, с	Рисунок	Объяснение	Воспроизведение
Темная ночь	6	Заштрихованный квадрат	Квадратик и все затушевано. Затушевано - значит, темно, ночь	Темная ночь
Веселый праздник	52	Флажок	Во время праздников бывает демонстрация. На демонстрацию ходят с флагами	Праздник
Справедливость	2,05	(Отказ, дополнительная просьба) Воин с ружьем	Воин, стоящий на границе, - это справедливый труд	Справедливость
Отчаяние	1,43	Гроб с телом человека	Ну, смерть вызывает отчаяние у близких	Отчаяние
Вкусный ужин	7	Тарелка	Тарелочка, ну, хотя бы с салатом	Ужин
Болезнь	10	Кровать	Человек лежит на кровати, когда он ничего не может делать	Болезнь
Зависть	2,36	Корыто, ожерелье, цепочка	Ну, зависть старухи из народной сказки	Зависть
Страх	27	Едва заметные штрихи	Гроза - это очень страшно	Страх
Развитие	-	(Отказ, дополнительная просьба, отказ)	-	-

***Тест Векслера***

В практике обследования и детей, и взрослых широкое распространение получил тест Д. Векслера, позволяющий оценивать интеллект человека с помощью количественного показателя - коэффициента

интеллектуального развития. Тест применялся для дифференцирования здоровых и умственно отсталых детей, для изучения интеллектуальной деятельности детей с задержкой психического развития, для анализа причин неуспеваемости. Во всех исследованиях были подтверждены достаточно высокие надежность и валидность теста. Существует специально адаптированный к условиям нашей страны вариант методики, предназначенный для изучения интеллектуального развития детей от 5 до 16 лет (А.К. Панасюк, А.Ю. Панасюк).

Преимуществом теста Векслера является то, что он позволяет получить представление не только об общем уровне интеллекта, но и об особенностях его структуры благодаря объединению в нем субтестов, направленных на исследование различных вербальных и невербальных (в детском варианте - 12) интеллектуальных характеристик, степень выраженности которых вычисляется по единой двадцатибалльной шкале. Это дает возможность установить, какие стороны интеллектуальной деятельности сформированы у ребенка хуже всего, за счет каких может происходить компенсация, сравнить его достижения со средними нормами и результатами обследования других детей.

В основу методики положен принцип, по которому предполагается, что интеллект включает не только способность оперировать символами, абстрактными понятиями, логически мыслить, но и ориентироваться в ситуации и решать задачи с конкретными объектами. Благодаря тому, что методика состоит из вербальной шкалы и шкалы действий (невербальной), можно получить три итоговые статистические оценки - общую, вербальную и невербальную - с соответствующими интеллектуальными коэффициентами.

Вербальная шкала состоит из шести заданий:

- 1) задание на общую осведомленность включает в себя 30 вопросов; выявляется запас знаний, память на отдельные события и интересы;
- 2) задание на общее понимание состоит из 14 проблемных ситуаций; определяется объем практических сведений, а также способность оценивать и использовать накопленный ранее жизненный опыт;
- 3) арифметическое задание - серия задач возрастающей сложности; характеризуется умение оперировать числовым материалом, способность к концентрации внимания и кратковременная память;
- 4) задание на установление сходства между понятиями включает 12 пар слов; оценивается способность к образованию понятий;
- 5) "словарь" - список из 40 слов возрастающей трудности; их значения должны быть определены испытуемым;
- 6) задание на запоминание ряда цифр от трех до девяти членов в прямом или обратном порядке; характеризуется немедленное воспроизведение или кратковременная память.

Шкала действий также состоит из шести заданий:

- 1) задание на дополнение картинок выполняется на 20 рисунках, в каждом из которых отсутствует одна из существенных деталей; название

недостающей части показывает умение отдифференцировать главное от второстепенного;

2) задание на расположение картинок: одна из 7 серий картинок представляется в случайном порядке и ее следует расположить в логической последовательности, отражающей динамику изображенных событий; оценивается способность понимать ситуацию в целом, т.е. устанавливать причинно-следственные связи;

3) "составление фигур из кубиков" в соответствии с рядом усложняющихся образцов; выявляются аналитико-синтетические способности и возможности пространственной координации и интеграции;

4) задание "складывание объектов": из отдельных частей требуется составить фигуру человека, лошадь, автомобиль и лицо, т.е. по частичной информации создать целое при значительной свободе выбора решения;

5) задание на координирование осуществляется на ряде треугольников, разделенных пополам, и рассчитано на распознавание связи между определенной цифрой и соответствующей фигурой; выявляется способность к обучению новому материалу;

6) "лабиринты": нахождение правильного пути в ряде все более усложняющихся лабиринтов позволяет судить о пространственных представлениях.

Результаты выполнения каждого задания оцениваются отдельно, и это дает качественную характеристику различных психических функций, особенно если учитывать способы выполнения различных проб. Разнообразие заданий позволяет оценить способности, практически свободные от влияния обучения. Наличие шкалы действий позволяет исследовать и детей с нарушениями слуха и речи.

Обращает на себя внимание тот факт, что субтесты, входящие в вариант методики Векслера для детей, по содержанию практически не отличаются от широко применяемых в патопсихологии экспериментально-психологических методик. Это - изучение осведомленности и словарного запаса ребенка, его умения пользоваться знаниями в конкретной ситуации, решение арифметических задач, нахождение аналогий и сходства между понятиями, "последовательные картинки", "кубики Кооса", составление предметов из отдельных частей, корректурные пробы и лабиринты. Для этих патопсихологических приемов довольно четко разработаны пути качественного анализа данных, и экспериментатор имеет возможность вносить в процедуру тестового исследования необходимые изменения и дополнения, направленные на изучение качества нарушения.

Прежде всего, используя данную методику, необходимо учитывать и строго фиксировать все индивидуальные особенности испытуемых, а также все особенности их поведения во время проведения обследования. Это позволит более точно оценить характер имеющихся у них интеллектуальных нарушений и даст возможность установить, какое влияние на процесс выполнения заданий оказывают личностные и другие факторы.

Наибольший интерес представляют следующие показатели.

1. Особенности общения ребенка с экспериментатором: легко ли вступает в контакт, задает ли вопросы и какие, рассказывает что-нибудь о себе и т.д.

Если ребенок излишне застенчив, замкнут, плохо вступает в контакт, целесообразно начать его обследование с невербальных заданий. Яркие кубики, картинки обычно вызывают интерес у ребенка, снимают скованность и страх. Когда ребенок немного привыкнет и перестанет тормозиться, можно предложить ему вербальные задания. При этом не следует требовать от него развернутых ответов, важно лишь выяснить, насколько он понимает, знает различные предметы и явления, умеет обобщать, сравнивать их между собой. При квалификации дефекта необходимо учитывать, что низкие количественные показатели, полученные ребенком по вербальным тестам, в данном случае скорее всего являются следствием повышенной тормозимости.

Общительные дети обычно бурно реагируют на все вопросы и задания, часто переспрашивают, уточняют, приводят примеры из собственной жизни и т.д. С одной стороны, все это может послужить дополнительной информацией для экспериментатора, а с другой - увеличивает время обследования, нарушает его ритм. В ряде случаев таких детей следует тактично останавливать, просить отвечать только по существу.

2. Особенности мотивации: вызывают ли задания интерес, какова реакция на неуспех, как ребенок оценивает свои возможности и достижения.

У детей с сильной познавательной мотивацией любое прерывание деятельности может вызвать переживание неуспеха, чувство неудовлетворенности. Поэтому в тех случаях, когда ребенок очень долго ориентируется в задании, ищет наиболее правильное решение и при этом не укладывается в отведенный лимит времени, надо позволить ему выполнить задание до конца и зафиксировать индивидуальный темп работы. Количественная оценка должна выводиться стандартным образом.

3. Динамические характеристики деятельности: импульсивность, расторможенность, поспешность в выполнении заданий или заторможенность, медлительность, истощаемость.

Обследование детей с повышенной истощаемостью, низкой работоспособностью следует проводить в несколько этапов, давая им значительные перерывы для отдыха. Такие дети выполняют задания очень медленно и часто не укладываются в отведенное время. Поэтому целесообразно не прерывать ребенка, не ограничивать времени выполнения заданий, чтобы выяснить, способен ли он в принципе справиться с ними, но обязательно учитывать индивидуальное время выполнения. Низкие показатели по субтестам, имеющим временные лимиты, считать следствием замедленного темпа психической деятельности.

4. Особенности внимания: отвлекаемость, переключаемость, колебания, показатели самоконтроля.

5. Характеристики моторики: быстрота движений, координация, сила мышечного тонуса, точность движений и т.д.

6. Речевые особенности: несформированность фразовой речи, трудности произношения, неверное употребление слов, оговорки, речевая инертность, нарушение регулирующей функции речи.

7. Способы выполнения заданий: решение методом проб и ошибок или с применением логических приемов, происходит ли перенос найденного способа на аналогичные задания и т.д.

Таким образом, в отличие от стандартной процедуры тестового исследования, когда отмечается только результат выполнения задания, имеет смысл подробно и тщательно запротоколировать весь ход эксперимента, фиксируя по возможности все, что делает и говорит испытуемый. При этом большое значение имеет тот факт, что практически не нарушается чистота самого теста, так как количественные оценки выводятся стандартным образом, а любые дополнения и изменения, внесенные экспериментатором, используются для качественного анализа полученных данных.

### ***Тест "Прогрессивные матрицы Равена"***

Тест был предложен Л. Пенроузом и Дж. Равеном в 1936 г. В ходе работы испытуемый должен был выявлять отношения между абстрактными фигурами. Распространены два варианта теста - черно-белый и цветной; черно-белый предназначен для обследования испытуемых 8 - 14 и 20 - 65 лет, цветной - 5 - 11 лет.

В черно-белом варианте испытуемый последовательно работает с 60 узорами или композициями, где отсутствует часть узора или один из элементов; необходимо отобрать отсутствующую деталь из предложенных вариантов. Задания сгруппированы по пять серий. В первой серии необходимо найти недостающую часть изображения, во второй - аналогии между парами фигур, в третьей - принцип развития, изменения фигур, в четвертой - принцип перестановки фигур, в пятой - закономерности взаимоотношений и взаимодействий между фигурами по горизонтали и вертикали. Внутри каждой серии сложность заданий возрастает. Цветной вариант более легкий, содержит три серии заданий.

### ***Тест структуры интеллекта Амтхауэра***

Тест используется в различных редакциях: первая предложена Р.Амтхауэром в 1953 г., последняя - в 1973 г. Он содержит восемь субтестов:

1) логический отбор (закончить предложение одним из приведенных слов);

2) определение общих черт (найти лишнее из пяти слов, где четыре объединены общей связью);

3) аналогии (предлагается пара слов и третье слово; нужно найти так же относящееся к третьему, как второе - к первому);

4) классификация (обозначить два слова общим понятием);

- 5) задания на счет (решение арифметических задач);
- 6) ряды чисел (установить закономерности и продолжить числовые ряды);
- 7) выбор фигур (предъявляются изображения частей фигуры; из предложенных фигур нужно найти ту, которую можно сложить из этих частей);
- 8) задания с кубиками (предъявляется изображение куба с разнообразно окрашенными сторонами; нужно найти аналогичный куб среди предъявленных изображений с учетом того, что он мог изменить свое положение).

Разумеется, мы рассмотрели далеко не все тесты интеллекта, но кратко описанные нами тесты, во-первых, широко распространены в дефектологической практике, а во-вторых, дают представление о типичных тестовых заданиях при диагностике интеллекта.

Безусловным достоинством тестовых методов является их большая объективность, возможность сравнивать результаты разных испытуемых. В то же время исследования, построенные по типу жестко стандартизированной методики (теста), показывают только отклонение от нормы, но не позволяют выявить нарушенные функции и сохранные звенья.

## 2. Изучение личности ребенка

### *Тест Розенцвейга*

Тест является проективной методикой исследования личности. В качестве стимульного материала используются 24 рисунка, на которых изображены лица, находящиеся во фрустрационной ситуации.

Персонаж, изображенный слева, произносит слова, которыми описывается фрустрация - собственная или другого индивида (они написаны рядом с персонажем). Над персонажем, изображенным справа, имеется пустой квадрат, в который обследуемый должен вписать первые пришедшие на ум ответы. Ситуации, изображенные на рисунках, могут быть разделены на две группы: ситуации препятствия; ситуации общения.

Оценка полученных ответов осуществляется главным образом по направлению реакций:

- экстрапунитивные - направлены на окружение; осуждается внешняя причина фрустрации и подчеркивается ее степень, иногда разрешения ситуации требуют от другого лица;

- интропунитивные - направлены на самого себя с принятием вины или ответственности за исправление возникшей ситуации; фрустрирующая ситуация не подлежит осуждению;

- импунитивные - обвинения отсутствуют.

По определенной программе выделяются скрытые мотивы поведения.

Существует детский вариант этого теста - тест детской апперцепции, в котором персонажами являются дети или дети во взаимодействии со



взрослыми, в некоторых модификациях - животные. В этом случае ответы могут даваться устно.

### ***Тест "Нарисуй человека"***

Одним из часто встречающихся в практике психолога тестов является тест "Нарисуй человека" и его варианты. Основной вариант предложен К. Маховер на основе теста Ф. Гудинаф, использовавшей рисунок человека для оценки умственного развития. В тесте обследуемому предлагается нарисовать человека карандашом на листе бумаги; после завершения рисунка предлагается нарисовать человека противоположного пола. За этим следует опрос относительно нарисованных фигур - пол, возраст, привычки и т.д. При интерпретации исходят из положения о том, что в рисунке человека обследуемый выражает свое Я, и его особенности можно определить по предложенной системе критериев. Большое внимание уделяется тому, как нарисованы отдельные детали фигуры (глаза, руки и др.), их пропорциям; они трактуются символически как воплощение отношения к определенным сторонам жизни.

### ***Тесты "Дом - дерево - человек", "Несуществующее животное", "Рисунок семьи"***

Идея о том, что в рисунке можно увидеть своеобразный "автопортрет", лежит в основе теста "Дом - дерево - человек" Гудинаф - Харриса. При психологическом обследовании детей и подростков широкое распространение получили также рисуночные тесты "Несуществующее животное" и "Рисунок семьи".

Однако при обследовании некоторых категорий детей с отклонениями в развитии к интерпретации результатов этих методик следует подходить с осторожностью.

Например, дети с нарушением манипулятивных функций, с нарушениями зрительного восприятия, с пространственными нарушениями часто рисуют деформированные фигуры, "теряют" мелкие детали; изображение деталей лица диспропорционально. При выраженных нарушениях схемы тела, например при детском церебральном параличе, детали фигуры могут быть разбросаны по всему листу (например, конечности размещены с одной стороны), а при нарушении ориентировки в плоскости листа изображение может размещаться в одном из углов, чаще в правом нижнем.

Все эти особенности выполнения заданий связаны с нарушениями высших психических функций из-за органического поражения мозга или анализаторов, а не с нарушениями личности. В этих случаях проективная значимость исследования практически отсутствует.

В других же случаях результаты рисуночных тестов могут быть очень информативными. Так, подросток с тяжелыми хроническими заболеваниями почек изобразил человека со спинкой кровати вместо ног; девочка с

моторной алалией нарисовала членов своей семьи без каких-либо особенностей, а себя - безо рта; девушка с ампутированной ногой изображала людей летящими в длинных одеждах, скрывающих ноги.

Таким образом, при обследовании детей с нарушениями развития очень важно учитывать такие показатели, как уровень сформированности изобразительной деятельности и состояние зрительного восприятия, пространственных представлений, моторных функций.

### 3. Изучение межличностных отношений

Взаимодействие человека с окружающим миром осуществляется в системе межличностных отношений, которые складываются между людьми в их общественной жизни. Объективные отношения и связи неизбежно и закономерно возникают в любой реальной группе. Основной путь исследования межличностных отношений внутри группы - это углубленное изучение различных социальных факторов, а также взаимодействия людей, входящих в состав данной группы. Никакая человеческая общность не может осуществлять полноценную совместную деятельность, если не будет установлен контакт между людьми, в нее включенными, и не будет достигнуто между ними должного взаимопонимание.

Для каждой возрастной группы помимо общепринятых методов психолого-педагогической диагностики (наблюдение, беседа, эксперимент) существует определенные методики, направленные на изучение межличностных отношений.

Так, например, при изучении подростков существенно расширяется арсенал диагностических методик, поскольку за период школьного обучения дети далеко продвинулись в своем развитии. Поскольку в целом улучшается интеллектуальное и речевое развитие детей, становится возможным использование довольно сложных методов исследования личности и межличностных отношений - опросников, проективных тестов.

К этой же группе относятся тесты цветовых предпочтений (*Тест цветовых выборов Люшера* и построенный на его базе Цветовой тест отношений Эткинда). Тест Люшера основан на том предположении, что выбор цвета отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, его настроение, функциональное состояние, уровень психологического комфорта и наиболее устойчивые черты личности. Тест Люшера привлекает многих быстротой проведения, сравнительной простотой обработки, отсутствием возрастных, речевых, интеллектуальных ограничений. Его легко могут выполнять и умственно отсталые, и интеллектуально сохранные дети. В то же время существующие содержательные интерпретации цветовых выборов имеют несколько неопределенный, подчас противоречивый, характер, поэтому необходимо производить анализ цветовой последовательности с учетом результатов применения других методик, социальной ситуации развития ребенка. В ряде

случаев более ценным может оказаться не содержательный анализ, а некоторые числовые показатели, дающие возможность оценки динамики состояния ребенка.

**Цветовой тест отношений Эткинда (ЦТО)** построен на тех же принципах и помогает выявить отношение испытуемого к значимым для него окружающим людям (родителям, друзьям). Помимо собственного цветового выбора по Люшеру ребенка просят подобрать цвет для других людей. Таким образом он характеризует свое отношение к окружающим без помощи слов, что может дать важный диагностический материал, который не всегда можно получить, используя вербальные средства.

Для исследования личности и межличностных отношений подростков с нарушениями развития используются и экспериментально-психологические методики. Так, хорошо зарекомендовали себя методики исследования **уровня притязаний Хоппе** и **самооценки Дембо - Рубинштейн**. Они могут применяться при работе с детьми самого разного возраста и с самыми разными нарушениями. Суть методики исследования уровня притязаний состоит в том, что испытуемому предъявляются задачи разной степени сложности, а затем выявляется, насколько адекватно растут или понижаются его притязания на решение задачи той или иной сложности в зависимости от предыдущего успеха или неуспеха. Исследование самооценки по Дембо - Рубинштейн предполагает оценку испытуемым себя (или своего состояния) по ряду параметров, представленную графически. Таким образом, обе эти экспериментально-психологические методики направлены на изучение одной из важнейших структур личности - самооценки. Подробное описание этих методик приводится в рекомендованной литературе, поэтому отметим лишь особенности применения их в работе с подростками.

Исследование самооценки по Дембо - Рубинштейн может проводиться в двух вариантах - при работе со взрослыми и с детьми. При исследовании подростков можно применять и первый, и второй варианты в зависимости от уровня интеллектуального развития ребенка, его места в системе социальных связей (учится в школе, живет в интернате для детей-сирот, не посещает никаких учреждений и находится дома).

В методике Хоппе при работе с подростками особое внимание следует уделять подбору задач. В подростковом возрасте интересы дифференцируются, и необходимо подбирать для решения такие задачи, которые находятся в сфере интересов подростка для повышения его мотивации. Когда решение задачи будет значимо для него, результаты будут достовернее, и наоборот. Так, например, если подростку, интересующемуся историей, предложить решение задач по математике, то процесс формирования притязаний может быть вообще не выявлен - ребенку будет безразлично, трудную или простую задачу он не решил, и выбор следующей задачи может оказаться случайным.

Таким образом, психологическое исследование особенностей личности и межличностных отношений подростка с отклонениями в развитии должно

строиться с учетом как специфических особенностей подросткового возраста, так и характера нарушений развития.

Для понимания условий развития личности ребенка и прогнозирования результатов коррекционно-развивающей помощи, важным является изучение межличностного взаимодействия ребенка с членами семьи, в первую очередь с родителями. Для этого предлагается множество методик, которые с успехом могут применяться и при исследовании детей с ОПФР.

Так к основному методу изучения семьи относится **беседа-интервью**, в рамках которой изучается история жизни семьи ребенка и спектр основных ее проблем. По форме беседа-интервью может быть:

- свободной, когда она проводится без строгой детализации вопросов, но имеет определенный предмет обсуждения;
- стандартизированной, когда тщательно регламентируется порядок ее проведения;
- частично стандартизированной (структурированной), объединяющей первую и вторую формы.

Методики диагностики личности: личностные опросники; проективные методики; клинично-психолого-диагностические методики. С целью изучения сферы взаимоотношений ребенка с родителями и другими лицами чаще всего используются следующие проективные методики: методика Р. Жилия; методика "Детский апперцептивный тест" (САТ); рисуночные методики - "Рисунок семьи", "Нарисуй себя", "Дом - дерево - человек", методика изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга;

С целью определения характера внутрисемейных отношений, уровня интегрированности семей данного типа, выявления семейного источника психической травматизации личности могут быть использованы методики, предложенные Э.Г. Эйдемиллером: методика "Семейно-обусловленное состояние"; опросник "Анализ семейной тревоги" (АСТ); опросник "Конструктивно-деструктивная семья (КДС)"; методика PARI E. Шеффер и Р. Белла (блок I).

Характер взаимодействия родителей с ребенком с ОПФР может быть изучен с помощью следующих методик:

- методика PARI E. Шеффер и Р. Белла (блок II);
- тест-опросник родительского отношения А.Я. Варги и В.В. Столина;
- методика диагностики межличностных отношений Т.Лири;
- методика "Анализ семейных взаимоотношений" (АСВ), варианты 3 - 10 лет, 11 - 21 год.

Таким образом, **задачами изучения родительско-детских отношений** являются: установление типа родительско-детских отношений и причин их нарушений; изучение динамики родительско-детских отношений под воздействием коррекции; определение модели семейного воспитания.

## 2 ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ ЭУМК

### 2.1 ВОПРОСЫ К СЕМИНАРСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ»

#### Семинарское занятие №1

**Тема. Классификация методов психодиагностики и их характеристика**

Вопросы для обсуждения:

1. Систематизация психодиагностических методов
2. Метод наблюдения
3. Метод беседы и опросники
4. Метод экспериментального изучения ребенка
5. Тесты и проективные методики

#### Семинарское занятие №2

**Тема. Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития**

Вопросы для обсуждения:

1. Медицинское обследование в системе комплексного изучения ребенка с отклонениями в развитии
2. Педагогическое изучение детей с нарушениями развития
3. Социально-педагогическое изучение микросоциальных условий и их влияния на развитие ребенка
4. Психологическое изучение детей с нарушениями развития
5. Логопедическое обследование в системе комплексного изучения детей с нарушениями развития
6. Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями развития

#### Семинарское занятие №3

**Тема. Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах**

Вопросы для обсуждения:

1. Психолого-педагогическое изучение детей первого года жизни
2. Психолого-педагогическое изучение детей раннего возраста
3. Психолого-педагогическое изучение детей дошкольного возраста
4. Психолого-педагогическое изучение детей младшего школьного возраста
5. Психолого-педагогическое изучение детей подросткового возраста

## Семинарское занятие №4

### Тема. Дифференциальная диагностика детей с различными нарушениями развития

#### Вопросы для обсуждения:

1. Диагностика нарушений слуха у детей
2. Диагностика нарушений зрения у детей
3. Диагностика нарушений двигательной сферы
4. Общая характеристика группы асинхронного развития
5. Диагностика дисгармонического развития
6. Диагностика искаженного развития

## 2.2 ВОПРОСЫ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ»

### Практическое занятие №1

#### Тема. Дифференциальная диагностика детей с различными нарушениями развития

#### Вопросы для обсуждения:

1. Диагностика нарушений слуха у детей
2. Диагностика нарушений зрения у детей
3. Диагностика нарушений двигательной сферы
4. Общая характеристика группы асинхронного развития
5. Диагностика дисгармонического развития
6. Диагностика искаженного развития

#### Практические задания:

- 1) Составить таблицу, отражающую особенности диагностики детей с различными нарушениями развития.

### Практическое занятие №2

#### Тема. Стратегия и тактика обследования ребенка в психолого-медико-педагогической комиссии

#### Вопросы для обсуждения:

1. Диагностическая деятельность ЦКРОиР
2. Общая характеристика диагностической процедуры на ПМПК
3. Заключение ПМПК

#### Практические задания:

- 1) Составить план проведения диагностической процедуры работы психолого-медико-педагогической комиссии.

2) Изучить примеры заключений ПМПК. Сделать выводы об особенностях их составления с учетом возрастных особенностей исследуемых детей.

### **Практическое занятие №3**

#### **Тема. Методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений**

##### Вопросы для обсуждения:

1. Изучение когнитивной сферы
2. Изучение личности ребенка
3. Изучение межличностных отношений

##### Практические задания:

- 1) Ознакомиться с методиками ранней диагностики когнитивной сферы детей. Провести на выбор три методики, написать заключение.
- 2) Проанализировать методики диагностики личности и межличностных отношений. Составить комплексы методик обследования детей по возрастам.

### **2.3 ВОПРОСЫ КРУГЛОГО СТОЛА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ»**

#### **Тема. Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах**

##### *Вопросы для обсуждения:*

1. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей дошкольного возраста.
2. Особенности психолого-педагогического изучения детей младшего школьного возраста.
3. Методы и методики диагностики детей младшего школьного возраста с нарушениями развития.
4. Особенности процедуры проведения психологического исследования подростков с нарушениями развития.
5. Методы и методики психолого-педагогического изучения подростков с нарушениями развития.
6. Правила построения программ исследования.

#### **Тема. Методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений**

##### *Вопросы для обсуждения:*

1. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха

2. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями зрения
3. Требования предъявляемые при проведении обследования детей с нарушениями зрения
4. Принципы адаптации диагностических методик при обследовании детей с нарушениями зрения
5. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата
6. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы
7. Клинико-психолого-педагогическое изучение детей со сложными нарушениями развития



### **3 РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ЭУМК**

#### **3.1 ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ»**

1. Предмет, задачи и сферы практического применения психодиагностики.
2. Развитие психодиагностики как научной дисциплин.
3. Актуальные проблемы диагностики нарушений развития.
4. Развитие психолого-педагогических методов исследования в отечественной психодиагностике.
5. Вклад Л.С. Выготского в развитие психолого-педагогической диагностики.
6. Принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей.
7. Этапы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей.
8. Систематизация психодиагностических методов.
9. Метод наблюдения в дифференциальной диагностике нарушений развития.
10. Метод беседы и его использование в диагностике нарушений развития.
11. Опросники как метод психодиагностики.
12. Метод экспериментального изучения ребенка
13. Диагностический обучающий эксперимент.
14. Использование тестов при изучении детей с ОПФР.
15. Проективный метод. Возможности использования проективных методик при изучении личности детей с ОПФР.
16. Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития.
17. Медицинское обследование в системе комплексного изучения ребенка с нарушениями развития.
18. Педагогическое изучение детей с нарушениями развития.
19. Социально-педагогическое изучение микросоциальных условий и их влияния на развитие ребенка.
20. Психологическое изучение детей с нарушениями развития.
21. Логопедическое обследование в системе комплексного изучения детей с нарушениями развития.
22. Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями развития.
23. Психолого-педагогическая изучение детей первого года жизни. Особенности развития.
24. Рекомендации к психолого-педагогическому изучение детей первого года жизни.
25. Психолого-педагогическое изучение детей раннего возраста. Особенности развития.

26. Рекомендации к психолого-педагогическое изучение детей раннего возраста.
27. Психолого-педагогическое изучение детей дошкольного возраста. Особенности развития.
28. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей дошкольного возраста.
29. Психолого-педагогическое изучение детей младшего школьного возраста. Особенности развития.
30. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей младшего школьного возраста.
31. Психолого-педагогическое изучение детей подросткового возраста. Особенности развития.
32. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей подросткового возраста.
33. Диагностика готовности детей с особенностями психофизического развития к школьному обучению.
34. Правила построения программ исследования детей с ОПФР.
35. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха.
36. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями зрения.
37. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
38. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы (с ранним детским аутизмом).
39. Психолого-педагогическое изучение детей со сложными нарушениями развития.
40. Диагностическая деятельность ЦКРОиР.
41. Общая характеристика диагностической процедуры на ПМПК.
42. Заключение ПМПК.
43. Диагностика детско-родительских отношений.
44. Методики исследования внимания и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
45. Методики исследования памяти и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
46. Методики исследования мышления и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
47. Методики исследования пространственной ориентации их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
48. Методики исследования моторики и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
49. Методики исследования воображения и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
50. Методики исследования восприятия и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.

51. Методы обследования навыков письма и чтения у младших школьников.
52. Методики исследования арифметических знаний и умений и их использование при диагностическом обследовании детей.
53. Диагностические подходы к изучению речи у детей.
54. Диагностические подходы к изучению интеллектуального развития ребенка.

## 4 ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ ЭУМК

### 4.1 Учебно-тематический план переподготовки слушателей специальности 1–03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании» по дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития»

#### Заочная форма получения образования

Наименование тем и форм текущей аттестации	Количество учебных часов										Этапы	Кафедра
	Распределение по видам занятий											
	Всего	аудиторные занятия								Самостоятельная работа		
		Лекции	Практические занятия	Семинарские занятия	Круглые столы	Лабораторные занятия	Деловые игры	Тренинги	Конференции			
<b>3.15 Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития</b>	<b>60</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	-	-	-	-	<b>24</b>		кафедра социально-гуманитарных дисциплин
3.15.1 Психодиагностика как наука и практическая деятельность	4	2	-	-	-	-	-	-	-	2		
3.15.2 Теоретические основы диагностики нарушений развития у детей	4	2	-	-	-	-	-	-	-	2		
3.15.3 Классификация методов психодиагностики и их характеристика	6	2	-	2	-	-	-	-	-	2		
3.15.4 Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития	8	2	-	2	-	-	-	-	-	4		
3.15.5 Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах	8	2	-	2	-	-	-	-	-	4		
3.15.6 Дифференциальная диагностика детей с различными нарушениями развития	10	4	2	-	-	-	-	-	-	4		

3.15.7 Стратегия и тактика обследования ребенка в психолого-медико-педагогической комиссии	10	2	4	-	-	-	-	-	-	4		
3.15.8 Методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений	10	4	2	-	2	-	-	-	-	2		
Форма текущей аттестации	Экзамен										1, 2	

### Очная (вечерняя) форма получения образования

Наименование тем и форм текущей аттестации	Количество учебных часов										Этапы	Кафедра
	Всего	Распределение по видам занятий										
		аудиторные занятия								Самостоятельная работа		
		Лекции	Практические занятия	Семинарские занятия	Круглые столы	Лабораторные занятия	Деловые игры	Тренинги	Конференции			
<b>3.15 Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития</b>	<b>60</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	-	-	-	-	<b>18</b>		кафедра социально-гуманитарных дисциплин
3.15.1 Психодиагностика как наука и практическая деятельность	4	2	-	-	-	-	-	-	-	2		
3.15.2 Теоретические основы диагностики нарушений развития у детей	4	2	-	-	-	-	-	-	-	2		
3.15.3 Классификация методов психодиагностики и их характеристика	6	2	-	2	-	-	-	-	-	2		
3.15.4 Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития	8	4	-	2	-	-	-	-	-	2		
3.15.5 Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах	8	2	-	2	2	-	-	-	-	2		

3.15.6 Дифференциальная диагностика детей с различными нарушениями развития	10	4	-	2	-	-	-	-	-	4		
3.15.7 Стратегия и тактика обследования ребенка в психолого-медико-педагогической комиссии	10	4	4	-	-	-	-	-	-	2		
3.15.8 Методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений	10	4	2	-	2	-	-	-	-	2		
Форма текущей аттестации	Экзамен										1	

**4.2 Учебная программа по дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития» для специальности 1–03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании»**

Министерство образования Республики Беларусь  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»  
Институт повышения квалификации и переподготовки

УТВЕРЖДАЮ  
Ректор ГГУ имени Ф.Скорины

С.А.Хахомов

31.10.2020



**УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

**«Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития»**

**специальности переподготовки**

1–03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании»  
(квалификация: педагог-дефектолог)

в соответствии с типовым учебным планом переподготовки,  
утвержденным 24.09.2020, регистрационный №25-13\121

Гомель, 2020

Разработчик программы:

Н.В. Корсак, старший преподаватель кафедры социально-гуманитарных дисциплин ИПК и П



Рекомендована к утверждению:  
кафедрой социально-гуманитарных дисциплин ИПК и П  
Протокол заседания от 30.10.2020 № 3;

научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский  
государственный университет имени Франциска Скорины»  
Протокол заседания от 31.10.2020 № 3



## ВВЕДЕНИЕ

Учебная программа по учебной дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития» специальности переподготовки 1-03-03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании» разработана с целью реализации образовательной программы переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих высшее образование.

Учебная дисциплина «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития» специальности переподготовки (далее – дисциплина) относится к компоненту «Дисциплины специальности» учебного плана переподготовки.

**Цель дисциплины** – формирование у слушателей теорией и практикой психолого-педагогических диагностических обследований. В процессе изучения данной учебной дисциплины слушатели осваивают научно-теоретические знания о методах психолого-педагогической диагностики, о дифференциально-диагностическом процессе как части комплексного изучения детей с особенностями психофизического развития и умения практического применения конкретных методик при диагностическом обследовании, включая умения, позволяющие осуществлять психолого-педагогическое обследование детей с квалификацией типа нарушения.

### **Задачи дисциплины:**

формирование представлений о сущности, закономерностях и принципах психолого-педагогической диагностики нарушений развития;

ознакомление с современными методами и методиками психолого-педагогической диагностики нарушений развития;

углубление ориентировки слушателей в вопросах организации, проблемах и перспективах развития психолого-педагогической диагностики нарушений развития;

формирование у слушателей профессиональных установок, которые соответствуют современным принципам отношения к лицам с особенностями психофизического развития и оказания им помощи;

обеспечение необходимой для изучения методических дисциплин и практической деятельности научно-теоретической подготовкой.

**Методы обучения:** информационно-рецептивный, проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский, интерактивные.

**Средства обучения:** учебники и учебные пособия, ЭУМК по дисциплине, практикумы, словари-справочники, наглядные пособия, видеоматериалы, презентации.

**Основные требования к результатам учебной деятельности слушателей.** В результате освоения содержания дисциплины слушатель должен овладеть следующими профессиональными компетенциями:

знать теоретические основы диагностики нарушений развития у детей;

знать классификацию методов психодиагностики и их характеристику;

знать особенности психолого-педагогического изучения детей с различными нарушениями развития на разных возрастных этапах, уметь применять эти знания на практике;

уметь осуществлять дифференциальную диагностику сходных состояний;

знать стратегию и тактику обследования ребенка в психолого-медико-педагогической комиссии;

знать методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений, уметь применять их на практике;

уметь проводить свою часть обследования ребенка с особенностями психофизического развития в рамках деятельности психолого-медико-педагогической комиссии, интерпретировать, обобщать диагностические данные, определять образовательный маршрут ребёнка;

уметь составлять психолого-педагогическую характеристику ребенка с особенностями психофизического развития.

Изучение дисциплины рассчитано на **36 часов** в заочной и **42 часа** в очной (вечерней) формах получения образования.

**Распределение учебных часов по видам занятий:**

в **заочной** форме получения образования: лекции – 20 часов, практические занятия – 8 часов, семинарские занятия – 6 часов, круглые столы – 2 часа, самостоятельная работа – 24 часа;

в **очной (вечерней)** форме получения образования: лекции – 24 часа, практические занятия – 6 часов, семинарские занятия – 8 часов, круглые столы – 4 часа, самостоятельная работа – 18 часов.

**Формы текущей аттестации** слушателей по дисциплине – экзамен.

# СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

## Содержание учебной дисциплины

### Раздел 1. Основы психолого-педагогической диагностики нарушений развития

#### *Тема 1.1. Психодиагностика как наука и практическая деятельность*

Определение психодиагностики как науки, разрабатывающей методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности. Понятийно-категориальный аппарат психологической диагностики. Психодиагностика как звено, связывающее психологическую теорию и практику, ее взаимосвязь с другими отраслями психологической науки. Сферы практического применения методов психологической диагностики. Задачи психологической диагностики в сфере образования.

Становление и развитие психодиагностики. Истоки психологической диагностики. Работы по дифференциальной психологии. Основные этапы развития психодиагностики. Возникновение тестирования.

Понятие «педагогическая диагностика». Цель, функции, методы педагогической диагностики. Диагностика учебных достижений. Технологические особенности составления педагогических тестов. Мониторинг педагогического процесса.

#### *Тема 1.2. Теоретические основы диагностики нарушений развития у детей*

Вклад Л.С. Выготского в развитие психологической диагностики. Представление о высших психических функциях. Идея Л.С. Выготского о системном строении дефекта. Общие закономерности нормального и аномального развития (Г.Я. Трошин и др.). Актуальные проблемы диагностики нарушений развития у детей: теоретический, методический и организационный аспекты (В.И. Лубовский).

Принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей: комплексное изучение, системный и динамический подходы, выявление и учет потенциальных возможностей ребенка, качественный анализ, необходимость раннего диагностического изучения ребенка, единство диагностической и коррекционной помощи детям с нарушениями развития.

Этапы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей: скрининг-диагностика, дифференциальная диагностика, углубленное психолого-педагогическое изучение ребенка.

### ***Тема 1.3. Классификация методов психодиагностики и их характеристика***

Понятие о психодиагностическом методе и психодиагностической методике. Различные основания классификации методов психологической диагностики. Методы объективные, субъективные, проективные. Методы высокоформализованные (тесты, психофизиологические методики, проективные методики, опросники) и малоформализованные (наблюдение, беседа, контент-анализ), их общая характеристика.

Метод наблюдения, беседы, метод экспериментального изучения ребенка, опросники, тесты, проективные методики.

### ***Тема 1.4. Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития***

Медицинское обследование в системе комплексного изучения ребенка с нарушениями развития. Педагогическое изучение детей с нарушениями развития. Социально-педагогическое изучение микросоциальных условий и их влияния на развитие ребенка. Психологическое изучение детей с нарушениями развития. Логопедическое обследование в системе комплексного изучения детей с нарушениями развития. Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями развития.

## **Раздел 2. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детей**

### ***Тема 1.5. Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах***

Психолого-педагогическое изучение детей первого года жизни. Диагностика развития младенцев и детей раннего возраста. Значение ранней диагностики развития ребенка. Комплексная диагностика нарушений развития в младенчестве.

Психолого-педагогическое изучение детей раннего возраста. Особенности проведения диагностики в разных возрастных группах. Психолого-педагогическое изучение детей дошкольного возраста.

Психолого-педагогическое изучение детей младшего школьного возраста. Диагностика развития в младшем школьном возрасте. Диагностика умственного развития, развития личности и межличностных отношений, уровня учебной деятельности.

Психолого-педагогическое изучение детей подросткового возраста. Диагностика в школьной профориентации.

### ***Тема 1.6. Дифференциальная диагностика детей с различными нарушениями развития***

Диагностика нарушения слуха у детей. Методологические основы диагностики нарушения слуха у детей. Принципы диагностики нарушений развития у детей. Проблема ранней диагностики нарушения слуха. Основные психологические параметры дизонтогенеза, обусловленного дефицитом слухового восприятия, их учет в дифференциальной диагностике. Особенности проведения психодиагностического исследования.

Принципы диагностики нарушений зрения у детей. Проблема ранней диагностики нарушения зрения. Возрастание роли психологического и педагогического исследования в диагностике нарушений зрения. Особенности проведения психодиагностического исследования.

Диагностика нарушений двигательной сферы. Принципы диагностики нарушений двигательной сферы у детей. Проблема ранней диагностики нарушения двигательной сферы. Возрастание роли психологического и педагогического исследования в диагностике нарушений двигательной сферы. Особенности проведения психодиагностического исследования.

Диагностика дисгармонического развития. Дисгармоническое развитие: основные критерии дифференциальной психологической диагностики нарушений поведения. Психологическая диагностика психопатий. Психологическая диагностика нарушений эмоционально-волевой сферы. Диагностика искаженного развития. Психологическая диагностика искаженного психического развития (РДА). Структура дефекта развития при РДА и ее учет в дифференциальной диагностике.

## **Раздел 3. Практические аспекты психолого-педагогической диагностики нарушений развития**

### ***Тема 1.7. Стратегия и тактика обследования ребенка в психолого-медико-педагогической комиссии***

Диагностическая деятельность ЦКРОиР: нормативно-правовая база деятельности. Общая характеристика диагностической процедуры на ПМПК: клиническое, логопедическое, педагогическое, психологическое обследования; ведение документации, оформление заключения. Изменение характера диагностических задач в связи с интегрированным обучением детей с особенностями психофизического развития. Заключение ПМПК. Ведение протокола и составление рекомендаций по организации учебного процесса.

### ***Тема 1.8. Методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений***

Изучение когнитивной сферы. Методики: складывание пирамидки, складывание разрезных картинок, доски Сегена, сюжетные вкладки, почтовый ящик, кубики Кооса, установление последовательности событий, классификация предметов, исключение неподходящего предмета (четвертый лишний), отыскивание чисел, проба на совмещение признаков (по В.М. Когану), заучивание 10 слов, опосредствованное запоминание (по А.Н. Леонтьеву), пиктограмма, т ест Векслера, тест "Прогрессивные матрицы Равена", тест структуры интеллекта Амтхауэра.

Изучение личности ребенка и межличностных отношений. Методики: тест Розенцвейга, методика диагностики агрессивности А.Басса, А.Дарки, проективные методики: «Нарисуй человека», «Дом - дерево – человек», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи», тест цветовых выборов Люшера, цветовой тест отношений Эткинда (ЦТО), уровня притязаний Хоппе и самооценки Дембо-Рубинштейна, методика диагностики межличностных отношений Т. Лири; методика Р. Жилия.

## Вопросы круглых столов

### **Тема. Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах**

#### ***Вопросы для обсуждения:***

1. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей дошкольного возраста.
2. Особенности психолого-педагогического изучения детей младшего школьного возраста.
3. Методы и методики диагностики детей младшего школьного возраста с нарушениями развития.
4. Особенности процедуры проведения психологического исследования подростков с нарушениями развития.
5. Методы и методики психолого-педагогического изучения подростков с нарушениями развития.

### **Тема. Методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений**

#### ***Вопросы для обсуждения:***

1. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха
2. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями зрения
3. Требования предъявляемые при проведении обследования детей с нарушениями зрения
4. Принципы адаптации диагностических методик при обследовании детей с нарушениями зрения
5. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата
6. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы
7. Клинико-психолого-педагогическое изучение детей со сложными нарушениями развития

## Требования к проверке результатов самостоятельной работы

Самостоятельная работа слушателей по учебной дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития» представляет собой важный компонент познавательно-практической деятельности слушателей.

Учебный материал, представленный в разделе самостоятельной работы, направлен на закрепление и углубление знаний по основным разделам учебной дисциплины, глубокое самостоятельное овладение теоретическим материалом, активизацию познавательной деятельности слушателей и развитие профессионально значимых умений и навыков.

Контроль самостоятельной работы слушателей осуществляется преподавателем во время проведения практических и семинарских занятий, а также текущей аттестации слушателей.

Примерный перечень вопросов для самостоятельного изучения включается в материалы для текущей аттестации слушателей.

Тема занятия	Вид задания	№ литературного источника в соответствии со списком рекомендуемой литературы	Форма контроля
Психодиагностика как наука и практическая деятельность	Изучить и описать работу психологов-экспериментаторов, их вклад в развитие психодиагностики Проанализировать историю развития психолого-педагогической диагностики в Беларуси	Осн. [2], [8] Доп. [2], [3]	Проверка конспектов
Теоретические основы диагностики нарушений развития у детей	Сформулировать основные принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей. Составить таблицу с основными этапами психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей	Осн. [1], [6], [9] Доп. [9], [11], [15]	Проверка конспектов
Классификация методов психодиагностики и их характеристика	Проанализировать особенности использования основных методов и методик психолого-педагогической	Осн. [8] Доп. [2], [3]	Проверка на семинарском занятии



	диагностики, описать их достоинства и недостатки применения, обработки и интерпретации результатов		
Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития	Составить план проведения педагогического изучения детей в рамках комплексного подхода к изучению детей с нарушениями развития	Осн. [2], [3] Доп. [6], [16], [19], [20]	Защита на семинарском занятии
Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах	Изучить и зафиксировать особенности диагностики детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах.	Осн. [4] Доп. [6], [7], [8], [16], [17], [21]	Проверка на семинарском занятии
Дифференциальная диагностика детей с различными нарушениями развития	Описать значение и критерии дифференциальной диагностики нарушений развития.	Осн. [1], [6], [9] Доп. [11], [13], [14]	Устный опрос
Стратегия и тактика обследования ребенка в психолого-медико-педагогической комиссии	Изучить и зафиксировать особенности ведения документации психолого-медико-педагогической комиссии: журналы, согласия родителей; протоколы выполнения диагностических методик и пр.	Электронные ресурсы	Проверка конспектов
Методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений	Систематизировать и представить в виде таблицы разнообразные методики диагностики с учетом их направленности и возрастных особенностей обследуемых.	Осн. [1], [9], Доп. [10], [12], [14], [21], [22], [23]	Обсуждение на круглом столе

## Время, отведенное на изучение отдельных тем

### Заочная форма получения образования

Наименование разделов и тем	Количество часов							Формы контроля знаний
	Всего	Лекции	Практические	Семинарские	Кругл. стол	Конференция	Сам. работа	
	<b>60</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>24</b>	
<b>Раздел 1. Основы психолого-педагогической диагностики нарушений развития</b>	<b>22</b>	<b>8</b>		<b>4</b>			<b>10</b>	
Тема 1.1. Психодиагностика как наука и практическая деятельность	4	2					2	Проверка конспектов
Тема 1.2. Теоретические основы диагностики нарушений развития у детей	4	2					2	Проверка конспектов
Тема 1.3. Классификация методов психодиагностики и их характеристика	6	2		2			2	Решение практических задач
Тема 1.4. Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития	8	2		2			4	Решение практических задач
<b>Раздел 2. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детей</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>			<b>8</b>	

Тема 1.5. Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах	8	2		2			4	Устный опрос
Тема 1.6. Дифференциальная диагностика детей с различными нарушениями развития	10	4	2				4	Решение практических задач
<b>Раздел 3. Практические аспекты психолого-педагогической диагностики нарушений развития</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>6</b>		<b>2</b>		<b>6</b>	
Тема 1.7. Стратегия и тактика обследования ребенка в психолого-медико-педагогической комиссии	10	2	4				4	Решение практических задач
Тема 1.8. Методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений	10	4	2		2		2	Решение практических задач
<b>Формы текущей аттестации</b>	<b>Экзамен</b>							

**Очная (вечерняя) форма получения образования**

Наименование разделов и тем	Количество часов							Формы контроля знаний
	Всего	Лекции	Практические	Семинарские	Кругл. стол	Конференция	Сам. работа	
	<b>60</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>		<b>18</b>	
<b>Раздел 1. Основы психолого-педагогической диагностики нарушений развития</b>	<b>22</b>	<b>10</b>		<b>4</b>			<b>8</b>	
Тема 1.1. Психодиагностика как наука и практическая деятельность	4	2					2	Проверка конспектов
Тема 1.2. Теоретические основы диагностики нарушений развития у детей	4	2					2	Проверка конспектов
Тема 1.3. Классификация методов психодиагностики и их характеристика	6	2		2			2	Решение практических задач
Тема 1.4. Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития	8	4		2			2	Решение практических задач
<b>Раздел 2. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детей</b>	<b>18</b>	<b>6</b>		<b>4</b>	<b>2</b>		<b>6</b>	

Тема 1.5. Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития на разных возрастных этапах	8	2		2	2		2	Устный опрос
Тема 1.6. Дифференциальная диагностика детей с различными нарушениями развития	10	4		2			4	Решение практических задач
<b>Раздел 3. Практические аспекты психолого-педагогической диагностики нарушений развития</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>6</b>		<b>2</b>		<b>4</b>	
Тема 1.7. Стратегия и тактика обследования ребенка в психолого-медико-педагогической комиссии	10	4	4				2	Решение практических задач
Тема 1.8. Методики обследования когнитивной сферы, личности и межличностных отношений	10	4	2		2		2	Решение практических задач
<b>Формы текущей аттестации</b>	<b>Экзамен</b>							

# МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕЙ АТТЕСТАЦИИ СЛУШАТЕЛЕЙ

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой СГД ИПК и П

\_\_\_\_\_ И.А. Мазурок

\_\_\_\_\_

## Вопросы для проведения экзамена

1. Предмет, задачи и сферы практического применения психодиагностики.
2. Развитие психодиагностики как научной дисциплины.
3. Актуальные проблемы диагностики нарушений развития.
4. Развитие психолого-педагогических методов исследования в отечественной психодиагностике.
5. Вклад Л.С. Выготского в развитие психолого-педагогической диагностики.
6. Принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей.
7. Этапы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей.
8. Систематизация психодиагностических методов.
9. Метод наблюдения в дифференциальной диагностике нарушений развития.
10. Метод беседы и его использование в диагностике нарушений развития.
11. Опросники как метод психодиагностики.
12. Метод экспериментального изучения ребенка
13. Диагностический обучающий эксперимент.
14. Использование тестов при изучении детей с ОПФР.
15. Проективный метод. Возможности использования проективных методик при изучении личности детей с ОПФР.
16. Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития.
17. Медицинское обследование в системе комплексного изучения ребенка с нарушениями развития.
18. Педагогическое изучение детей с нарушениями развития.
19. Социально-педагогическое изучение микросоциальных условий и их влияния на развитие ребенка.
20. Психологическое изучение детей с нарушениями развития.
21. Логопедическое обследование в системе комплексного изучения детей с нарушениями развития.
22. Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями развития.
23. Психолого-педагогическое изучение детей первого года жизни. Особенности развития.

24. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей первого года жизни.
25. Психолого-педагогическое изучение детей раннего возраста. Особенности развития.
26. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей раннего возраста.
27. Психолого-педагогическое изучение детей дошкольного возраста. Особенности развития.
28. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей дошкольного возраста.
29. Психолого-педагогическое изучение детей младшего школьного возраста. Особенности развития.
30. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей младшего школьного возраста.
31. Психолого-педагогическое изучение детей подросткового возраста. Особенности развития.
32. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей подросткового возраста.
33. Диагностика готовности детей с особенностями психофизического развития к школьному обучению.
34. Правила построения программ исследования детей с ОПФР.
35. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха.
36. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями зрения.
37. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
38. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы (с ранним детским аутизмом).
39. Психолого-педагогическое изучение детей со сложными нарушениями развития.
40. Диагностическая деятельность ЦКРОиР.
41. Общая характеристика диагностической процедуры на ПМПК.
42. Заключение ПМПК.
43. Диагностика детско-родительских отношений.
44. Методики исследования внимания и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
45. Методики исследования памяти и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
46. Методики исследования мышления и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
47. Методики исследования пространственной ориентации и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
48. Методики исследования моторики и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.

49. Методики исследования воображения и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
50. Методики исследования восприятия и их использование при диагностическом обследовании детей с нарушениями развития.
51. Методы обследования навыков письма и чтения у младших школьников.
52. Методики исследования арифметических знаний и умений и их использование при диагностическом обследовании детей.
53. Диагностические подходы к изучению речи у детей.
54. Диагностические подходы к изучению интеллектуального развития ребенка.



## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

### Основной

- 1 Баль, Н.Н. Психолого-педагогическая диагностика лиц с нарушениями речи: дифференциальная диагностика: учебно-методическое пособие / Н.Н. Баль, Н.В. Чемоданова. – Мн. : Зорны Верасок, 2013. – 56 с.
- 2 Дудина, М.М. Основы психолого-педагогической диагностики: учебное пособие / М. М. Дудина, Ф. Т. Хаматнуров. – Екатеринбург : Рос. гос. проф.-пед. ун-т, 2016. – 190 с.
- 3 Крыжановская, Л. М. Психолого-педагогическая диагностика и консультирование. Учебное пособие / Л.М. Крыжановская. – М. : МПСИ, 2008. – 584 с.
- 4 Кухтерина, Г.В. Психолого-педагогическая диагностика младших школьников: учебное пособие. / Г. В. Кухтерина, Е. А. Кукуев. - Тюмень: издательство Тюменского государственного университета, 2014. - 180 с.
- 5 Максимов, В.Г. Педагогическая диагностика в школе. Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений /В.Г. Максимов. – М. : Академия, 2002. – 272 с.
- 6 Московина, А.Г. Клиника интеллектуальных нарушений. Учебное пособие / А.Г. Московина, Т.М. Уманская. – М. : Прометей, 2013. – 246 с.
- 7 Психологическая диагностика: учебное пособие. / Под редакцией М. К. Акимовой. – СПб. : Питер, 2005. – 304 с.
- 8 Психолого-педагогическая диагностика: учебное пособие для студентов высш. учебн. заведений / Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М. : Академия, 2008, – 320 с.
- 9 Шаповал, И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: учебное пособие / И.А. Шаповал. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 320 с.

### Дополнительной

- 1 Акимова, М.К. Психологическая диагностика. Учебник для вузов / М.К. Акимова, К.М. Гуревич. – СПб. : Питер, 2008. – 652 с.
- 2 Анастаси, А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. – СПб. : Питер, 2007. – 688 с.
- 3 Бодалев, А.А. Общая психодиагностика / А.А. Бодалев, В.В. Столин, В.С. Аванесов. СПб. : Речь, 2000. – 440 стр.

- 4 Борякова, Н.Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития у детей. Учебно-методическое пособие. – М. : Гном-Пресс, 2002 – 64 с.
- 5 Бурлачук, Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб. : Питер, 2006. – 528 с.
- 6 Венгер, А. Л., Психологическое обследование младших школьников / А.Л. Венгер, Г.А. Цукерман, – М. : Владос, 2007. – 159 с.
- 7 Головей, Л.А., Практикум по возрастной психологии / Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. СПб. : Речь, 2002. – 694 с.
- 8 Дыбина, О.В. Педагогическая диагностика компетентностей дошкольников. Пособие для воспитателей и учителей начальных классов. Для работы с детьми 5-7 лет / О.В. Дыбина. – М. : Мозаика-синтез, 2010. – 58 с.
- 9 Диагностика и коррекция психического развития дошкольника/ Под ред. Я.Л.Коломинского, Е.А. Панько. Мн. : Універсітэцкае, 1997 – 237 с.
- 10 Забрамная, С.Д. Практический материал для психолого-педагогического обследования детей / С.Д. Забрамная, О.В. Боровик. М. : Владос, –2002. – 32 с.
- 11 Захарова, И.Ю. Лечебно-педагогическая диагностика детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы / И.Ю. Захарова. – М. : Теревинф, 2010. – 80 с.
- 12 Диагностический комплект. Исследование особенностей развития познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста/ Авт.-сост. Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: Аркти, 2000. – 43 с.
- 13 Калягин, В.А. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб. : Каро, 2013. – 432 с.
- 14 Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под. ред. Г.В. Чиркиной. – М. : Академия, 2003. – 240 с.
- 15 Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М. : Педагогика, 1989. – 104 с.
- 16 Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / под ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Просвещение, 2008. – 164 с.
- 17 Психолого-педагогическая диагностика отклонений развития детей младшего школьного возраста. /Под ред. Л.М.Шипициной. – СПб. : Речь, 2008. – 48 с.

18 Психолого-педагогическая диагностика / Сост. Н.Н. Баль, И.Н. Логинова. – Мн. : БГПУ, – 2005. – 29 с.

19 Семаго, Н.Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М. : Аркти, 2000. – 208 с.

20 Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А.В. Семенович. – М. : Академия, 2002. – 232 с.

21 Райгородский, Д.Я. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика детей / Д.Я. Райгородский. – М. : Бахрах-М, 2008. – 624 с.

22 Романович, О.А. Диагностика психофизических процессов и речевого развития детей 3-4 лет / О.А. Романович, Е.П. Кольцова. – М. : Владос, 2013. – 95 с.

23 Романович, О.А. Диагностика психофизических процессов и речевого развития детей 5-6 лет / О.А. Романович, Е.П. Кольцова. – М. : Владос, 2018. – 111 с.

### Электронные ресурсы

- 1 <http://rud.exdat.com/docs/index-806756.html>
- 2 <https://ckroirgome1.schools.by/pages/pmpk>
- 3 <https://medznate.ru/docs/index-20131.html>

### **Источники информации, рекомендуемые слушателям, с указанием объемов для самостоятельного изучения**

Указаны в разделе «Содержание программы»: «Требования к проверке результатов самостоятельной работы».