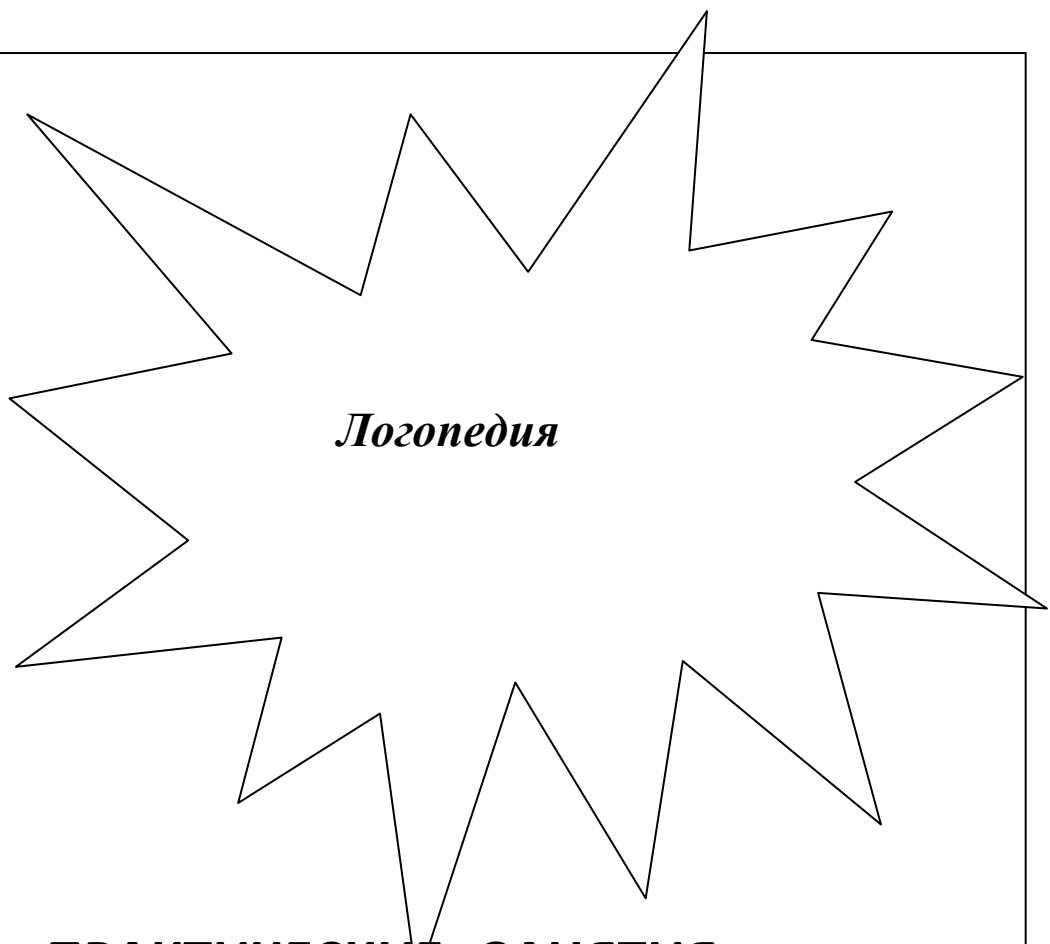




Логопедия

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

психолого-педагогическая
диагностика лиц
с нарушениями речи

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН КУРСА

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА (Психолого-педагогическая диагностика лиц с нарушениями речи)

№ п/п	Наименование разделов и тем	Количество часов			
		всего	лекц.	практ./с емин.	СРС
1.	Теоретико-методологические основы диагностики нарушений психофизического развития	6	6	2	6
2.	Виды и методы диагностики нарушений психофизического развития	6	4	2	6
3.	Организация и содержание психолого-педагогического обследования лиц с нарушениями речи	10	4	2	6
4.	Дифференциальная диагностика нарушений развития детей	16	6	4	10
5.	Особенности психолого-педагогического изучения лиц с нарушениями речи в различные возрастные периоды	6	4	2	6
	ВСЕГО	70	24	12	34

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учеб.-метод. пособие / Г.А. Волкова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2003. – 144 с.
2. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
3. Методы обследования речи детей: пособие по диагностике речевых нарушений / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – М.: АРКТИ, 2003. – 240 с.
4. Психологическая диагностика: учеб. пособие / под ред. К.М.Гуревича, Е.М.Борисовой. – М.: УРАО, 1997. – 304 с.
5. Психолого-педагогическая диагностика: учеб. пособие / под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 320 с.
6. Психолого-педагогическая диагностика: учеб.-метод. пособие / сост. Н.Н.Баль, И.Н. Логинова. – Минск: БГПУ, 2005. – 29 с.
7. Стребелева, Е.А., Мишина, Г.А. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития детей раннего и дошкольного возраста: пособие для учителя-дефектолога / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 143 с.

Дополнительная

8. Бурлачук, Л.Ф., Морозов, С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб.: ПитерКом, 1999. – 528 с.
9. Грибова, О.Е. Технология организации логопедического обследования: метод. пособие / О.Е. Грибова. – М.: Айрис-пресс, 2005. – 96 с.
10. Детская психодиагностика и профориентация: учеб. пособие / ред. – сост. Л.Д.Столяренко. – Ростов-н/Д.: «Феникс», 1999. – 384 с.
11. Диагностика и коррекция психического развития дошкольников / под ред. Я.Л.Коломинского, Е.А.Панько. – Минск: «Універсітэцкае», 1997. – 237 с.
12. Калягин, В.А., Овчинникова, Т.С. Психолого-педагогическая диагностика детей и подростков с речевыми нарушениями: учеб. пособие / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО, 2005. – 288 с.
13. Калягин, В.А., Овчинникова, Т.С. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО, 2004. – 432 с.
14. Левченко, И.Ю., Киселева, Н.А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И.Ю. Левченко, Н.А. Киселева. – М.: Изд-во «Книголюб», 2007. – 152 с.
15. Общая психодиагностика: учеб. пособие / под ред. Н.А. Бодалева, В.В. Столина. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 304 с.
16. Основы психодиагностики: учеб. пособие для студентов педвузов / под общ. Ред. А.Г.Шмелева. – Ростов-н/Д.: «Феникс», 1996. – 544 с.
17. Педагогическая диагностика в школе / под ред. А.И. Кочетова. – Минск: Народная асвета, 1987. – 224 с.
18. Психолого-медико-педагогическая консультация: метод. рек. / науч. ред. Л.М. Шипицина. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2002. – 352 с.
19. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: метод. пособие. / под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Просвещение, 2004. – 164 с.
20. Семаго, М.М., Семаго, Н.Я. Организация и содержание деятельности специального психолога / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2005. – 336 с.
21. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с.
22. Усанова, О.Н. Методические рекомендации по использованию комплекта практических материалов «Лилия» / О.Н. Усанова. – М.: НПП «Коррекция», 1993. – 74 с.
23. Фотекова, Т.А., Ахутина, Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: пособие для логопедов и психологов / Т.А. Фотекова, Т.В. Ахутина. – М.: АРКТИ, 2002. – 136 с.
24. Шаповал И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: Учебное пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 320с.
25. Кисова В.В., Конева И.А. Практикум по специальной психологии. – СПб.: Речь, 2006. – 352с.

ПЕРЕЧЕНЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК

1. Разрезные картинки
2. «Пирамидка», «Матрешка», «Мисочки»
3. Доски Сегена
4. Почтовый ящик («Коробка форм»)
5. Методика Т.Н. Головиной
6. Методика М.М. Безруких, Л.В. Морозовой (исследование уровня развития зрительного восприятия)
7. Методика Гуткиной «Домик»
8. Корректирующая проба (тест Бурдона)
9. Методика Т.Е. Рыбакова (исследование узнавания фигур; запоминания предметов и мест их расположения)
10. Лабиринты
11. «Недостающие детали»
12. «Найди различия»
13. Методика Шульте
14. Методика А.Р. Лурии «Заучивание 10 слов»
15. Методика запоминания двух рядов слов
16. Методика «Воспроизведение рассказов»
17. Методики исследования опосредованного запоминания (варианты А.Н. Леонтьева, Л.В. Занкова)
18. Методика Кооса (исследование нарушений пространственной ориентации и конструктивного праксиса)
19. Методика «Придумай рассказ»
20. «Придумай игру»
21. Методики Е. Торренса, О.М. Дьяченко (изучение оригинальности решения задач)
22. Матрицы Дж.Равена
23. «Простые аналогии»
24. Методика Б.И. Пинского (выделение закономерностей)
25. «Четвертый лишний»
26. «Нелепицы»
27. «Последовательность событий» (методика Н.А. Берштейн)
28. Классификация предметов (лото В.М. Когана).
29. Классификация понятий
30. Понимание переносного смысла загадок, метафор, поговорок, коротких рассказов со скрытым смыслом.
31. Методика Выготского-Сахарова
32. Методика И.Е. Токарь (исследование особенностей развития речи)
33. «Расскажи по картинке»
34. Графический диктант
35. «Лесенка»
36. Методика Де-Греефе

ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ПСИХОЛОГО - ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА

Комплексное медико-психолого-педагогическое обследование ребенка с подозрением на отклонение в развитии имеет конкретные цели:

- определение характера и степени анатомо-физиологического повреждения и его влияния на весь ход физического и психического развития ребенка;
- постановка или уточнение диагноза;
- выработка рекомендаций к обучению и воспитанию в определенном детском учреждении — общеобразовательном или специальном;
- назначение требующегося лечения;
- составление индивидуальной программы коррекционного воспитания и обучения на основе обследования и определения актуального уровня развития и потенциальных возможностей ребенка.

Обследование может проводиться в течение нескольких дней или недель; возможно в сочетании с коррекционными воздействиями на данного ребенка.

И.Ю. Левченко выделяет как необходимые следующие требования к организации и проведению обследования:

- процедура обследования должна строиться в соответствии с особенностями возраста ребенка на основе активной деятельности, ведущей для его возраста;

- характер объектов и материала в принципе должен быть знаком ребенку, а способ общения с взрослым-экспериментатором быть таким же, как и с другими знакомыми взрослыми;

- методики должны быть удобны для использования, давать возможность стандартизации и математической обработки данных, но одновременно выявлять качественные особенности процесса выполнения заданий;

- анализ полученных результатов должен быть качественно-количественным, позволяющим выявить своеобразие развития ребенка и его потенциальные возможности (количественные показатели используются для определения степени выраженности того или иного качественного показателя, что облегчает разграничение нормы и патологии, позволяет сравнивать результаты детей с разными нарушениями развития);

- выбор качественных показателей 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;

- следует продумать порядок предъявления 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.

Обязательным требованием является *всесторонность изучения* уровня развития психики:

- познавательных процессов (восприятия; наглядно-действенного, наглядно-образного, словесно-логического, понятийного мышления; образной и словесно-логической памяти и т.д.);

- разных сторон речи;

- эмоционально-волевых и личностных особенностей;

- работоспособности и утомляемости.

Требования к набору диагностических заданий сложились в ходе развития теории и практики диагностики отклоняющегося развития. Он должен быть апробирован на достаточно большом (не менее 30) количестве здоровых, нормально развивающихся детей такого же возраста, как обследуемый ребенок. Часть заданий может повторяться для детей

двух-трех разных возрастов, но необходимы точные сведения об успешности их выполнения нормально развивающимися детьми.

Набор заданий создается в соответствии с принципами научности, адекватности, валидности: как правило, отбираются задания, ранее апробированные в научных исследованиях закономерностей психического развития детей с теми или иными его нарушениями. Обязательно учитываются *два специфических принципа*:

- 1) полной доступности ряда заданий для детей данного возраста;
- 2) наличия заданий, выполняемых детьми только при оказании помощи со стороны экспериментатора. Характер и виды помощи, их последовательность строго фиксируются для каждого задания. При оценке выполнения этих заданий используется качественно-количественная оценка.

В ходе обследования рекомендуется также использовать задания одного рода, но постепенно возрастающей объективной сложности.

М.М. и Н.Я. Семаго определяют как необходимые следующие **условия проведения психологического обследования**.

1. *Помещение, оборудованное для индивидуальной работы.* В комнате, где проходит обследование, не должно быть предметов или оборудования, которые могли бы отвлекать или пугать ребенка (яркие плакаты, оригинальная мебель, стеклянные шкафы с медицинскими инструментами и т.п.).

2. *Обязательное «освоение» ребенка в комнате, где проводится обследование.* Непосредственно перед проведением обследования психолог должен выяснить и уточнить характер жалоб или претензий к ребенку, имеющих у обратившихся взрослых. Нежелательно, чтобы ребенок присутствовал при этом разговоре: он может в этот момент играть в другом углу комнаты, рисовать, знакомиться с обстановкой комнаты и т.д. Если у ребенка есть страхи, то разговор должен происходить после знакомства ребенка со специалистом и обстановкой.

3. *Установление достаточного контакта ребенка с психологом перед проведением обследования.* Желательно выяснить, как ребенку хочется, чтобы его называл психолог. Это дополнительно создает атмосферу доверия и теплоты. Ни в коем случае нельзя называть ребенка по фамилии.

В случаях, когда ребенок особенно непоседлив, гиперактивен, отказывается от обследования, не входит в контакт, не следует заставлять его делать что-либо. Стоит оставить ребенка с самим собой на 10—15 мин для свободной игры, с некоторыми детьми может помочь совместная игра (в мяч, другие подвижные игры). В критических случаях имеет смысл приостановить обследование на этапе ознакомления, предложив родителям прийти в следующий раз.

При проведении обследования лучше, если ребенок находится не через стол от психолога (позиция «глаза в глаза»), а *рядом или сбоку*. В этом случае контакт устанавливается быстрее, общение происходит легче. В то же время нельзя препятствовать ребенку, если он не захочет слезать с коленей матери, — в этом случае обследование проводится в данной позиции.

В зависимости от создавшейся ситуации, возраста ребенка иногда целесообразна такая позиция психолога, когда его глаза находятся на одном уровне с глазами ребенка. Особенно это плодотворно для установления и поддержания продуктивного контакта с детьми дошкольного возраста, а также с особенно трудно входящими в контакт.

4. *Адекватность поощрения и стимуляции ребенка.* В процессе обследования необходимо поддерживать положительный настрой в контакте с ребенком. В случае любого выполнения задания нужно давать короткие подкрепления: «Молодец!», «У тебя получается». Допускаются короткие невыраженные поощрения со стороны родителей.

Расторможенного гиперактивного ребенка нельзя одергивать «в лоб» — лучше убрать со стола посторонние вещи, методики, в данный момент не используемые, чтобы они не отвлекали ребенка, сказав при этом в качестве дополнительной мотивации: «А в это мы поиграем попозже».

Не следует пресекать попытки обращения ребенка к взрослому, можно лишь сказать: «Мама нам не может помочь». Школьнику 8—9 и более лет в случае особо мешающих родителей, выражающих выраженный контроль за деятельностью ребенка, можно предложить поговорить без родителей: «Давай поработаем без мамы».

5. *Относительность оценочных характеристик.* Категорически не допускаются какие-либо комментарии или оценки со стороны психолога, обращенные к родителям или к коллегам, присутствующим на обследовании.

Более того, психолог должен корректно пресекать все оценочные характеристики родителей в процессе обследования (типа «лопух», «неумеха») и предупредить их, что не следует после окончания обследования, по дороге домой и т.п. высказывать критические замечания по поводу неуспеха ребенка или отказа от работы.

Непосредственно влияющим на результаты обследования, их оценку и эффективность процесса диагностики и консультирования является поведение родителей. Необходимо критично относиться к их заявлениям, в особенности к высказываниям типа: «Он все это знает, дома все получалось, это только здесь не получается». Эти данные должны также фиксироваться и учитываться при формулировании психологического заключения и при выработке рекомендаций по дальнейшему развитию ребенка и помощи ему.

Процедура применения различных методик должна быть адекватна реальным возможностям обследуемого ребенка. Прежде всего следует убедиться, что он *понял* и *запомнил* сущность предлагаемого ему задания: инструкция, вполне доступная для понимания обычного ребенка, может оказаться не понятой ребенком с отклонением в развитии. В этом случае отрицательный результат выполнения задания отражает не возможности ребенка в исследуемой сфере, а степень понимания инструкции или объем **его** вербальной памяти и может стать причиной диагностической ошибки.

Процедура обследования должна быть адекватной возможностям испытуемого и по характеру стимульного материала, и по последовательности его подачи — в противном случае методика становится невалидной. При выраженных нарушениях слуха и речи следует использовать задания, не требующие речевого отчета. Инструкция может подаваться в форме демонстрации образца действий.

Одна из родоначальниц психодиагностики в США Ф. Гудинаф составила рекомендации, позволяющие избегать некоторых **распространенных ошибок при проведении обследования**. Она подчеркивает, в частности, что не следует отрывать ребенка от интересной для него деятельности ради обследования, так как он, даже подчинившись, наверняка не проявит необходимой заинтересованности, будет работать торопливо, рассеянно, и в итоге результаты будут искажены. Во всех случаях необходимо учитывать возможное влияние деятельности ребенка, непосредственно предшествовавшей обследованию.

Общий темп обследования должен быть приспособлен к индивидуальным особенностям ребенка: нельзя торопить медлительных детей и нужно быть готовым к быстрой смене заданий в случае высокого темпа умственной деятельности. Контроль за состоянием ребенка, учет возможных колебаний его настроения и мотивации необходимы на протяжении всей процедуры обследования. Психолог должен вовремя замечать у ребенка признаки скуки, усталости, волнения или физического дискомфорта и соответственно реагировать: прерывать обследование, менять характер задания, устраивать игровую паузу и т.д.

Недопустимым считается мотивировать ребенка путем сравнения его с другими детьми или через соревнование, прибегать к использованию или обещанию каких-либо наград, так как это вносит существенные отклонения в стандартные условия мотивации детей в процессе обследования.

Особенностью многих детей с отклонениями в развитии является незрелость мотивационной сферы, ее неустойчивость, низкий уровень познавательных интересов. Как высокая, так и низкая заинтересованность испытуемого во время эксперимента способна привести к снижению его продуктивности и результативности. Именно неустойчивость

мотивации может стать причиной чрезвычайного разброса полученных показателей у одного и того же испытуемого.

Причинами отсутствия интереса может быть непонимание смысла предложенного задания, снижение уровня общей работоспособности, быстро развивающееся утомление и связанное с ним чувство эмоционального дискомфорта. Экспериментатор должен помнить об этом и заранее предупреждать развитие утомления. Именно поэтому проведение эксперимента в специальной психологии носит дозированный характер.

Обследование, как и любая сложная деятельность, состоит из **отдельных этапов** (по О.Н. Усановой).

Предварительный этап — **сбор и анализ всестороннего анамнеза**, который включает отдельные блоки сведений (табл. 4).

Таблица 4 Мультимодальный анамнез

№ п/п	Блоки	Содержание
1	Данные медицинского обследования ребенка и подробный медицинский анамнез	Здоровье родителей до беременности матери. Протекание беременности, родов, первого послеродового периода. Последующее физическое развитие ребенка. Все тяжелые заболевания, перенесенные родителями до беременности. Заболевания матери во время беременности, ребенка на протяжении его жизни
2	Социологические и социально-психологические данные о семье ребенка	Возраст, образование и работа родителей. Сведения о других взрослых лицах, находящихся в семье и принимающих участие в воспитании данного ребенка и общении с ним. Сведения обо всех других детях данных родителей, их возрасте, образовании, роде занятий. Сведения о характере межличностных отношений в семье ребенка, об отношениях к нему и о его отношениях к членам семьи
3	Психолого-педагогические данные о психическом развитии ребенка до момента обследования	Сведения о двигательной активности, развитии речи, предметной деятельности, навыков самообслуживания, игры, социального общения. Кем и как воспитывался ребенок. Какую специальную педагогическую помощь получал на протяжении жизни (находился ли в специальном детском саду, в каком именно, сколько времени, занимался ли дома с педагогом, логопедом и т.д.)

При анализе этих данных учитываются следующие *параметры развития*:

- сроки — время начала и завершения различных этапов развития;
- темпы — скорость, интенсивность накопления определенных навыков и умений;
- спонтанность — степень самостоятельности ребенка в овладении разными видами деятельности;
- результативность — уровень развития, достигнутый ребенком к моменту обследования.

Одним из важных моментов для обследования и построения коррекционных мероприятий является выяснение *особенностей деятельности и поведения* ребенка. В связи с этим следует учитывать сведения о проявлениях обычного нетипичного (отклоняющегося от нормы) поведения и о ситуациях, влияющих на его изменение, а также об эффективности предшествовавшей работы по преодолению недостатков развития.

Первый этап — **наблюдение за поведением и деятельностью** ребенка. Его задача — отметить состояние отдельных сторон его психической деятельности в целях получения

общей характеристики развития. Фиксируются: внешний вид ребенка, его контактность, реакция на ситуацию обследования, направленность интересов и действий, организация внимания и деятельности, осмысленность работы, адекватность оценки своих действий.

На этом этапе целесообразно применение батарей тестов, разработанных для данного возраста (например, методики С.Д. Забрамной, Г. Витцлака и др.).

Важно отметить, как долго ребенок может концентрировать внимание на объекте деятельности, как переключает внимание на другие виды деятельности, как использует моменты отдыха, сопровождает ли свою деятельность речью.

У ребенка может отмечаться неустойчивость слухового внимания («мерцающее» внимание); отвлекаемость может сочетаться с беспорядочностью деятельности, частой сменой ее видов при отсутствии концентрации внимания; могут проявляться трудности распределения внимания между ручной деятельностью и речью.

В ходе наблюдения выявляются также нарушения в поведении — двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость и т.п.

Все выделяющиеся особенности внешнего вида и поведения, выполнения заданий, взаимоотношений с родителями или другими взрослыми в процессе обследования являются сами по себе диагностичными, отмечаются в протоколе обследования и позже должны быть проанализированы и отмечены в соответствующих разделах заключения.

При анализе данных наблюдения следует помнить, что симптомы нарушения психического развития многозначны и могут входить в разные синдромы.

Второй этап — углубленное изучение психических процессов с помощью психодиагностических и нейропсихологических методик. *Первая группа заданий* направлена на анализ уровня развития мышления и речи, сенсоперцептивных и мнемических процессов. Особое внимание уделяется выявлению сформированное™ высших психических функций, характера их взаимосвязи и причинной обусловленности нарушений в развитии.

Вторая группа заданий предназначена для школьников и включает изучение письменной речи, математических умений и навыков. Устанавливаются реальные возможности и особенности усвоения детьми знаний в процессе учебной деятельности, выясняется характер и причины затруднений в обучении.

Для определения уровня развития ребенка каждое задание может быть предъявлено в разных вариантах, при этом важно учитывать мотивировку задания (игровая, коммуникативная или учебная), объем материала, виды помощи в процессе выполнения, степень и эффективность этой помощи.

Н.Я. и М.М. Семаго выделяют этапы диагностического процесса в рамках работы школьной психологической службы.

1. *Выяснение жалоб и трудностей ребенка*, констатируемых родителями или педагогами.
2. *Ознакомление с имеющейся информацией и сбор психологического анамнеза.*
3. *Собственно психологическое обследование.*
4. *Экспресс-анализ результатов* (в том числе подтверждение или коррекция диагностической гипотезы), проводимый в процессе самой диагностики и позволяющий провести первичное консультирование родителей или педагогов непосредственно после обследования.
5. *Полный анализ полученных результатов, постановка психологического диагноза.*
6. *Составление заключения с формулированием психологического диагноза, вероятностного прогноза дальнейшего развития ребенка и рекомендаций* по комплексному сопровождению ребенка в образовательном пространстве.

Практическое занятие № 1

Тема: Теоретико-методологические основы диагностики нарушений психофизического развития **(2 часа)**

Цель: актуализировать и углублять знания о предмете, задачах, основных методологических принципах психолого-педагогической диагностики и этапах её осуществления.

Глоссарий: *психолого-педагогическая диагностика, скрининг-диагностика, дифференциальная диагностика, углубленное психолого-педагогическое изучение, психолого-педагогический диагноз*

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

1. Предмет и задачи психолого-педагогической диагностики.
2. Основные методологические принципы, на которых базируется психолого-педагогическая диагностика.
3. Основные этапы психолого-педагогической диагностики.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Дайте определения понятий: *психолого-педагогическая диагностика, скрининг-диагностика, дифференциальная диагностика, углубленное психолого-педагогическое изучение, психолого-педагогический диагноз* и подготовьтесь к терминологическому диктанту.
2. Раскройте принципы психолого-педагогической диагностики:
 - комплексности и всесторонности изучения,
 - системности и целостности изучения,
 - изучения с учетом процесса развития,
 - качественно-количественного анализа полученных данных,
 - индивидуального подхода в обследовании,
 - выявления и учета потенциальных возможностей ребенка,
 - единства диагностики и коррекции отклонений в развитии.
3. Опишите положения учения Л.С. Выготского, которые наиболее значимы для дефектологии, психолого-педагогической диагностики нарушений развития в частности.
3. По изученному материалу и дополнительно прочитанным источникам *представьте в таблице краткие сведения о взглядах Л.С. Выготского, Р.Е. Левиной, В.И. Лубовского и др. на проблему изучения нарушений развития:*

Период	Персоналии	Основные теоретические положения

ТЕМЫ ДЛЯ РЕФЕРАТОВ

1. Диагностика развития ребёнка в трудах Л.С. Выготского [2].
2. История социально-педагогического подхода к проблемам отклоняющегося развития в России [24, С. 73-83].

ЛИТЕРАТУРА Осн: 1, 2, 4, 5, 6, 7

Доп: 8, 11, 15, 24,

Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. // Собр. соч.: В 6 т. – М., 1984. – Т.5 – с.257-321.

Практическое занятие №2 (2 часа)

ТЕМА *Виды и методы диагностики нарушений психофизического развития*

Цель: *актуализировать и углублять знания о видах и методах диагностики нарушений психофизического развития*

Глоссарий: *психолого-педагогическая диагностика, скрининг-диагностика, дифференциальная диагностика, углубленное психолого-педагогическое изучение, психолого-педагогический диагноз*

Вопросы для обсуждения

1. Виды и функции диагноза.
2. Виды диагностики нарушений развития.
3. Значение дифференциальной диагностики для организации коррекционно-развивающего процесса.
4. Методы психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи.
5. Экспериментальные методики исследования когнитивной, эмоционально-волевой и личностной сфер у лиц с нарушениями речи.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Законспектировать материалы к вопросу №2 (СМ.. ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №2)

2. Подготовить сообщения:

Виды и функции диагноза.

Методы психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи.

литература:

Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь – справочник по психодиагностике. – СПб.: ПитерКом, 1999. – 528 с.

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с.

ВИДЫ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ

Скрининговая диагностика

Н.Я.Семаго, М.М.Семаго (2000):

- обычно проводится с группой детей и направлена на выделение детей, обладающих теми или иными свойствами (группой характеристик), оценивающих постоянство тех или иных психологических свойств у данной группы детей.
-

Л.Ф.Бурлачук, С.М.Морозов (1999):

- отсеивание (**скрининг**) психодиагностическая процедура предварительного, ориентировочного отбора испытуемых по принадлежности к той или иной диагностируемой группе.
-

Углубленная психологическая диагностика

Н.Я.Семаго, М.М.Семаго (2000) (некоторые авторы – В.И.Лубовский - разделяют **углубленную** и **дифференциальную** диагностику):

- проводится уже после выделения детей, имеющих какие-либо особенности развития;
 - является **интегративной** психологической диагностикой (с использованием данных клинической детской психологии, нейropsychологии детского возраста, психосоматики детского возраста, возрастной психологии, а также элементов педагогических, в частности – логопедических, и медицинских знаний) – ее основой является комплексная многоаспектная квалификация состояния ребенка;
 - ее конечным итогом является **психологический диагноз**;
 - **направлена** на выявление особенностей и уровня актуального развития ребенка, отражающих особенности формирования базовых составляющих психической деятельности, с целью определения путей развивающей и коррекционной работы, адекватных для ребенка вида и формы обучения;
 - **принципы** интегративной психодиагностики:
 1. построение гипотезы психологического обследования на основе целостного представления о ребенке, с привлечением знаний специалистов разнообразных отраслей,
 2. использование алгоритма изменения диагностической гипотезы в свете получаемых данных,
 3. построение процедуры обследования в соответствии с актуальным возрастом, особенностями поведения ребенка, а также с учетом взаимодействия в диаде взрослый – ребенок,
 4. проведение обследования и анализ полученных результатов с учетом основополагающих критериев деятельности ребенка: обучаемости, адекватности, критичности,
 5. использование методического аппарата, адекватного целям и гипотезе обследования, с учетом процедурных особенностей, позволяющих получать многофакторную (многофункциональную) информацию за счет технологии предъявления,
 6. анализ получаемых данных с применением технологий интегративной оценки результатов, дающий максимальную информацию не только о специфике развития и формирования различных функций и систем на феноменологическом уровне, но и позволяющего выявить комплекс и иерархию причин, приводящих к данному варианту развития,
 7. психолого – педагогическая квалификация уровня актуального развития с выходом на тип и структуру развития, постановка психологического диагноза.
-

Дифференциальная диагностика (лат differentia – различие, греч. *диагноз* – распознавание) – вид диагностики, устанавливающий отличие одного состояния от других, сходных по проявлениям.

Динамическое обследование

Н.Я.Семаго, М.М.Семаго (2000):

- прослеживание динамикам развития, эффективность обучения, развивающих и / или коррекционных мероприятий.
-

Итоговая диагностика

Н.Я.Семаго, М.М.Семаго (2000):

- оценка состояния ребенка «на выходе», в конце определенного этапа его обучения или цикла коррекционной работы.
-

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНЯТИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Наиболее важной, можно сказать, системообразующей частью анализа результатов и заключения является *психологический диагноз*, который завершает обследование и является основным его итогом.

Именно психологический диагноз как констатация одного из вариантов отклоняющегося развития со всеми его типологическими особенностями позволяет создать, с одной стороны, индивидуально-ориентированную, но с другой - типичную для данного варианта развития программу образования, специализированной помощи, то есть образовательный маршрут в целом. Сколько бы ни говорилось об индивидуальном подходе, личностно-ориентированной педагогике, на практике это возможно лишь с опорой на стандартную программу.

Таким образом, именно типологизация и постановка психологического диагноза является необходимой составной частью содержания деятельности психолога, тем более в системе специального образования.

Большинство психологов в качестве психологического диагноза рассматривает возрастно-психологическое заключение (феноменологическое описание результатов обследования ребенка) - аналог функционального диагноза в психиатрии. Как правильно отмечает Е.Л. Шепко, «чрезмерная развернутость обследования без опоры на какую-либо методологию (добавим, типологически обоснованную методологию) не помогает сделать психологический диагноз более содержательным». Таким образом, только «описательность», пусть даже и в рамках функционального диагноза, также оказывается недостаточной для эффективного решения задач сопровождения ребенка в образовательной среде коррекционного образовательного учреждения.

Среди различных подходов существует много теоретически верных определений психологического диагноза, например, то, которое приводит Л.Ф. Бурлачук: *Психологический диагноз* — это «...конечный результат деятельности психолога, направленной на выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния».

Понимаемый таким образом диагноз в основном ограничивается констатацией определенных индивидуально-психологических особенностей или симптомов, на основании которых строятся практические выводы, но при этом, как правило, невозможно сделать вывод ни об их причинах, ни об общей структуре развития ребенка. Такой диагноз еще Л.С. Выготский назвал «симптомологическим диагнозом» и констатировал его научную и практическую неэффективность.

Точно так же часто наблюдается и обратное - фактическая подмена психологической терминологии медицинской и зачастую описание особенностей состояния ребенка в форме медицинского (как правило, нозологического) диагноза. Психологический диагноз в таком случае фактически подменяется медицинским. Сколько раз в психологической литературе мы сталкиваемся с констатацией «задержки психического развития», «слабой умственной отсталостью», «психопатией», «невротическими состояниями» и т.п. Тем самым не только нарушаются деонтологические принципы, но и специалист психолог выходит за пределы собственного содержательного поля, одновременно теряя возможность дать психологически обусловленный прогноз развития ребенка, создать реально действующие психологические развивающие и коррекционные программы.

При этом забывается, что само понятие психологического диагноза не предназначено, не пригодно для индексации отдельных случаев, «навешивания ярлыка», а существует исключительно для общей ориентации, типологизации состояния ребенка и дальнейшей коррекционной помощи. Основная трудность постановки психологического диагноза психологом заключается в том, что специалист должен одновременно видеть и особенности наблюдаемых проявлений развития, и их причины (как биологического, так и социального характера), а также ресурсные и компенсаторные возможности самого ребенка.

В последнее время наблюдается общая тенденция (по крайней мере, среди специалистов, работающих в системе специального образования, то есть тех, кто ближе других сталкивается с отклоняющимся развитием и понимает сложность и однозначность проблемы постановки психологического диагноза и его содержательного наполнения) постановки диагноза отклоняющегося развития аналогично построению функционального диагноза в психиатрии.

В связи с выраженной психиатрической детерминацией классически определяемого понятия и содержания функционального диагноза современными авторами предлагается приближенная к задачам и условиям образования модификация его понятия. Можно привести определение функционального диагноза, данное И.А. Коробейниковым в одной из его последних работ: *Функциональный диагноз...* - это комплексная характеристика индивидуальных особенностей психосоциального развития ребенка, включающая в себя оценку реального вклада и конкретных проявлений церебро-органических расстройств, психологической структуры психической деятельности и качества сформированности основных социальных навыков (поведенческих, коммуникативных, учебно-познавательных).

Из формулировки видно, что подобный подход к диагнозу правомерен в первую очередь в условиях междисциплинарной работы команды специалистов, включающей различные профессиональные области: педагогику, социальную работу, медицину и психологию. В дальнейшем автор комплексного подхода к постановке диагноза детализирует уровневую структуру функционального диагноза, рассматривая феноменологический, индивидуально-типический, индивидуально-психологический уровни.

В то же время, как видно из такого понимания функционального диагноза, в нем не уделено место для психологического диагноза как такового, психологу (как, впрочем, и любому другому специалисту команды) не предоставлена возможность поставить *свой* диагноз, который лишь потом будет согласовываться с диагнозами других специалистов, если речь идет о консилиумной деятельности. Напомним, что *принцип автономности получения диагностической информации*, при следовании которому массив первичных диагностических данных и аргументированное заключение (психологический диагноз) представляется психологом самостоятельно, упоминается как один из основных принципов деятельности ПМПК.

В большинстве случаев психологу фактически отводится роль специалиста по феноменологическому описанию состояния психических функций и таких психологических составляющих, как особенности межличностных отношений, самооценка, уровень притязаний; получается, что у него нет права типологизации состояния ребенка (то есть постановки непосредственно диагноза в его психологическом звучании). Тем самым фактически отрицается его участие в определении вероятностного прогноза развития (в первую

очередь - прогноза обучения) и тем более определении образовательного маршрута дальнейшего коррекционно-развивающего обучения. До сих пор это в основном является прерогативой специалистов педагогического профиля, что отражено даже в рекомендуемой рабочей документации ПМПК. А роль специалиста, ставящего диагноз, отводится медику. Тем самым психолого-педагогическая трактовка состояния ребенка фактически подменяется медицинским диагнозом, о чем пишет И.А. Коробейников и другие современные методологи специальной психологии.

Обозначая место психолога как специалиста, который определяет и координирует процесс психолого-педагогического сопровождения ребенка, участвует на равных в решении вопроса о характере обучения (в широком смысле - об определении образовательного маршрута ребенка), мы не можем не считать выработку психологического диагноза важнейшей задачей в деятельности психолога, во многом определяющей характер и специфику назначаемого развивающе-коррекционного обучения, образовательного маршрута в целом.

Подобная смена взгляда на роль и деятельность психолога становится возможной лишь при переходе к *типологическому диагнозу*, заключающемуся в определении места и значения полученных данных в целостной динамической картине развития ребенка, т.е. к типологии, основанной на изучении реальных форм и механизмов детского развития, обнаруживающих себя в тех или иных симптомокомплексах.

Наиболее полный анализ понятия и содержания психологического диагноза проведен А.Ф. Ануфриевым. Вслед за ним мы рассматриваем понятие психологического диагноза как отнесение состояния ребенка к устойчивой совокупности «...психологических переменных, обуславливающих определенные параметры деятельности или состояния обследуемого».

В предыдущих наших работах приводилась классификация отклоняющегося развития, описывались макроединицы, или базовые составляющие психического развития как устойчивые сочетания психологических переменных... Все это позволяет говорить о возможности использования предлагаемой типологии в целом в качестве *психологического диагноза*, основными классификационными критериями которого является паттерн сформированности базовых составляющих развития. Устойчивый для

определенной категории детей паттерн базовых составляющих можно рассматривать как *основной психологический синдром*.

В Приложении 1 приведена классификация различных видов отклоняющегося развития, построенная по аналогии с международной классификацией МКБ-10. Как и в МКБ-10, помимо основного синдрома существуют и дополнительные оси анализа. К таким дополняющим основные психологические синдромы показателям, в первую очередь влияющие на характер адаптации ребенка в образовательной среде, относятся: уровень общего психического тонуса; особенности функциональной организации мозговых систем (профиль латеральных предпочтений). В таком расширенном определении психологический диагноз начинает приближаться к диагнозу развития в том качестве, как его описывал Л.С. Выготский.

На данный момент для решения диагностических и коррекционных задач предлагаемая классификация представляется нам вполне достаточной, а определяемые таким образом психологические диагнозы понятными не только психологам, но и другим специалистам.

Подобный подход служит практической основой для определения эффективных программ коррекционно-развивающей работы психолога в структуре психолого-педагогического сопровождения и, как уже отмечалось, дает возможность представить прогноз дальнейшего развития ребенка.

Типологический анализ (а, следовательно, и психологический диагноз) должен быть продуктивен именно для специального психолога, для специалиста коррекционного учреждения образования. В значительной степени он позволяет выделить деятельность психолога в отдельную содержательную область, которая тесно переплетается с профессиональными областями деятельности других специалистов сопровождения и в то же время в своем терминологическом выражении является достаточно понятной для них, но остающейся исключительно психологической.

Психодиагностика нарушений развития у детей

Занятия психологической диагностикой в конкретной области требуют наличия знаний об объекте исследования и четких представлений о предмете и задачах. Поэтому прежде всего охарактеризуем в самом общем виде сложную популяцию детей, определяемую как дети с нарушениями (или с недостатками) развития. Это дети, у которых вследствие врожденной недостаточности или приобретенного (во время родов или в результате травмы или заболевания в первые годы жизни) повреждения сенсорных органов, двигательного аппарата или центральной нервной системы нарушается развитие соответствующих психических функций. Так, при повреждении глаза нарушается развитие зрительного восприятия, при повреждении внутреннего уха или слухового восприятия, при повреждении внутреннего уха или слухового нерва страдает слуховое восприятие. Повреждение речевых зон коры мозга и аномалии органов речи нарушают речевое развитие. При поражении двигательных зон коры мозга страдает моторное развитие. Диффузное поражение коры головного мозга ведет к более или менее грубым недостаткам аналитико-синтетической деятельности мозга в целом, что проявляется прежде всего в нарушениях умственного развития.

Нарушение формирования слуховых сенсорно-перцептивных процессов при глухоте и тугоухости, отсутствие или недостаточность зрительных ощущений и восприятий у незрячих и слабовидящих, нарушение аналитико-синтетической деятельности мозга при умственной отсталости определяются как основные, или первичные, нарушения психического развития. Первичные нарушения вызывают, в свою очередь, недостатки второго, третьего и т.д. порядка. Все недостатки психического развития, наблюдающиеся, например, у неслышащих, слабовидящих, умственно отсталых, взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Системная обусловленность нарушений развития психических процессов впервые в отечественной психологии рассматривалась еще в 1920-х гг. Л.С.Выготским (1983) на материале изучения психической деятельности при глухоте, слепоте и умственной отсталости.

При глухоте, например, основным, первичным дефектом является отсутствие или грубая недостаточность слухового восприятия. В качестве вторичного дефекта выступает нарушение речевого развития, так как словесная речь при отсутствии слуховой обратной связи спонтанно (как это имеет место у слышащего ребенка) не развивается. Нарушение речевого развития, в свою очередь, вызывает в качестве недостатков третьего порядка дефекты формирования мыслительной деятельности (особенно это касается отвлеченного вербально-логического мышления). Недостатки мышления определенным образом сказываются на развитии личности.

При диффузном повреждении головного мозга первичным дефектом является нарушение формирования аналитико-синтетической деятельности, что в первую очередь проявляется в недостатках мышления, умственной деятельности и составляет основной симптом умственной отсталости. Недостатки аналитико-синтетической деятельности вторично обуславливают нарушения развития других, в том числе высших, психических функций: произвольного внимания, памяти, речи и т.д.

В результате сложного сочетания первичных и вторичных недостатков образуется сложная картина психического развития, которая, несмотря на значительный разброс индивидуальных различий, имеет свою специфику в пределах каждого типа нарушенного развития.

Эта специфика определяет необходимость создания специальных образовательных условий, адекватных для детей каждой категории (каждого типа нарушенного развития). Конкретно эти условия выражаются в специальных программах, методах и других средствах обучения, соответствующих

каждому этапу развития ребенка, начиная с раннего периода его жизни и продолжая в дошкольный и школьный периоды.

Только адекватные и оптимальные условия, т.е. соответствующие содержание и методы обучения, необходимые технические средства, адекватная образовательная среда и специально подготовленные педагоги могут обеспечить эффективную коррекцию имеющихся у ребенка недостатков и максимальное развитие его способностей.

Выявить своеобразие психического развития ребенка, его психологические особенности и является главной задачей психодиагностики нарушений развития. Понимание этих особенностей позволяет определить основное направление обучения ребенка с недостатками развития, т.е. тот тип образовательного учреждения, который является адекватным для него, а также наметить основные указания к индивидуальному плану обучения. Эти указания определяются тем, какая степень выраженности основного, первичного недостатка и какие проявления вторичных и последующих дефектов развития обнаружены. Например, констатируя умственную отсталость, психолог, кроме того, отмечает сильно выраженные затруднения в пространственной ориентировке, или нарушения речевого развития, или грубые недостатки произвольного внимания. Обнаруженные особенности и определяют рекомендации к обучению ребенка, включая как основное содержание программы, так и дополнительные индивидуальные коррекционные занятия.

Отсюда становится ясным, что система обучения детей с недостатками развития — та из областей педагогической практики, где психологическая диагностика имеет особо важное значение. Психодиагностика здесь является важной составной частью комплексного, проходящего с учетом разных специалистов обследования, на основании результатов которого решается судьба ребенка, имеющего нарушения в развитии сенсорно-перцептивных функций, моторики, умственной деятельности или эмоционально-волевой сферы. При всех этих недостатках, как отметил еще Л. С. Выготский, нарушается психическое развитие, развитие личности ребенка в целом. Естественно, что оценить особенности психического развития наиболее полно и всесторонне можно, лишь применяя психологические методы диагностики, различные психологические диагностические методики.

Неудивительно поэтому, что, когда печально знаменитым постановлением ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе наркомпросов», опубликованным в 1936 г., было запрещено применение тестов и прекратилась на многие годы разработка психологических тестовых методик, при обследовании детей в целях отбора в специальные школы психологические диагностические методики продолжали применяться: обойтись без них было невозможно. Развивающаяся система обучения детей с недостатками развития, которая включает специальные детские сады и группы, специальные школы-интернаты и школы, специальные классы при обычных школах, не может существовать без отбора и диагностики детей с отклонениями в развитии¹.

¹ Нельзя не отметить еще одну весьма существенную особенность психологической диагностики нарушений развития: это область, в которой родились современные интеллектуальные тесты и сформировались основные понятия, используемые при диагностике умственных способностей или уровня умственного развития. Такими понятиями являются «умственный возраст» и «интеллектуальный коэффициент».

сказать, что определенные причины отрицательного отношения к интеллектуальным тестам в то время были. Во многих случаях при обследовании детей, отстающих в учении в обычных школах, для того чтобы определить, не являются ли они умственно отсталыми, интеллектуальные тесты (в частности, тесты Бине — Симона) применялись в качестве единственного диагностического средства, а интеллектуальный коэффициент служил единственным показателем умственной отсталости. При этом чаще всего тесты применялись не специалистами-психологами, а людьми, не имеющими

необходимых знаний, — учителями, администраторами. Неквалифицированное применение тестов неизбежно вело к тому, что не принимались во внимание особенности личности ребенка, условия и особенности его развития, задания применялись неверно. Игнорировалась клиническая характеристика ребенка, т.е. состояние его здоровья во всех аспектах. В результате многие дети с нормальными возможностями психического развития оценивались как умственно отсталые и направлялись во вспомогательные школы. Число вспомогательных школ стало непропорционально расти, а в некоторых регионах количество детей, диагностированных как умственно отсталые, достигло 8 % от всей школьной популяции, что примерно в 3 раза превышает реальный показатель распространенности умственной отсталости.

Осознавая все это, психологи и другие специалисты, принимавшие участие в диагностике и отборе детей в специальные детские учреждения, пришли к необходимости развернутого обоснования и закрепления в практике комплексного подхода к диагностике нарушений развития и отбора детей в специальные детские учреждения. Опираясь на ряд положений Л.С.Выготского и его соратников, используя наиболее передовые идеи зарубежной дефектологии, отечественные специалисты сформулировали основные принципы диагностики в целях отбора детей с недостатками развития: комплексное изучение ребенка с участием разных специалистов — врачей разных специальностей, психолога, педагогов; системный и качественный анализ выявляемых нарушений развития психической деятельности (в отличие от чисто количественного подхода, который реализуется при использовании стандартизованных тестов); учет возрастных особенностей ребенка и условий его развития; выявление не только актуальных, но и потенциальных возможностей обследуемого.

Идея комплексного подхода к диагностике нарушений развития была высказана еще А. Бине и Т. Симоном, которые в своей книге «Ненормальные дети», вышедшей в переводе в России в 1911 г., писали, что «врач, пользуясь лишь своими врачебными приемами, не в состоянии установить умственный уровень ребенка» и «его задачей является не столько определить с точностью уровень умственных способностей ребенка, сколько угадать состояние его мозга и дойти путем всех найденных симптомов и добытых путем расспроса сведений до причины болезни».

Психолог в свою очередь на основании получаемых им данных об уровне и особенностях умственного развития не может устанавливать клинический диагноз.

В настоящее время комплексный подход к диагностике закреплён в Положениях об отборе детей с нарушениями развития, которые разработаны применительно к каждому типу специальных дошкольных учреждений и школ.

Системный подход сейчас заявляется как один из основных принципов всех психологических исследований. Принцип качественного анализа взамен чисто количественной оценки обсуждается во многих научных публикациях и практических руководствах по диагностике нарушений развития как отечественных, так и зарубежных авторов. Показаны возможности качественного анализа нарушений развития путем применения экспериментально-психологических методик в условиях клинического длительного изучения. Такой анализ, включающий рассмотрение способов выполнения заданий, особенностей деятельности ребенка и его поведения в условиях обследования, позволяет выявлять потенциальные возможности обследуемых и прогнозировать их развитие. В виде примеров клинико-психологических исследований, в которых реализовался принцип качественного анализа, могут быть приведены работы А.Р.Лурия и его сотрудников, Б.В.Зейгарник и других отечественных психологов, а из зарубежных — книга американского психолога Э.Хейссерман (1958), в которой она описывает

свою систему диагностики нарушений развития, основанную на анализе всей деятельности ребенка в экспериментальной ситуации.

Но, несмотря на то что принципы диагностики нарушений развития были разработаны, практика психологической диагностики при отборе детей с недостатками развития в специальные образовательные учреждения находится на том же уровне, на котором она оказалась в конце 1930-х гг. после запрещения применения психологических тестов. Из всех перечисленных выше диагностических принципов реализуется лишь комплексный подход, собственно же психологическая диагностика осуществляется на интуитивно-эмпирическом уровне. Связано это с тем, что, отказавшись от применения стандартизованных психологических тестов, психологи должны были иметь какие-то инструменты для обследования и в качестве таких инструментов стали применять отдельные задания из тех же тестовых батарей, задания, которые, по субъективному мнению каждого конкретного диагноста, дают наиболее показательные результаты. Количественная оценка заменяется эмпирической, субъективной. В пособиях по диагностике нарушений развития содержится описание многочисленных разрозненных методик, в лучшем случае снабженных описанием того, как эти задания выполняют нормально развивающиеся дети и как действуют дети с отклонениями в развитии, причем эти описания даются без учета возрастных изменений. Никаких точных указаний к оценке результатов выполнения предлагаемых заданий и даже к выбору методик (поскольку все описываемые в этих пособиях методики применить просто невозможно) не дается.

Между тем задачи психологической диагностики по сравнению с 1930— 1940-ми гг. значительно усложнились. Если тогда основной задачей было выявление отставания в умственном развитии в форме умственной отсталости, то в настоящее время, когда существуют детские сады и школы для умственно отсталых, для детей с задержкой психического развития, детей с недостатками речи, незрячих, слабовидящих, глухих, слабослышащих, для детей с недостатками опорно-двигательного аппарата, необходимо тонко дифференцировать степень и характер нарушений умственного и речевого развития, выявить, первичными или вторичными являются эти нарушения, оценить особенности нарушений психического развития при недостатках зрения, слуха, двигательной системы. Именно от этого зависит, в учреждение какого типа должен быть направлен ребенок и какую программу обучения он может осваивать в той или другой специальной школе или дошкольном учреждении.

Таким образом, становится очевидным значение собственно психологической диагностики: для выявления особенностей психического развития психодиагностические методики являются наиболее адекватным методом.

Где же выход из создавшегося положения? Как преодолеть разрыв между наличием теоретических принципов и отсутствием средств их реализации, т. е. соответствующих диагностических методик.

Накопление данных психологического изучения детей с различными недостатками показало, что каждый тип нарушенного развития имеет определенную, только ему свойственную психологическую структуру. Эта структура определяется наличием конкретного первичного нарушения психического развития, связанного с каким-то органическим повреждением (повреждение речевых зон, или разлитое поражение коры мозга, или повреждение органа слуха и т.д.) и сочетанием вторичных нарушений, обусловленных первичным дефектом и условиями развития. До настоящего времени мы не имеем полного представления о структурах разных нарушений психического развития. В отношении некоторых нарушений пока нет даже однозначных представлений о первичном недостатке. Это, в частности, относится к умственной отсталости и задержке психического развития. Однако это не снимает факта наличия специфической психологической структуры у детей обеих этих

категорий. Каждый опытный педагог и психолог, работавшие с детьми с задержкой психического развития и с умственно отсталыми, четко их различают на интуитивно-эмпирическом уровне, хотя и затрудняются в обобщенном описании различий, т.е. в формализации своих эмпирических знаний.

Все это говорит о том, что даже неполные, первоначальные данные о психологических структурах существенны для практической ориентации в своеобразии разных нарушений развития. Не меньшее значение эти данные имеют и для исследователей, занимающихся разработкой диагностических методик, так как указывают на частные нарушения, элементы в конкретной структуре, которые необходимо анализировать.

Значительные трудности в выявлении психологических структур при нарушениях развития связаны с тем, что нередко аналогичные или сходные психологические проявления наблюдаются у детей, относящихся к разным типам нарушенного развития.

Так, например, недостатки мышления могут наблюдаться при умственной отсталости, задержке психического развития и общем недоразвитии речи. Но если в последнем случае они носят вторичный характер, являются следствием значительного отставания в речевом развитии, то при умственной отсталости и задержке психического развития они являются первичным дефектом, следствием органической и функциональной недостаточности мозга.

В свою очередь, нарушения речевого развития могут быть как первичными (у детей с общим недоразвитием речи), так и вторичными (что наблюдается нередко при умственной отсталости, при нарушениях слуха, иногда при задержке психического развития).

Таким образом, разные причины могут вызывать сходные проявления нарушенного развития, и наличие одной и той же причины (одного и того же первичного дефекта) не ведет обязательно к полному сходству всех проявлений психической деятельности. Отсюда становится очевидным, что для определения структуры нарушенного психического развития в каждом конкретном случае необходимо выделить элементы структуры, которые являются определяющими.

Структурный анализ нарушений развития может иметь очень важное значение для отбора психологических диагностических методик (из обширного существующего «арсенала») и для разработки новых, оригинальных методик, направленных на выявление наличия и степени выраженности той или иной психологической особенности.

Что касается оценки степени выраженности нарушения (в первую очередь это касается оценки степени выраженности интеллектуальной недостаточности), то здесь особо важное значение имеет использование представлений Л. С. Выготского с зонах актуального и ближайшего развития, о роли помощи взрослого в раскрытии потенциальных возможностей ребенка, его «обучаемости», как теперь принято говорить. Эти представления Л. С. Выготского нашли свое практическое методическое развитие в разработке обучающего эксперимента (Т.В.Егорова, 1973; А.Я.Иванова, 1976; и др.). Обучающий эксперимент, где предусматривается оказание дозированной помощи ребенку, позволяет не только видеть, но и точно измерять продвижение ребенка в решении задачи в зависимости от объема или формы оказанной ему помощи и определять, в какой мере помощь в решении одной задачи влияет на поведение ребенка в других аналогичных проблемных ситуациях, т.е. в какой мере эта помощь усваивается и новое решение, операция, действие входят в репертуар соответствующего вида деятельности ребенка.

Важное значение для психодиагностики в рассматриваемой области имеет знание общих и специфических закономерностей психического развития.

Еще Л.С.Выготский отмечал, что психическое развитие детей с умственными и физическими недостатками подчиняется тем же основным закономерностям, что и развитие детей без таких недостатков. К таким наиболее общим закономерностям, в частности, относятся последовательная смена ступеней развития, определенная последовательность в динамике развития основных психических функций (например, в развитии мышления как последовательные ступени формируется наглядно-действенное, наглядно-образное, а затем словесно-логическое мышление), наличие сензитивных периодов формирования психических функций, ведущая роль обучения.

Затем может быть выделен целый ряд закономерностей, не наблюдающихся в развитии «нормальных» детей, но характерных для всех типов (категорий) нарушенного развития. Кроме того, отмечается, что есть и специфические закономерности (или особенности развития), которые свойственны только некоторым типам нарушенного развития и не наблюдаются при других недостатках.

Остановимся на вопросе о закономерностях нарушенного развития несколько подробнее. Следует при этом оговориться, что в связи с преимущественно прикладной направленностью психологических исследований в дефектологии, подобным теоретическим вопросам уделялось очень мало внимания, и мы имеем лишь самые общие представления об этой проблеме. Более или менее определенно можно говорить лишь о таких общих закономерностях, как отмеченные еще Л.С.Выготским при всех нарушениях развития трудности во взаимодействии с окружающим миром; позднее были выделены недостаточность словесного опосредствования (в частности, нарушения вербализации), снижение скорости приема и переработки информации, трудности кодирования (недостаточность символических процессов), замедленность формирования понятий и некоторые другие (В.И.Лубовский, 1971, 1978).

Что же касается специфических закономерностей, то их установлено гораздо меньше. Это значит, что такого рода данных, имеющих особо важное значение для дифференциальной диагностики, пока мало. Можно привести лишь отдельные, специфические закономерности, характерные для детей с недостатками умственного развития. Так, в ряде исследований у умственно отсталых детей установлена возможность образования довольно сложных условных связей без вербализации, т.е. с качественно иным, чем у нормально развивающихся детей, участием словесной системы (В.И.Лубовский, 1978). Некоторые исследователи в качестве специфической закономерности психической деятельности детей с задержкой психического развития отмечают низкий уровень познавательной активности при относительно высоких потенциальных возможностях обобщения и отвлечения, что отчетливо выступает в условиях оказания детям помощи или при введении мотивации, более значимой для них, чем учебная.

Недостаточная изученность специфических закономерностей, характерных для каждого конкретного типа нарушения развития, связана прежде всего с особенностями истории специальной психологии, которая закладывалась как отдельные направления: психология умственно отсталых, психология глухих, психология слепых. При этом, естественно, исследователи сравнивали обнаруживаемые особенности и закономерности развития с теми, которые наблюдаются у нормально развивающихся. Таким образом, выступали отличия детей данной категории от нормально развивающихся, среди которых могли быть как особенности, общие для аномальных детей всех категорий, так и действительно специфические для данной конкретной категории. Но часто за специфические особенности детей данной категории принимались некоторые признаки (или закономерности), общие для нескольких совершенно разных типов нарушений развития. Примеры такого ошибочного понимания специфичности особенностей нарушенного развития уже неоднократно рассматривались (В.А.Лубовский, 1971, 1978). Происходило это именно вследствие того, что до недавнего времени в

специальной психологии отсутствовали сравнительные исследования. Такие исследования, широко развернувшиеся в 1970— 1980-е гг., дают основание для более глубокого подхода к пониманию проблемы специфических закономерностей при различных психических и физических недостатках.

Исходя из общих представлений об основных закономерностях развития психической деятельности детей с психическими и физическими недостатками, о существенных компонентах, определяющих своеобразие структуры нарушенного психического развития и ее отличия от психологической структуры нормального развития, а также о различных вариантах соотношения этих компонентов при разных формах нарушенного развития, могут быть [предложены определенные пути для оценки результатов психологического диагностического обследования в значительной мере [независимо от того, с помощью каких тестовых заданий эти дан- / ные получены. Единственным важным условием является достаточно полный охват обследованием всех основных компонентов структуры. К таким компонентам относятся как совершенно очевидные, определяющие нарушения, связанные с повреждением органов зрения, слуха и двигательной системы — нарушения зри- ' тельного восприятия, слухового восприятия, нарушения двигательной активности (в том числе и прежде всего нарушения психомоторики), так и особенности речевого развития, развития мыслительной деятельности, а также потенциальные возможности усвоения нового материала, овладения новыми навыками (в частности и прежде всего навыками решения новых интеллектуальных задач) и возможности переноса усвоенного в новые условия. Все перечисленные потенциальные возможности в целом допустимо рассматривать в качестве некоторого единства, определяемого как обучаемость ребенка.

Соотношение проявлений всех перечисленных выше компонентов в структуре дефекта определяет психологическое своеобразие каждой категории нарушенного развития. Для характеристики нарушения развития, т.е. для отнесения обследуемого ребенка к конкретной категории (типу), должны быть определены первичное (основное) нарушение и наиболее существенные вторичные недостатки развития, степень выраженности первичного недостатка и потенциальные возможности познавательной деятельности ребенка.

Оценка степени выраженности нарушения является достаточно сложной задачей. Вместе с тем такая оценка очень важна: почти все компоненты, которые определяют своеобразие развития (кроме связанных с состоянием зрительной, слуховой и опорно-двигательной систем), входят в структуру всех категорий нарушенного развития. И лишь соотношение этих компонентов и их «удельный вес», т.е. определенные количественные показатели, действительно позволяют отнести объект психодиагностического обследования к той или иной категории нарушенного развития. Многочисленные исследования, проведенные как в нашей стране, так и за рубежом, доказывают, что психодиагностические методики, оценка результатов применения которых производится чисто количественно и основывается на математическом сопоставлении со среднестатистическими показателями (т. е. стандартизованные тесты), не позволяют осуществлять достоверную, надежную дифференциальную психодиагностику с точностью, необходимой для различения детей, представляющих разные категории, но имеющих некоторые сходные психологические проявления, в особенности в сфере мышления и речи.

Вместе с тем так называемые качественные различия всегда представляют собой результат накопления количественных сдвигов (диалектический переход количества в качество). Именно поэтому для дифференциации нарушений развития целесообразно применять определенную количественную оценку состояния той или иной функции, чтобы при использовании всех показателей иметь возможность получить качественно своеобразную картину.

В виде первого шага к разрешению этой сложной ситуации предлагается таблица 8, позволяющая в первом приближении сочетать качественный, структурный анализ с количественной оценкой недостатков развития психических функций (В.И.Лубовский, 1989). Одним из достоинств этой таблицы является возможность использования данных, полученных с помощью любых диагностических методик. Необходимо только, чтобы были обследованы все отражаемые в таблице функции.

Количественная характеристика степени выраженности недостаточности отраженных в таблице психических функций может быть представлена как: I — отсутствие недостаточности, состояние функции, соответствующее уровню нормального развития (или близкое к нормальному), II — слабые или умеренно (в «средней» степени) выраженные нарушения развития функции, III — грубая недостаточность функции (табл. 8).

Такое деление, естественно, является условным. Было бы, вероятно, лучше выделять четыре степени (уровня) состояния функции — нормальный уровень, слабо выраженная недостаточность, средняя степень недоразвития и грубая недостаточность. В этом случае, несомненно, можно было бы точнее дифференцировать различные (особенно близкие) недостатки развития.

Однако в любом случае совершенно необходимо оговорить, что понимается под каждой выделенной степенью выраженности функции (или степенью недостаточности).

Таблица 8

Оценка уровня сформированности психических процессов

Категория	Степень выраженности недостаточности								
	мышления			речи			обучаемости		
	1	II	III	I	II	III	1	II	III
(тип)	(отсут-	(сред-	(гру-	(отсут-	(сред-	(гру-	(отсут-	(сред-	(гру-
нару-	ствие	няя)	бая)	ствие	няя)	бая)	ствие	няя)	бая)
шенного	недо-			недо-			недо-		
развития	статоч-			статоч-			статоч-		
	ности)			ности)			ности)		

Рассмотрим здесь характеристики только тех функций, которые охватываются таблицей. Что же касается степени нарушения зрительных, слуховых и моторных функций, то для их оценки используются обычно медицинские и физиологические (клинические и параклинические) показатели, достаточно четко разработанные и имеющие количественное выражение (например, острота зрения). В то же время для оценки уровня сформированности психических процессов таких четких показателей нет, и обычно исследователи прибегают к эмпирической оценке. В этих случаях описание совокупности признаков, которые могут применяться в качестве критериев, позволяет в значительной степени преодолеть этот эмпиризм.

Начнем с оценки состояния мыслительной деятельности. Достаточно надежно она может быть произведена только в том случае, если имеются данные, характеризующие все три вида мышления: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое. Это обязательно должно быть предусмотрено при подборе диагностических методик. К нормальному уровню развития мышления

могут быть отнесены случаи, когда выполнение заданий, требующих участия всех трех видов мышления, осуществляется примерно так же, как это наблюдается у нормально развивающихся детей того же возраста или несколько хуже (последнее относится особенно к развитию словесно-логического мышления как наиболее сензитивного ко всем неблагоприятным условиям развития ребенка и в несколько меньшей степени к наглядно-образному мышлению).

Если при этом наблюдаются некоторые затруднения при решении задач наглядно-действенного характера, следует выяснить, не имеют ли они вторичной природы, а именно: не связаны ли они с непониманием инструкции или с дефектами моторики. Для этого целесообразно использовать задания для оценки мелкой моторики, предложенные Н.И.Озерецким (1928), например укладывание спичек в коробок. Неловкость при решении задач наглядно-действенного характера не дает основания для снижения оценки успешности их решения.

Точно так же при оценке успешности решения словесно-логических заданий не следует придавать значение недостаткам речевой формы ответов, некоторым неточностям, если в целом видно, что ребенок понимает смысл задания и его решение идет в правильном направлении. Приравнивать к нормальному уровню выполнения можно и решения, достигаемые ребенком после оказания ему помощи. Это относится к оценке решения не только словесно-логических заданий, но задач наглядно-действенного и наглядно-образного характера.

Во всех случаях, при предъявлении любых заданий, необходимо убедиться в том, что ребенок понял и усвоил инструкцию.

Проводящему обследование важно всегда иметь в виду, что даже нормально развивающийся ребенок в 7 лет в состоянии безошибочно воспринять и усвоить инструкцию объемом в среднем в 7 — 8 слов. Когда объем инструкции увеличивается и превышает индивидуальный объем памяти хотя бы на одно слово, происходят как бы выпадения ее частей. Обычно при этом выпадают средние звенья инструкции, что может привести к искаженному пониманию ее содержания или даже к полному непониманию. В таких случаях следует расчленить инструкцию и давать ее в виде 2 — 3 коротких предложений, предлагая запоминать ее по частям.

Как легкая и средняя степени нарушения развития мышления могут оцениваться случаи, когда количество выполненных мыслительных заданий, даже при условии оказания помощи ребенку, на 25 — 30 % меньше среднего их количества, выполняемого нормально развивающимися детьми. Чаще всего (что особенно характерно для детей с задержкой психического развития и детей с общим речевым недоразвитием) невыполненными оказываются задания словесно-логического характера, а также часть наглядно-образных заданий.

К тяжелой степени нарушения развития мыслительной деятельности относятся случаи невыполнения большинства заданий, несмотря на оказанную обследуемому ребенку помощь. В наиболее тяжелых случаях, при грубых нарушениях развития мышления и познавательной деятельности в целом, очевидные трудности возникают уже при восприятии и усвоении инструкции. Иногда при этом, даже добившись полного воспроизведения инструкции, обследующий обнаруживает, что ребенок ее не понимает. Такие факты имеют место при изучении умственно отсталых детей.

Оценивая состояние речевого развития ребенка, психологу следует принимать во внимание как собственные данные, полученные им при анализе понимания ребенком инструкций, названия им объектов, используемых при обследовании, ответов на задания, спонтанных высказываний и высказываний во время беседы с ним, так и данные специального изучения особенностей речи ребенка, т.е. результаты логопедического обследования. Принимаются во внимание особенности

фонетико-фонематической стороны речи, словарного запаса и грамматического строя высказываний ребенка.

Нормальный уровень речевого развития (отсутствие нарушений) фиксируется в тех случаях, когда состояние всех трех сторон речи близко к тому, что наблюдается у нормально развивающихся детей. Недостатки произношения отдельных звуков, некоторая ограниченность активного словаря и недостаточная сформированность грамматического строя (например, трудности в употреблении и понимании некоторых предлогов, творительного падежа, неупотребление сложных предложений, упрощенность структуры высказываний, что характерно для детей с задержкой психического развития) не снижают оценки речевого развития как нормального. Важно, чтобы в пределах бытовой тематики активная речь была в основном правильной.

Существенное значение в оценке речевого развития как нормального имеют возможности ребенка переводить речь из внутреннего плана во внешний, что происходит, например, при описании ребенком картинки или при его спонтанных высказываниях.

Средняя степень недостаточности речи фиксируется в тех случаях, когда в истории развития ребенка (старшего дошкольного и младшего школьного возраста) отмечаются позднее появление слов (при этом они были сильно искажены), задержанное появление первых фраз, ограниченность словаря, дефекты произношения отдельных звуков и недостатки в грамматическом оформлении фраз.

К грубым недостаткам речевого развития относятся случаи, когда на рубеже дошкольного и школьного возраста наблюдаются трудности во внутреннем программировании и речевом оформлении высказываний, выраженные недостатки грамматического строя, бедность словаря, который состоит лишь из высокочастотных слов, недостатки произношения нескольких групп звуков, трудности в различении фонем.

Сложнее рассматривать степень недостаточности обучаемости. Для ее оценки необходимо учитывать все показатели наличия переноса усваиваемых операций, приемов, действий в условия новой сходной задачи, а также все данные, свидетельствующие об использовании ребенком оказываемой ему помощи, включая и такие наиболее примитивные ее формы, как повторение инструкции, дополнительная стимуляция. Однако особо важное значение имеет анализ решения ребенком заданий, построенных таким образом, что их выполнение может осуществляться поэтапно с использованием градуированной и для всех обследуемых одинаковой помощи. Это так называемые обучающие задания, вернее, обучающий эксперимент. В набор методик, используемых при психолого-педагогическом обследовании, обязательно должны включаться задания, построенные таким образом.

В самых общих чертах, определяя уровень обучаемости (степени ее недостаточности), можно отнести к нормальному уровню обучаемости все случаи, когда ребенок решает полностью самостоятельно 60 — 80 % мыслительных (интеллектуальных) заданий разных видов, а с остальными справляется после оказания ему помощи, исключая форму прямой подсказки или прямой демонстрации полного решения.

Средняя степень недостаточности по показателям обучаемости может быть зафиксирована в тех случаях, когда ребенок самостоятельно выполняет 30 — 50% заданий и 60 — 80 % после одного-двух этапов помощи. Как грубая недостаточность обучаемости (низкий ее уровень) оцениваются те случаи, когда ребенку для выполнения задания приходится оказывать помощь в наиболее развернутой форме, вплоть до демонстрации решения. В наиболее тяжелых случаях решение может не воспроизводиться и после его демонстрации.

Использование приведенных выше оценок степени недостаточности функций, выделенных в качестве основных, составляющих когнитивный аспект структуры нарушенного развития, позволяет в известной мере объективизировать данные, полученные при применении различных заданий. Если набор заданий достаточно полон для того, чтобы оценить функцию по перечисленным характеристикам, то, расположив результаты обследования в соответствующих графах таблицы, можно будет увидеть, что задержка психического развития, легкая степень умственной отсталости и общее недоразвитие речи достаточно четко дифференцируются.

В таблице 9 представлены варианты расположения данных обследования, характерные для умственно отсталых детей, детей с задержкой психического развития и общим недоразвитием речи. Степень нарушения отмечается в соответствующих столбцах таблицы.

Наиболее типичными случаями для рассматриваемых категорий являются следующие.

При умственной отсталости обычно отмечаются значительные нарушения мышления, легкие недостатки речевого развития и низкий уровень обучаемости.

Легкая или средняя степень выраженности недостатков в развитии мышления, при возможном наличии некоторых речевых дефектов и несколько сниженной (слегка или умеренно) по сравнению с нормой обучаемостью, наблюдается обычно при задержке психического развития.

Таблица 9 Оценка уровня сформированности психических процессов

Категория нарушенного развития	Степень выраженности недостаточности								
	мышления			речи			обучаемости		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Умственная отсталость	*	*	*	(*)	* *	*	*	* (*)	*
Задержка психического развития		(*)		(*)					
Общее недоразвитие речи									

Отсутствие нарушений в развитии мыслительной деятельности (что особенно отчетливо обнаруживается при выполнении заданий наглядно-практического характера) или слабая их выраженность и преимущественное проявление в заданиях словесно-логического характера, значительные недостатки в развитии речи и близкая к норме или незначительно сниженная обучаемость характерны для случаев общего недоразвития речи.

Для каждой категории нарушенного развития представлены как наиболее часто распространенный вариант сочетания разных степеней выраженности недоразвития обследованных функций, так и менее вероятные, но встречающиеся варианты. В последнем случае данные о степени недостаточности функции взяты в скобки. Такие варианты при умственной отсталости прежде всего проявляются в состоянии речи. Так, в некоторых случаях у детей с легкой степенью умственной отсталости, особенно если на протяжении дошкольного периода с ними достаточно много занимались, речевое развитие может быть вполне благополучным. И в то же время у педагогически запущенных умственно отсталых дошкольников наблюдается выраженное отставание в речевом развитии, грубо проявляющееся при обследовании всех сторон речи. Особенно значительные нарушения развития речи наблюдаются у умственно отсталых со сложным дефектом, при котором разлитое поражение коры мозга сочетается с локальным повреждением

речевых зон.

Соответственно при общем недоразвитии речи может наблюдаться разный уровень обучаемости: от близкого к нормальному до средней степени недостаточности.

Как видно из описанной выше таблицы, наибольшее значение для дифференциальной психодиагностики нарушений развития придается особенностям мыслительной деятельности (в трех видах мышления), состоянию речевого развития (с учетом трех сторон речи) и обучаемости ребенка (как общей характеристике потенциальных возможностей познавательной деятельности).

Именно соотношение этих компонентов (или факторов) структуры психической деятельности, как мы попытались показать, определяет принадлежность ребенка к тому или иному типу нарушенного развития.

Это не значит, что особенности памяти или внимания не имеют значения. Конечно, для того чтобы определить, какие коррекционные мероприятия должны проводиться с ребенком, важно знать и другие особенности его психической деятельности, и их изучение осуществляется в процессе диагностики индивидуальных особенностей. Однако основное направление педагогической работы с ребенком определяется именно этими тремя факторами.

Умственно отсталого ребенка независимо от того, каковы его память и внимание, целесообразно направлять на обучение во вспомогательную школу или вспомогательный класс. То же можно сказать и о детях с задержкой психического развития: независимо от других индивидуальных особенностей соотношение основных элементов (факторов) структуры нарушенного развития определяет целесообразность обучения этих детей в условиях соответствующей специальной школы или специального класса выравнивания для детей с задержкой психического развития.

* * *

При проведении психодиагностического обследования необходимо иметь в виду, что главным условием получения достоверных данных является установление контакта с ребенком.

Для этого должна быть создана спокойная, доброжелательная обстановка. Ребенок должен чувствовать теплое, приветливое отношение, получать поощрение своим действиям, одобрение успехам.

Обследование необходимо начинать с заданий, заведомо доступных для ребенка. Очень важно, чтобы он мог успешно выполнить эти задания без помощи психолога. Затем можно постепенно усложнять задания.

Более сложные задания должны быть построены так, чтобы можно было оказывать ребенку дозированную, постепенно увеличивающуюся в объеме помощь. Виды помощи могут быть разными, начиная с простого побуждения к повторной попытке выполнить задание. Затем часть задания может выполнить экспериментатор, предлагая затем ребенку продолжить решение. Если это не удастся, экспериментатор может выполнить задание сам, а затем попросить ребенка повторить решение и предложить другое, аналогичное задание. При выполнении заданий наглядно-образного характера (типа матриц Равена) помощь может быть организована в форме замены мысленного, «образного» решения практическим действием: находящиеся под матрицей варианты заполнения недостающей части могут быть вырезаны, и обследуемому в этом случае предлагается выбрать подходящий вариант и наложить на недостающую часть. Обследование нужно проводить в отдельной комнате, без посторонних людей. Допускается присутствие одного из родителей при условии его полного невмешательства в действия психодиагноста и ребенка. В помещении не должно быть лишних предметов, которые могут отвлекать внимание ребенка.

Психолог, проводящий психодиагностическое обследование, должен иметь в виду, что помимо результатов выполнения заданий для оценки особенностей психического развития ребенка необходимо использовать ряд так называемых «надтестовых» показателей. К ним относятся такие, как легкость установления контакта с ребенком, его ориентировка в ситуации обследования, активность и целенаправленность в выполнении заданий, вербализация ребенком выполняемых заданий и результатов собственных действий, оценка им самим успешности собственной деятельности, эмоциональная реакция на успехи и неудачи.

На основе данных психодиагностики может быть определен психолого-педагогический диагноз. Поскольку ребенок должен быть обследован также и педагогом (причем в случае наличия трудностей в обучении или других каких-либо недостатков в числе обследующих педагогов могут быть специалисты по обучению умственно отсталых детей с недостатками речи и др.), окончательный психолого-педагогический диагноз определяется вместе со специалистами.

Психолого-педагогический диагноз исключает использование медицинских определений, таких, например, как «олигофрения», «эпилепсия», «болезнь Дауна» и т.п., которые могут применяться только врачами. В этом диагнозе указывается педагогическая категория нарушенного развития (например, «умственная отсталость», «общее недоразвитие речи» и т.п.), степень выраженности нарушения (легкая, средняя, тяжелая), недостатки психического развития вторичного характера (например, недостатки речи при умственной отсталости), на которые следует обращать внимание в педагогической работе, потенциальные возможности ребенка, а в случае, если обследование проводится перед поступлением в школу, должна быть определена готовность ребенка к школьному обучению.

Важно подчеркнуть, что при затруднениях в дифференциальной диагностике лучше недооценить степень выраженности нарушения, чем переоценить, т.е. лучше всегда предполагать наличие у ребенка более высоких потенциальных возможностей.

Заслуживают внимания еще несколько проблем психодиагностики нарушений развития.

Первая из них — проблема применения единой системы стандартизованных тестов в целях психодиагностики нарушений развития. Как уже отмечалось, в России такие тесты не используются. И это не только потому, что они специально не разрабатывались. Существуют объективные обстоятельства, которые делают невозможным создание набора тестов, которые могли бы применяться при обследовании детей, относящихся к разным типам недостатков развития.

Так, при обследовании незрячих, естественно, исключена зрительная презентация заданий. Между тем, как известно, во всех широко распространенных интеллектуальных тестах, например тестах Векслера, Термен-Мерилл, Амтхауэра и др., большинство заданий предъявляется зрительно. Следовательно, для оценки наглядных видов мышления (а оно есть и у незрячих!) необходим иной способ предъявления заданий. Наоборот, для психодиагностики при нарушениях слуха непригодно не только устное предъявление словесных заданий, но должны учитываться и возможные трудности восприятия заданий в форме письменной речи, имеющиеся вследствие вторичных недостатков речевого развития.

Но если эти трудности очевидны, то менее явственно обнаруживаются такие, которые возникают при дифференциальной диагностике нарушений развития при сохранном слухе и зрении. Между тем даже в этих случаях основной результат применения батареи интеллектуальных тестов — суммарный интеллектуальный показатель — не дает достаточных данных для дифференциального диагноза. Он может свидетельствовать лишь о некотором отставании уровня умственного развития, но не дает оснований для установления природы отставания. Суммарный показатель может быть ниже среднего из-за трудностей в решении задач наглядно-действенного и наглядно-образного характера, а может быть следствием отставания в речевом развитии. Эти сложности отмечаются и исследователями в тех странах, где стандартизованные тесты широко применяются в целях психодиагностики нарушений развития, например в США (А.Анастази, 1982).

Очевидно, при психодиагностике нарушений развития необходимо пользоваться не суммарным показателем, а сопоставлять результаты выполнения всех заданий, входящих в батарею тестов. Следует отметить, что такой способ представления результатов психологического тестирования впервые был предложен российским психиатром и психологом Г.И.Россолимо (1910). Рассматриваемая в настоящей главе таблица также представляет собой некоторый аналог профильного подхода, поскольку в ней используется сопоставление показателей по разным психическим функциям.

Последняя из проблем, на которой необходимо остановиться, — задачи психодиагностики нарушений развития. Кроме основной задачи — выявления типа нарушенного развития — психодиагностика необходима для оценки продвижения детей с умственными и физическими недостатками в процессе обучения, а также для оценки эффективности коррекционных программ, методов и других средств и условий обучения. Отсутствие разработанных средств психодиагностики нарушений развития является серьезным недостатком отечественной дефектологии.

Психодиагностика, кроме того, является основным средством для выявления наиболее выраженных проявлений недостаточности вторичного порядка, которые необходимо корректировать. Как отмечал еще Л.С.Выготский, вторичные дефекты корректируются эффективнее, чем первичные. Эти данные психодиагностики имеют важнейшее значение для составления индивидуального плана обучения ребенка с недостатками развития.

Психологическая диагностика дает проводящему обследование определенные сведения об изучаемом человеке — взрослом или ребенке. В то же время и сам объект исследования, решая различные тестовые задачи, отвечая на вопросы, может отметить какие-то свои особенности, в частности те, на которые он ранее не обращал внимания. Трудности или даже — что тоже возможно — полный неуспех в выполнении каких-то заданий могут привести его к изменению представлений о себе и, как крайний случай, даже к принятию определенных решений, неблагоприятных для его жизнедеятельности.

Знание об особенностях индивида, если они доступны постороннему, могут также при определенных условиях быть использованы во вред обследованному.

Определенная опасность может исходить и от квалификации проводящего обследование. Она просматривается в нескольких направлениях.

Во-первых, неумелое или неадекватное использование тестов и других психодиагностических методик может травмировать проходящего обследование.

Во-вторых (и это, очевидно, самая большая опасность), в результате неквалифицированного использования тестов могут быть получены неправильные представления о человеке, что в ряде случаев может привести к ошибочному решению, определяющему его дальнейшую судьбу. Так, например, ошибочные результаты диагностики специальных способностей в процессе профессиональной ориентации и профессионального отбора могут спровоцировать не соответствующий реальным возможностям индивида выбор направления профессионального обучения или послужить основанием для неадекватной оценки его соответствия той или иной профессии. Неполноценная психодиагностика недостатков развития ребенка может явиться причиной того, что он будет направлен в специальную школу, тип которой не соответствует его

особенностям.

Все эти (и другие) возможные опасности тестирования приводят к размышлениям о необходимости введения определенных нравственных норм использования тестов и применения результатов тестирования. Пока в России таковыми серьезно никто не занимался, но в странах, где психодиагностика применяется широко и давно, об этом заботятся. В частности, в США существует целый ряд документов, определяющих нормативы деятельности в этой области. Важнейший из них — «Этические стандарты психологов», разработанные Американской психологической ассоциацией и впервые изданные в 1963 г. В дальнейшем изложении проблем используются в основном положения этого документа.

Одной из важных этических проблем диагностики являются вопросы распространения и использования диагностических методик.

Совершенно очевидно, что психологическая диагностика должна осуществляться только специалистами, имеющими квалификацию, достаточную для того, чтобы правильно применять соответствующие диагностические методики, оценивать и адекватно трактовать полученные результаты. Для этого, например, психолог, занимающийся диагностикой нарушений развития, должен не только владеть методиками, но и знать особенности детей, относящихся к разным категориям нарушенного развития, а также уметь общаться с ними таким образом, чтобы, не выходя за рамки инструкций и правил применения методик, полностью раскрыть возможности ребенка в выполнении предъявляемых заданий. Знание психологических особенностей детей с различными отклонениями в развитии позволит избежать ошибочной интерпретации результатов применения диагностических методик.

Естественно, такой уровень владения методиками и знаниями об объектах исследования может быть достигнут только в результате достаточно серьезной теоретической и практической подготовки.

Эти требования определяют, в свою очередь, порядок (условия) распространения методик: они должны быть доступны только тем специалистам, которые будут проводить психологическую диагностику на законном основании, т.е. диагностические методики не должны поступать в

открытую продажу. Свободный доступ к методикам может привести, например, к тому, что родители будут «натаскивать» своих детей на выполнении заданий, входящих в эти методики, в результате чего их диагностическое применение станет абсолютно бессмысленным, они утратят диагностическую ценность.

Проиллюстрируем это одним уже историческим примером. В середине 1950-х гг. в России начали создаваться первые детские сады для умственно отсталых. Началась разработка содержания занятий в этих садах, при этом, естественно, в такие занятия стало вводиться обучение различным действиям, которыми овладевает нормально развивающийся ребенок в преддошкольном и дошкольном возрасте, например складывание пирамидки из цветных колец, построение домиков из кубиков, складывание разрезных картинок, вкладывание предметов в «коробку форм» и др. Эти же действия традиционно использовались при диагностике детей на медико-педагогических комиссиях, осуществляющих отбор в специальные школы, с целью выявления отставания в умственном развитии. Они, действительно, представляют определенные трудности для умственно отсталых детей, не прошедших дошкольной подготовки. Понятно, что первое появление «выпускников» специальных детских садов для умственно отсталых на медико-педагогических комиссиях вызвало некоторое замешательство у работавших там специалистов: заведомо умственно отсталые дети довольно успешно справлялись со многими заданиями, имевшими для специалистов критическое диагностическое значение.

Не менее важным вопросом является правильное понимание природы (сущности) и целей тестирования теми, кто осуществляет психодиагностику, а также осознание ограниченных возможностей как психодиагностических инструментов, так и тех, кто их использует. Как бы хорошо ни был подготовлен психолог, осуществляющий психодиагностику, он не может быть универсальным специалистом. Он должен знать границы своей компетентности (так же, как и понимать, что применение любого теста, опросника имеет определенные ограничения) и не только не принимать решений в области, выходящей за ее пределы, но и не браться за проведение психодиагностики в тех случаях, когда он не чувствует себя достаточно к этому готовым.

В странах с развитыми системами психодиагностической службы допуск к ведению соответствующей деятельности производится после прохождения аттестации и получения свидетельства и лицензии на психодиагностическую практику. К сожалению, «скоростная» подготовка школьных психологов, происходившая в последнее время у нас в стране, не обеспечивала достаточной квалификации.

В этой связи особенно важно иметь в виду ответственность специалиста, осуществляющего психодиагностику. Эта ответственность требует понимания задач тестирования, а также того, что диагностические методики должны соответствовать как этим задачам, так и особенностям обследуемого индивида.

Обследование должно быть абсолютно беспристрастным. На него не должны оказывать влияния общие впечатления о личности обследуемого: симпатии или, наоборот, антипатии, равно как и собственное состояние или настроение.

Вся информация, получаемая в процессе обследования, должна быть строго конфиденциальной: она должна быть доступна только тому, для кого она предназначена. Конфиденциальность этой информации может нарушаться только в тех случаях, когда нераскрытие диагностических данных представляет опасность для обследуемого индивида или для общества.

Применительно к обследованию детей на психолого-педагогических консультациях (комиссиях) в целях выявления недостатков развития следует отметить, что школа получает общее заключение об

итогах исследования, но полные официальные данные о результатах выполнения примененных тестов могут быть переданы только с согласия самого обследованного, его родителей или представляющих их лиц (например, опекунов).

Положение о конфиденциальности диагностической информации введено в проект Закона Российской Федерации «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья» и, надо надеяться, послужит началом разработки этических норм в области психодиагностики в нашей стране.

Нельзя не отметить, что само тестирование (или применение других психодиагностических средств) в странах с развитой системой психодиагностической службы осуществляется только с согласия субъекта (в случае обследования ребенка и его родителей) и при условии объяснения задач тестирования и общего смысла применяемых тестов.

Особо остановимся на вопросе общения психолога с родителями детей с недостатками развития. Установление какого-либо недостатка у ребенка, в частности и прежде всего недостатка в умственном развитии, всегда болезненно для родителей. Не имея специальных психологических знаний, родители далеко не всегда правильно оценивают ход развития ребенка. Обычно им свойственна переоценка его возможностей. Поэтому психолог должен доступно объяснить родителям сущность результатов обследования и важность выполнения рекомендаций, вытекающих из результатов обследования (в частности, важность обучения ребенка в условиях, соответствующих уровню и особенностям его психического развития).

В заключение надо сказать, что основным требованием к деятельности психолога-диагноста должна быть общая для него и для врача заповедь «Не навреди!».

Черкасова Е.Л. Обзор методов диагностики нарушений слуха у детей

Исследование слуха у детей значимо для раннего выявления тугоухости и предотвращения патологических изменений в речевых зонах мозга, развитие которых зависит от формирования системных связей в головном мозге.

Аудиологическое обследование детей различных возрастных групп имеет свои особенности. Это касается объема применяемых методов, процедуры их проведения, оценки и интерпретации получаемых результатов (М.Р. Богомильский, И.В. Королева, Л.В. Нейман, Я.М. Сапожников и др.).

Методы исследования слухового анализатора подразделяются на субъективные и объективные.

Объективные методы исследования слуха

Объективные методы исследования слуха можно применять начиная с грудного возраста. Они включают акустическую импедансометрию, компьютерную аудиометрию по слуховым вызванным потенциалам (СВП), вызванную отоакустическую эмиссию (ВОАЭ).

В России разработана единая система раннего выявления нарушений слуха, начиная с периода новорожденности. На основании приказа Минздравмедпрома России от 23.03.96 г. № 108 «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни» в настоящее время эта система достаточно широко внедряется в регионах Российской Федерации.

Современным объективным методом исследования слуха, используемым для аудиологического скрининга (массового обследования), является регистрация вызванной отоакустической эмиссии (ВОАЭ) (О.А. Белов, И.В. Королева, А.В. Круглов, Я.М. Сапожников, Г.А. Таварткиладзе, В.Л. Фридман и др.).

Метод вызванной отоакустической эмиссии. *Отоакустическая эмиссия* — это очень слабый звук, возникающий в ухе в результате механических движений наружных волосковых клеток в улитке, который можно зарегистрировать при установке миниатюрного

чувствительного микрофона в наружном слуховом проходе. В настоящее время применяют два класса ВОАЭ: задержанную ВОАЭ (ЗВОАЭ) и отоакустическую эмиссию на частоте продукта искажения (ПОАЭ).

ЗВОАЭ регистрируется у всех детей с нормальным слухом, начиная с первых дней жизни. При потерях слуха более 25-30 дБ относительно нормальных порогов слышимости ЗВОАЭ отсутствует. При этом не имеет значение, является ли снижение слуха следствием патологии структур среднего или внутреннего уха. Отсутствие ЗВОАЭ свидетельствует о снижении слуха и необходимости направления на диагностическое обследование. Таким образом, с помощью регистрации ОАЭ выявляется наличие снижения слуха, но определить степень слуховых потерь и уровень поражения при использовании только этого метода нельзя.

Изучение статистических и динамических характеристик звукопроводящей и частично звуковоспринимающей систем органа слуха осуществляется с помощью объективного метода — акустической импедансометрии.

Акустическая импедансометрия. Методика позволяет с помощью прибора акустического импеданса регистрировать давление в среднем ухе, целостность и степень подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек, наличие экссудата (жидкости) в барабанной полости, степень проходимости слуховой трубы, акустический рефлекс стременной мышцы (М.Р. Богомильский, Л.Д. Васильева, М.Я. Козлов, И.В. Королева, А.Л. Левин, Я.М. Сапожников, Г.А. Таварткиладзе и др.). Метод основан на измерении *акустического импеданса*, т.е. сопротивления наружного и среднего уха в ответ на звук: при достижении звуком барабанной перепонки часть энергии передается через среднее ухо к внутреннему, а часть энергии, вследствие сопротивления со стороны барабанной перепонки и цепи слуховых косточек, отражается и может быть измерена. В норме человеческое ухо имеет низкий акустический импеданс. При патологии среднего уха, отрицательном давлении в барабанной полости, утолщении барабанной перепонки проведение звуков через среднее ухо затрудняется.

Исследование включает проведение *тимпанометрии*, т.е. динамического измерения податливости барабанной перепонки при изменении давления воздуха в наружном слуховом проходе (от +200 до -200

мм водного столба) и *акустической рефлексометрии* — регистрации акустического рефлекса стременной мышцы.

Диагноз ставится на основании анализа параметров тимпанограммы: расположения пика максимальной податливости, ее значений, формы тимпанограммы. Выделяется 5 типов (форм) тимпанограмм:

- тип *A* — характерный для нормы и ограничения подвижности цепи слуховых косточек;
- тип *B* — характерный для наличия экссудата в барабанной полости и перфорации (нарушении целостности) барабанной перепонки;
- тип *C* — характерный для нарушения функции слуховой трубы; тип *D* — характерный для рубцово измененной барабанной перепонки;
- тип *E* — характерный для разрыва цепи слуховых косточек (рис. 1).

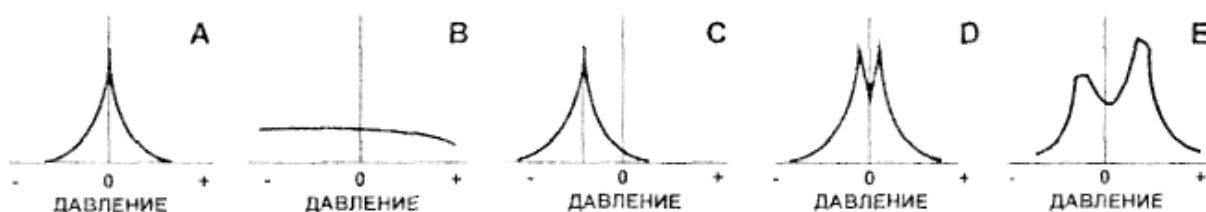


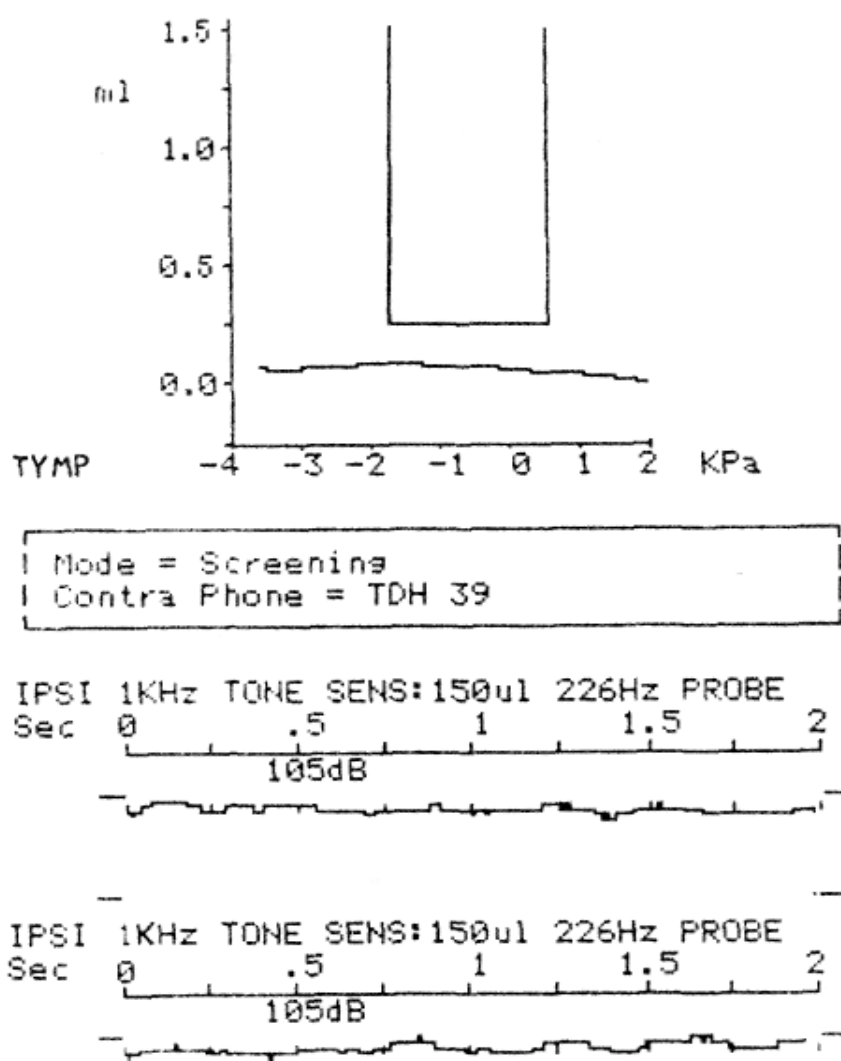
Рис. 1. Основные типы тимпанограмм

Дополнительная информация может быть получена при *акустической рефлексометрии* — регистрации изменений сопротивления структур наружного и среднего уха при сокращении стременной мышцы, вызванных громкими звуками. Это дает некоторую информацию о порогах слуха, т.к. известно, что у человека с нормальным слухом порог акустического рефлекса 75-80 дБ. При повышении порогов слуха порог акустического рефлекса (а.р.) также повышается. При потерях слуха более 60 дБ акустический рефлекс не регистрируется. У детей в возрасте до года акустический рефлекс при нормальном слухе регистрируется на звук с уровнем 90 дБ. Регистрируемый акустический рефлекс может служить признаком отсутствия поражения звукопроводящего аппарата среднего уха.

В процессе проведения тимпанометрии исследователем повышается давление воздуха в наружном слуховом проходе (до 200 мм водного столба). При этом барабанная перепонка вдавливается в полость среднего уха, что приводит к ухудшению ее подвижности и, как следствие, — понижению акустической проводимости. Большая часть энергии зондирующего тона отражается, создавая относительно высокий уровень звукового давления в полости наружного слухового прохода, что фиксируется микрофоном зонда.

Затем давление воздуха снижают, барабанная перепонка возвращается к своему нормальному положению, ее подвижность восстанавливается, акустическая проводимость повышается, а количество звуковой энергии снижается. Максимальная проводимость наблюдается при равном давлении воздуха по обе стороны барабанной перепонки, т.е. при атмосферном давлении. Дальнейшее понижение давления воздуха в наружном слуховом проходе вновь приводит к ухудшению подвижности барабанной перепонки и, соответственно, к снижению акустической проводимости (рис. 2).

Рис. 2. Тиманограмма типа А, акустический рефлекс регистрируется (скрининговый режим)



Регистрация тимпанограммы типа А и акустического рефлекса отмечается при нормальном функционировании среднего уха, а также может наблюдаться при сенсоневральной тугоухости I—III степени.

Некоторые заболевания (секреторный средний отит, острый отит без перфорации барабанной перепонки) приводят к скоплению жидкости в барабанной полости на фоне пониженного интратимпанального давления. Эти факторы обуславливают значительное снижение подвижности барабанной перепонки. В этих условиях пик тимпанограммы оказывается смещенным в сторону отрицательных значений и представлен резко уплощенной или совсем сглаженной кривой (рис. 3).

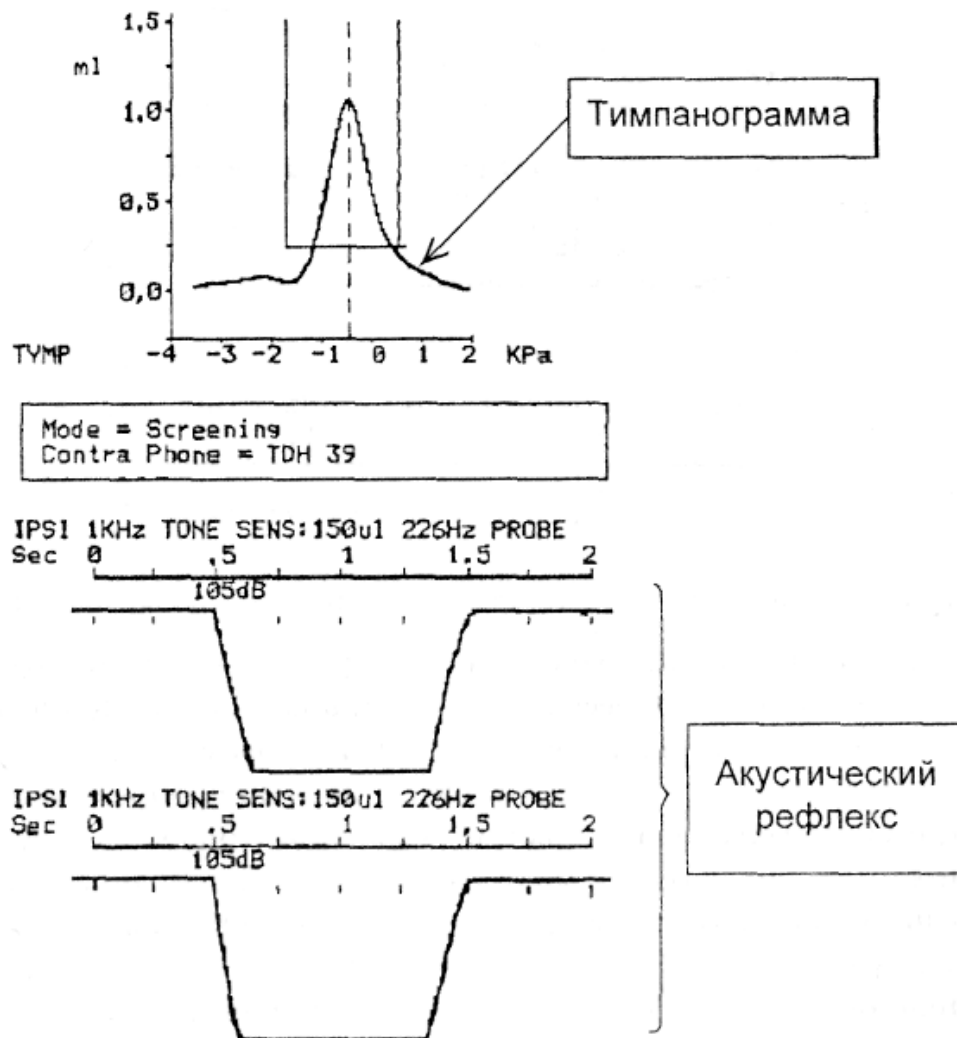
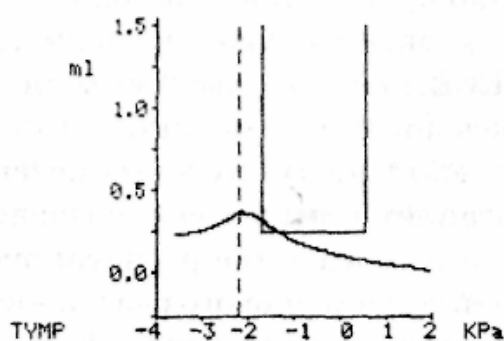


Рис. 3. Тимпанограмма типа В, акустический рефлекс не регистрируется

При нарушении аэрации евстахиевой трубы, например в результате воспалительного процесса, интратимпанальное давление понижается. В этом случае равновесие давлений по обе стороны барабанной перепонки может быть достигнуто лишь при разрежении воздуха в наружном слуховом проходе. Барабанная перепонка получает возможность колебаться с максимальной амплитудой, когда давление в наружном слуховом проходе становится равным давлению воздуха в среднем ухе. В результате пик тимпанограммы оказывается смещенным в сторону отрицательного давления, причем величина смещения соответствует значению отрицательного давления в барабанной полости (рис. 4).

Ear Canal Volume	=	0.6 cc
Tympanic Pressure	=	-225 daPa
Static Compliance	=	.37 cc
Gradient	=	.14
Pump Speed	=	400 daPa/Sec



Mode = Screening
Contra Phone = TDH 39

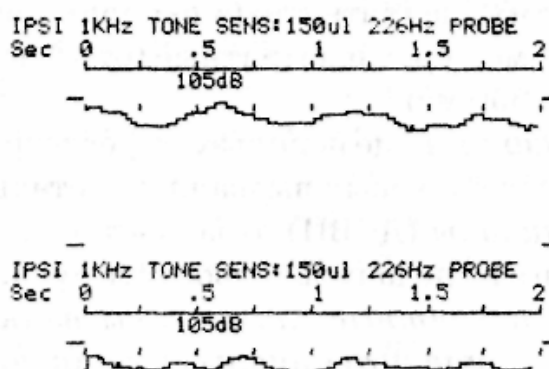


Рис. 4. Тимпанограмма типа С, акустический рефлекс не регистрируется

Таким образом, тимпанограмма типа (формы) А и акустический рефлекс (а.р.) регистрируются в норме и при сенсоневральной тугоухости I—III степени. При сенсоневральной тугоухости III—IV степени а.р. обычно не регистрируется. При минимальной кондуктивной тугоухости, в основном, определяются тимпанограммы формы С и Б, акустический рефлекс не регистрируется.

Основным методом объективной количественной оценки слуха у детей в возрасте от рождения до трех лет, а также детей более старшего возраста с патологией центральной нервной системы является регистрация слуховых вызванных потенциалов мозга.

Метод компьютерной аудиометрии по слуховым вызванным потенциалам (СВП). Этот метод известен также под названиями «компьютерная аудиометрия», «аудиометрия по слуховым вызванным потенциалам» (З.С. Алиева, И.В. Королева, Л.А. Новикова, Н.В. Рыбалко, Я.М. Сапожников, Г.А. Таварткиладзе, В.Р. Чистякова и др.).

Метод СВП основан на регистрации вызванной электрической активности слуховой системы. Основными методиками являются: *электрокохлеография* (регистрируются потенциалы действия слухового нерва и микрофонные потенциалы улитки), *стволовые мозговые (коротколатентные) СВП*, *корковые (долголатентные) СВП*.

Исследование обычно проводится в состоянии седации, т.е. медикаментозного сна, т.к. значительная продолжительность обследования (при записи КСВП около 1 часа) утомляет маленьких детей и затрудняет проведение исследования.

Способ регистрации вызванных слуховых потенциалов, применяющийся с использованием компьютера, позволяет производить накопление, суммацию и усреднение регистрируемых сигналов. Ответная реакция на действие звукового раздражителя, начинаясь в волосковых клетках, распространяется последовательно до коры головного мозга. Различают три группы компонентов в зависимости от времени возникновения ответной реакции по отношению к началу звукового стимула (латентный период): коротколатентные ответы (от 1,5 до 12 мс), среднелатентные (от 12 до 50 мс), долго-латентные (от 50 до 300 мс).

В клинических целях чаще используют регистрацию стволовых мозговых и корковых слуховых вызванных потенциалов. *Длинно-латентные потенциалы* (ДСВП) отражают электрический ответ коры головного мозга на подачу звукового стимула. *Стволовые мозговые, или коротколатентные, слуховые вызванные потенциалы* (КСВП) — электрические потенциалы, возникающие преимущественно в стволе мозга в ответ на звуковой раздражитель.

Анализ зависимости СВП от интенсивности стимула имеет прогностическое значение в процессе лечебно-коррекционных мероприятий и может помочь практическим врачам в выборе наиболее рациональных методов лечения выявленных заболеваний и контроле его эффективности.

Субъективные методы обследования слуха

Кроме объективных аудиологических методов, для диагностики нарушений слуховой функции у детей используют субъективные методы: регистрацию безусловного ориентировочного рефлекса, аудиометрию в свободном звуковом поле, пороговую тональную аудиометрию, речевую аудиометрию, камертональные пробы, обследование разговорной речью и шепотом.

В раннем возрасте (до 1 года) применяют исследования, направленные на выявление **поведенческих безусловнорефлекторных реакций на акустические раздражители**. В этих целях используют различные звучащие игрушки, баночки с крупой, баночки с дробью и т.д., предварительно калиброванные шумомером; звукореактотесты, которые позволяют предъявлять звуки определенной частоты (0,5; 2; 4 кГц) с интенсивностью 90; 65; 40 дБ.

Метод звукореактотеста (ЗРТ-01) основан на регистрации безусловнорефлекторных реакций. Наиболее информативными и легко фиксируемыми являются следующие реакции ребенка:

безусловный ориентировочный рефлекс Моро (экстензия, т.е. вздрагивание тела и обнимающие движения рук); кохлеопальпебральный рефлекс (смыкание или подергивание век при действии звуков);

изменения дыхания, пульса, зрачковый рефлекс, поворот головы к источнику звука или от него, сосательные движения и др. Реакция считается положительной, если ребенок 3 раза отвечает на один и тот же звук одной из указанных реакций. Детей, у которых подозревается тугоухость, отбирают для наблюдения и последующего обследования. Например, И.В. Королевой описано исследование слуха у детей с помощью «горохового метода». Указанный метод может применяться при обследовании с детьми любого возраста. Благодаря простоте и доступности «гороховый метод» могут использовать лор-врачи, невропатологи, педиатры, сурдопедагоги, логопеды и другие специалисты.

Для обследования необходимы три пластмассовые коробочки из-под «киндер-сюрприза», заполненные на 1/3:

- горохом (источник звука 70-80 дБ — для обследования детей в возрасте от 1-го месяца);
- гречневой крупой (источник звука 50-60 дБ);
- манной крупой (источник звука 30-40 дБ — для обследования детей 6 месяцев и старше).

Предлагается два способа проверки наличия рефлекторной реакции ребенка на звук.

Первый способ (предпочтительный) заключается в воспроизведении звучания емкости с крупой сзади и несколько сбоку от ребенка (при исключении его зрительного восприятия).

Ребенок сидит на стуле или коленях матери (самые маленькие лежат на коленях у матери). Врач располагается перед ребенком и старается привлечь его взгляд к себе с помощью яркой игрушки. По сигналу врача, например кивка головы, медсестра трясет коробочку с крупой сзади и чуть сбоку от уха ребенка на расстоянии 20-30 см, так чтобы он не увидел руку со спрятанной в ней коробочкой с крупой. Необходимо исключить возможность ребенка увидеть движение руки при отражении в зеркалах или каких-либо полирореакций на низкочастотные тоны и отсутствии реакции на высокочастотный сигнал (4000 Гц) можно думать о минимальном сенсоневральном снижении слуха (нарушении звуковосприятия). Результаты обследования фиксируются в «Слуховом паспорте» ребенка (рис. 8).

AudiöScope™ Screening Results

☐ 20db HL
 ☐ 25db HL
 ☐ 40db HL

Patient _____

Tested by _____ Date _____

Y = Response N = No Response

Right Ear				
Left Ear				

500 1000 2000 4000

Frequency (Hz)


 4341 State Street Road
 P.O. Box 220
 Skaneateles Falls, NY 13153-0220
 USA

Form 230148-1

Рис. 8. Слуховой паспорт

Начиная с 2-3-летнего возраста исследование слуха можно проводить при помощи шепотной и разговорной речи, т.к. в этом возрасте ребенок способен реагировать на речевые сигналы, произнесенные шепотом, так же как и взрослый человек, — с расстояния 6 метров. Выбор методики обследования зависит от того, владеет ли ребенок речью: названные экспериментатором слова либо повторяются, либо показываются их иллюстративные изображения.

Исследование слуха речью проводится в относительно звукоизолированном помещении, длина которого должна быть не менее 6 м. Количественная оценка результатов исследования сводится к определению того расстояния, выраженного в метрах, с которого обследуемый слышит шепотную или разговорную речь. Важным обстоятельством для достоверности исследования является заглушение неисследуемого уха. Во время обследования ребенок располагается боком к экспериментатору, т.е. в максимально удобном для слухового восприятия положении.

При невозможности обследовать ребенка в большом помещении можно поставить его спиной к экспериментатору. Это позволит вдвое сократить расстояние (3 м), с которого произносятся тестовые слова.

При исследовании слуха шепотной речью знакомые слова произносятся в нормальном темпе, на резервном воздухе, что способствует уравниванию интенсивности шепота разных лиц.

Существуют специально разработанные словесные таблицы, учитывающие основные физические показатели речи: ее амплитудную характеристику (акустическую мощность звука), частотную характеристику (акустический спектр), временную характеристику (длительность звука) и ритмико-динамический состав речи, а также соответствующие различному возрасту.

Для исследования слуха у дошкольников применяют детские таблицы. Л.В. Нейман предложил списки знакомых детям низкочастотных и высокочастотных слов:

Слова с низкой частотной характеристикой		Слова с высокой частотной характеристикой	
Вова	дым	Саша	зайчик
дом	город	часы	сеть
окно	ум	шашка	чашка
ухо	номер	чай	птичка

<i>море</i>	<i>мыло</i>	<i>спичка</i>	<i>шесть</i>
<i>рыба</i>	<i>урок</i>	<i>чижик</i>	<i>щи</i>
<i>волк</i>	<i>гром</i>	<i>шашка</i>	<i>чайка</i>

Для обследования слуха детей школьного возраста используются речевые таблицы, предложенные Н.Б. Покровским. Он составил 150 групп слов (по 10 слов в каждой), в которых представлены различные части речи: существительные, глаголы, прилагательные. Приведем некоторые группы слов:

- | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------|
| 1) изнашивать | 1) равноправный | 1) быть |
| 2) арбузный | 2) запрос | 2) клеветнический |
| 3) вышивальщица | 3) идеалистический | 3) применить |
| 4) мчаться | 4) комиссия | 4) шелковая |
| 5) разогнуть | 5) возвеличить | 5) босой |
| 6) коллектив | 6) содействовать | 6) никогда |
| 7) смуглянка | 7) выразиться | 7) пар |
| 8) снег | 8) мясистый | 8) сметана |
| 9) солнце | 9) издали | 9) утечка |
| 10) тащить | 10) шахта | 10) телеграфист |
| 1) птица | 1) возвышенный | 1) переключиться |
| 2) желудь | 2) сено | 2) выбелить |
| 3) фляга | 3) пробка | 3) рост |
| 4) мобилизация | 4) рыть | 4) докладчик |
| 5) трубка | 5) болт | 5) плитус |
| 6) кастрюля | 6) воевать | 6) тяготение |
| 7) змея | 7) недавно | 7) подбивать |
| 8) слушать | 8) платежный | 8) жуткий |
| 9) крыло | 9) подвергнуться | 9) мерециться |
| 10) коренной | 10) весь | 10) ищейка |
| 1) венок | 1) искать | 1) расцарапать |
| 2) мотать | 2) выразить | 2) гарантия |
| 3) солонка | 3) молодежь | 3) взлетать |
| 4) бронзовый | 4) расширить | 4) гадание |
| 5) промышленность | 5) сквозь | 5) шарф |
| 6) трансформатор | 6) налегке | 6) крапива |
| 7) свист | 7) картон | 7) холодно |
| 8) призыв | 8) изобрести | 8) форма |
| 9) рождь | 9) рента | 9) шляпка |
| 10) лимон | 10) желоб | 10) отрав |

Также широко используются речевые таблицы, записанные на магнитную ленту или в цифровой форме в память компьютера (например, аудиометр «ДЭЛЬФА-311»), при исследовании слуха **методом речевой аудиометрии**.

Методика исследования заключается в том, что через наушники магнитофона последовательно передают слова, предметные изображения которых разложены в углублениях панели прибора. В ответ на верное указание ребенком услышанного названия предмета вверх панели загорается сигнальная лампочка.

Таблицы слов для игровой речевой аудиометрии, предложенные А.М. Ошеровичем, состоят из 8 групп, по 6 слов в каждой:

I

мальчик
коза
уточка
ворона
слон
цыпленок

II

зайчик
мыло
рейка
бабочка
цветок
кошечка

III

лампочка
шубка
мячик
калоши
утюг
барабан

IV

гребешок
кукла
птичка
белочка
мишка
лошадка

V

яблоко
волк
мишка
корова
жучок
шарик

VI

поросенок
лыжи
котенок
машина
утята
арбуз

VII

Карандаш
Петух
Рыбка
Девочка
Лягушка
Чашка

VIII

курочка
щетка
веник
собачка
труба
поезд

Субъективным методом обследования состояния слуха является **камертональный метод**. Камертональное исследование дает возможность провести предположительную «качественную» и «количественную» характеристику состояния слуховой функции. С помощью камертонов определяется восприятие звуков по воздуху и по кости. Данные, полученные по воздушной и костной звукопроводимости, сравнивают, после чего делаются выводы о качественном состоянии слуховой функции. Количественная оценка результатов исследования слуха камертонами сводится к определению времени (в секундах), в течение которого раздраженный камертон воспринимается обследуемым через воздух и через кость.

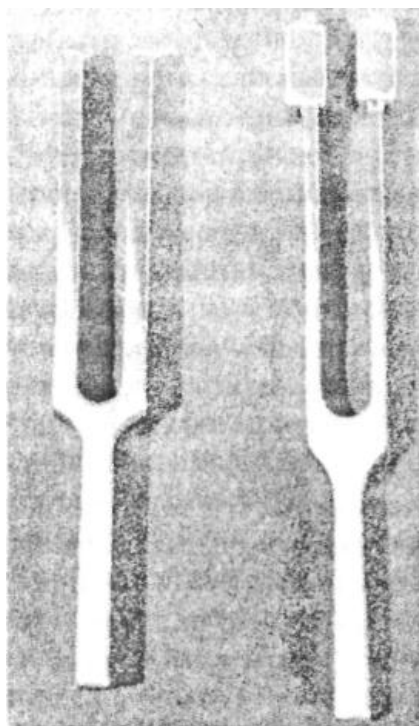


Рис. 9. Низкочастотные камертоны (С-256, С-128)

Обследование лучше проводить низкочастотными камертонами (С-128, С-256), т.к. их звук долго слышится через воздух, через кость и ребенок успевает адекватно отреагировать на тестовые задания.

При проведении дифференциальной диагностики используют пробы Вебера, Ринне, Швабаха и др.

Сущность пробы Вебера состоит в том, что звучащий камертон ставится на середину темени, и обследуемый отвечает, слышит ли он звук камертона одинаково в обоих ушах (в середине темени) или только в одном ухе. При нормальном или одинаковом слухе на оба уха (даже при снижении остроты слуха) латерализации (смещения звукового образа) не происходит. При поражении звукопроводящего аппарата звук камертона латерализуется в сторону хуже слышащего уха. При поражении звуковоспринимающего аппарата звук камертона латерализуется в сторону нормально (или лучше) слышащего уха.

Для уточнения результатов пробы Вебера проводится опыт Ринне, который заключается в сравнении воздушной и костной проводимости для одного и того же уха. При здоровом ухе или поражении звуковоспринимающего аппарата воздушная проводимость преобладает над костной (Ринне +). Преобладание же костной проводимости над воздушной характерно для заболевания звукопроводящего аппарата (Ринне -). Если воздушная и костная звукопроводимость одинаковые, то имеет место нарушение слуха смешанного характера.

Часто у детей при нормальных порогах слуха и нормальном интеллекте отмечаются нарушения различения звонких и глухих согласных, восприятия последовательности неречевых и речевых звуков, запоминания звуковых последовательностей, автоматизированных рядов слов (счет от 1 до 10, времена года, месяцы и т.д.), избирательная недостаточность понимания устной речи (особенно

на фоне окружающих помех и быстром темпе речи). Это является признаком *центральных слуховых расстройств*, при которых не обеспечивается анализ, синтез и дифференцировка речевых сигналов.

Для диагностики центральных расстройств слуха у детей И.В. Королева приводит следующие комплексные тесты:

- *дихотические тесты* (одновременное предъявление на правое и левое ухо 2-х разных речевых сигналов: слогов, цифр, слов различной структуры, предложений). Тесты направлены на выявление патологии корковых отделов и межполушарного взаимодействия. В клинической практике используются около 10 модификаций этих тестов, которые позволяют выявить патологию ствола мозга, корковых отделов слуховой системы, мозолистого тела (через него осуществляется межполушарное взаимодействие), определить сторону поражения (правое-левое полушарие мозга), а также оценить степень созревания центральных слуховых структур;
- *тесты для оценки восприятия временной структуры сигналов* (определение порядка следования тонов разной частоты и разной длительности). Эти тесты чувствительны к нарушениям на уровне коркового отдела слуховой системы, мозолистого тела, выявляют степень зрелости слуховых путей;
- *монауральные тесты* (предъявление сигналов в одно ухо). Пробы на предъявление искаженной речи, сжатой по времени, чувствительны к подкорковым и корковым нарушениям;
- *тесты, оценивающие бинауральное взаимодействие*. В отличие от дихотических тестов в этих тестах сигналы предъявляются в правое и левое ухо не одновременно, а последовательно или с частичным наложением (эффект ресинтеза). Эти тесты позволяют выявлять расстройства слуха на уровне ствола мозга; — *электрофизиологические методы* (регистрация различных видов слуховых вызванных потенциалов). Анализ различных слуховых вызванных потенциалов дает возможность определить уровень поражения слуховой системы. Большинство указанных тестов может быть использовано в практике разными специалистами, поскольку для их применения требуется только магнитофон и магнитные записи тестов. Однако для работы с ними необходим правильный подбор тестового материала, определенный опыт проведения исследования и интерпретации результатов. Исключение составляют электрофизиологические методы исследования, которые выполняются в специализированных медицинских и речевых центрах.

Рекомендуемая литература

- Боскис Р.М. Глухие и слабослышащие дети. — М.: Изд-во ЛПН РСФСР, 1963.
- Гилевич И.М., Тигранова Л.И. Если ребенок со сниженным слухом учится в массовой школе// *Дефектология*. — 1995. — № 3.
- Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни/ Сост. Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. — М.: Полиграфсервис, 2001.
- Жинкин Н.И. Речевой звук, фонема, форманта// *Механизмы речи*. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1958.
- Зиндер Л.Р. Общая фонетика. — 2-е изд., перераб и доп. — М.: Высшая школа, 1979.
- Королева И.В. Современный подход к диагностике периферических и центральных нарушений слуха у детей. — СПб.: НИИ уха, горла, носа и речи, 2000.
- Леонтьев А.Н. Психическое развитие ребенка в дошкольном возрасте// *Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста*/ Под ред. А.Н. Леонтьева и А.В. Запорожца. — 2-е изд. — М.: Между-нар. образоват. и психол. колледж, 1995.
- Лепская Н.И. Язык ребенка (онтогенез речевой коммуникации). — М.: МГУ, 1997.
- Логопедия: Учебник для студентов дефектологических факультетов пед. вузов/ Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. — 3-е изд., перераб. — М.: Владос, 1998.
- Миронова Э.В., Пельмская Т.В., Шматко Н.Д. Педагогические методики выявления детей с подозрением на снижение слуха (младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст). — М.: Изд-во УРАО, 2000.
- Нарушение слуха и его влияние на формирование речи// *Расстройства речи у детей и подростков*/ Под общ. ред. С.С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.
- Нейман Л.В., Богомилский М.Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.
- Основы теории и практики логопедии/ Под ред. Р.Е. Левиной. — М.: Просвещение, 1968.
- Основы логопедической работы с детьми: Учеб. пособие/ Под общ. ред. Г.В. Чиркиной. — М.: АРКТИ, 2002.
- Сапожников Я.М., Богомилский М.Р. Современные методы диагностики, лечения и коррекции тугоухости и глухоты у детей. — М.: ИКАР, 2001.
- Соловьева А.И. Основы психологии слуха. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1972.
- Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. — М.: Просвещение, 1989.
- Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи. — М.: Владос, 2000.
- Чистович Л.А., Кожевников В.А. Восприятие речи// *Физиология сенсорных систем*/Отв. ред. Г.В. Гершуни. — Л.: Наука, 1972. — Ч. 2.
- Швачкин Н.Х. Развитие фонематического восприятия речи в раннем возрасте// *Вопросы психологии восприятия и мышления*/ Отв. ред. Б.М. Теилов. — М. — Л.: Изд-во АПН РСФСР, 1948. — Вып. 13.

Практическое занятие №3

ТЕМА Организация и содержание психолого-педагогического обследования лиц с нарушениями речи

Цель: актуализировать и углублять знания об организации и содержании психолого-педагогического обследования лиц с нарушениями речи

Глоссарий: комплексный подход, нейропсихологическое изучение, педагогическое, логопедическое обследование.

Вопросы для обсуждения

1. Комплексный подход к изучению лиц с нарушениями речи.
2. Медицинское обследование в системе комплексного изучения лиц с нарушениями речи.
3. Основные этапы углубленной психологической диагностики и их характеристика.
4. Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями речи.
5. Педагогическое изучение детей с нарушениями речи.
6. Психолого-педагогическое изучение в процессе логопедического индивидуального обследования.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Подготовить устные сообщения по вопросам для обсуждения №№2,4,5,6. используя материалы учебника [5, глава 3]
2. Подготовиться к проверке знаний по вопросам №1, 3

ЛИТЕРАТУРА

Осн: 1, 3, 4, 5, 6, 7

Доп: 8, 9,10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20,21,22,23, 24,25

Основные диагностические модели в изучении детей с нарушениями в развитии

В понятие «диагностическая модель» входят диагностическая гипотеза и определенный набор методов, позволяющий выделить специфические особенности каких-то определенных параметров в целостном обследовании испытуемого.

Например, требуется определить возможное поведение человека в каких-то определенных ситуациях. Психологу необходимо выбрать набор показателей, которые могут охарактеризовать поведение испытуемого: особенности высшей нервной деятельности, мотивацию, индивидуальный уровень тревожности, задеваемые ситуацией ценностные установки, навыки переживания таких ситуаций, состояние внимания и памяти и др. Предположив, что перечисленные психические свойства будут определять поведение человека в интересующих нас ситуациях, мы затем должны подобрать методики для их измерения. Выбранная нами модель психических механизмов в интересующей нас ситуации определяет подбор необходимых для ее проверки методик диагностики. Диагностическая модель может быть «заказана» потребителем диагностической информации, которым может быть специальный педагог, педагог общеобразовательного учреждения, родители, сам ребенок и др.

В соответствии со спецификой изучаемого объекта, по участвующим в обследовании специалистам, подбору методов и средствам обследования можно выделить следующие **психодиагностические модели**:

медицинскую - в рамках которой проводится клиническое обследование всеми специалистами медицинского блока и выделяются характеристики, определяющие причины расстройства, связанные с этиологией и патогенезом нарушения (биологическая и медицинская психокоррекционные модели);

педагогическую - в рамках этой модели осуществляется диагностика обучаемости, проблем нарушений обучения, оценки навыков и умений ребенка в соответствии с возрастом и образовательным стандартом. Данный вид обследования проводится педагогами с помощью различных нестандартизированных методик, тестовых заданий, позволяющих определить уровень развития ребенка и тип образовательного учреждения для дальнейшего обучения (педагогическая коррекционная модель);

психологическую — в рамках этой модели проводится психологическое обследование. Его цель — получить оценку психических процессов, состояний, ведущей деятельности, характер интеракций и др. Обследование проводится психологом с использованием всего арсенала психодиагностических методик (интерактивная деятельность психокоррекционные модели).

специальную диагностическую — в рамках этой модели проводится специальное обследование (в данном случае — логопедическое, которое осуществляется логопедом), позволяющее определить специфические особенности нарушения;

Медицинская модель

Медицинская модель помощи предполагает, что в основе трудностей обучения и развития ребенка с расстройствами речи лежат болезни, болезненные состояния или болезненное развитие личности ребенка, обусловленные серьезными нарушениями ЦНС, незрелостью и нарушениями структур головного мозга и другими психосоматическими расстройствами. Соответственно, усилия специалистов направлены на излечение болезни, реабилитацию ребенка, адаптацию здоровых членов семьи к особенностям ребенка с нарушениями речи.

К медицинской диагностической модели обследования относится обследование ребенка всеми специалистами-медиками:

- терапевт дает заключение о соматическом статусе ребенка, рекомендуя тот или иной охранительный режим питания, умственных и физических нагрузок;
- невропатолог оценивает состояние ЦНС, определяет, органический или функциональный характер имеет речевое расстройство;

- нейрофизиолог с помощью объективных психофизиологических исследований (ЭЭГ, РЭГ, доплерография) оценивает состояние мозговых структур и сосудов, питающих мозг;

- оториноларинголог делает обследование слуховой системы с тем, чтобы отграничить собственно сенсорные нарушения от нарушений слуховой функции.

Психологом в рамках медицинской модели проводится *нейропсихологическое обследование*.

Такой вид обследования детей с речевыми нарушениями, как правило, используется при афазиях в рамках дифференциальной диагностики, когда особое значение имеет оценка состояния высших психических функций. Применение комплекса нейропсихологических методик, предложенных А. Р. Лурия, дополняет неврологическое обследование, выявляя отклонения высших психических функций и локализуя их в определенных отделах правого или левого полушария. Нейропсихологический анализ позволяет выявить структуру изменений этих функций, определить нарушения различных отделов мозга, на основании этих данных выбрать индивидуальный педагогический подход для коррекции и дифференцировать детей с учетом полученных критериев для дальнейшего обучения в школе, соответствующей определенной речевой патологии.

Для диагностики лиц с речевыми нарушениями важное значение имеет определение доминантности полушарий, особенности зрительного и слухового гнозиса, способности выполнения различных двигательных программ и произвольных движений. Качественная оценка деятельности производится при всех заданиях, позволяя судить о роли различных корковых структур левого и правого полушарий в организации той или иной психической функции. При нарушении программы выполнения действий учитывается характер ошибок (зеркальность, скорость выполнения, упрощение программы, персеверации), адекватность реакции ребенка, его внимание к выполнению задания, количество предъявлений, необходимых для правильного выполнения инструкции.

Снижение мнестической деятельности является одним из характерных нарушений, поэтому при всех видах речевых нарушений необходимо обследовать состояние памяти всех модальностей (зрительной, слухоречевой, двигательной) — произвольной и произвольной, долговременной и кратковременной. При оценке памяти анализируются «кривые запоминания» слов, структура процесса запоминания отдельных слов и короткого рассказа.

При нейропсихологическом обследовании используются пробы, где наибольшую нагрузку несут одна-две из операций, а остальные достаточно просты. Сопоставление близких проб позволяет уточнить, какие именно операции вызывают затруднения. Для анализа развития функций планирования и контроля используются пробы; реакция выбора, актуализация ассоциаций, а также составление рассказа по серии сюжетных картинок. Проба *реакция выбора* позволяет анализировать выполнение двигательных программ, возможность следования инструкции и переключения. Проба *ассоциации* выявляет трудности программирования и контроля, *составление рассказа* позволяет оценить построение смысловой программы развернутого высказывания, синтаксических и лексических особенностей речи ребенка. Для исследования динамической организации движений и действий используются пробы; *реципрокная координация*, *графическая проба* и *проба «кулак—ребро—ладонь»*. Кинестетическую организацию движений позволяют оценить задания на состояние *праксиса позы*; замедленное выполнение с ошибками, с внешним поиском свидетельствует о трудностях кинестетической переработки информации.

Исследование зрительно-пространственного праксиса и гнозиса включает пробы на *конструктивный праксис*, рисование трехмерного объекта в пространстве, запоминание

невербализуемых фигур. Различные схемы проведения нейропсихологического обследования можно найти в целом ряде современных пособий.

Образец нейропсихологического заключения

Фамилия, имя ребенка _____
Возраст _____
Школа № (д/сад) _____ класс (группа) _____
Оценка функции планирования и контроля, смысловая программа высказывания _____
Оценка динамической организации движений _____
Оценка кинестетической организации движений _____
Зрительно-пространственный праксис и гнозис _____
Зрительно-предметный гнозис _____
Слухоречевая память и восприятие речи _____
Заключение по результатам краткого нейропсихологического обследования _____
Дата обследования _____
Подпись психолога _____

Педагогическая модель

Педагогическая модель базируется на гипотезе недостаточной педагогической компетентности родителей и педагогов, работающих с ребенком, и предназначена для оказания им помощи в воспитании и обучении детей. Психолог вместе с педагогами (родителями) анализирует сложившуюся ситуацию и вырабатывает программу мер, направленную на ее изменение. Хотя сам взрослый может быть в той или иной степени причиной неблагополучия ребенка, однако эта возможность, по крайней мере открыто, не рассматривается, а в выработке мер воздействия психолог ориентируется не столько на индивидуальные особенности ребенка и родителя, сколько на универсальные, оптимальные с точки зрения педагогики и психологии способы воспитания. Психолог выступает в роли специалиста, которому лучше, чем консультируемому, известны проблемы, приемы и способы воспитания, он может давать советы, задания, проверять их выполнение и т.д.

Педагогическое обследование детей с речевыми нарушениями в целях определения степени педагогической запущенности, пограничных состояний и задержек психического развития, выявление индивидуальных типологических возможностей является чрезвычайно важным для дальнейшего их обучения.

Дифференцированная качественная оценка уровня сформированности готовности обучению в школе позволит отделить детей с речевыми нарушениями от детей с задержкой психического развития и определить дальнейшую стратегию обучения каждого ребенка. В начальной школе определение степени сформированности школьных навыков, в частности овладение письмом, чтением, счетом, позволят сделать выводы и произвести дифференциацию дисграфии, дискалькулии от задержек психического развития.

На разных этапах педагогического обследования используются различные методы изучения деятельности и личностных особенностей ребенка: беседа, обучающий эксперимент, наблюдение, изучение документации и письменных работ детей. Выбор методов диагностики зависит от коммуникативности ребенка, трудности адаптации в новых условиях, тревожности, сензитивности и других индивидуальных особенностей, а также от целей и задач каждого этапа обследования.

Как правило, обследование начинается с предварительного изучения документации ребенка: характеристики, медицинских справок, записей других специалистов, письменных работ. Затем проводится беседа с родителями с целью выяснить условия

жизни ребенка, особенности его развития, состав семьи, профессию родителей и т. п. С родителями также уточняется школьный анамнез ребенка: с какого возраста началось обучение, по каким программам обучался ребенок, какие предметы вызывали особые трудности в освоении, каковы увлечения и интересы ребенка в свободное от школы время.

Педагогическое обследование включает задания, построенные как на учебном, так и на неучебном материале. Состояние школьных навыков позволяет изучить ребенка в процессе деятельности. Педагог, наблюдая работу ребенка, при выполнении задания оценивает состояние его навыков, способность к использованию подсказки и помощи извне, о состоянии критичности и адекватности к результатам выполнения задания. В процессе выполнения учебных заданий оценивается степень дисциплинированности, настойчивости в выполнении, а также определяются трудности, мешающие ребенку учиться.

Основным методом педагогического обследования является обучающий эксперимент, позволяющий определить этап в возникновении трудностей, компенсаторные возможности, степень и характер помощи и наметить пути коррекции.

Схема педагогического обследования:

- 1) знакомство с документацией (школьная характеристика, медицинские сведения);
- 2) беседа с родителями или лицами, их заменяющими, в которой выясняются причины обращения за консультацией;

- 3) выяснение сформированности временных и пространственных представлений обследуемого. Знание времен года, их основные признаки, последовательность, название месяцев по порядку и вразбивку, по временам года. Знание дней недели, умение называть предыдущий и последующий день по отношению к данному, знание частей суток, определение времени по часам, определение сторон тела на себе и собеседнике, относительное положение предметов в пространстве и на листе бумаги;

- 4) выяснение сформированности обобщающих понятий, уровня обобщения и характера выбора связей (выделение 4-го «лишнего предмета, слова в ряду представлений). Нахождение различий и сходства в операциях сравнения;

- 5) определение умения подбирать простые и сложные аналогии (конкретные или логические ассоциации). Подбор аналогий по противоположностям (подбор антонимов);

- 6) выяснение уровня понимания смысла сюжетной картинки, рассказа. Установление логической последовательности, причинно-следственных связей в серии сюжетных картинок;

- 7) выяснение понимания логико-грамматических конструкций;

- 8) уровень понимания переносного смысла метафор и пословиц;

- 9) обследование знаний, умений и навыков по программе детского учреждения. Из школьных программ выбран материал диагностически значимый, позволяющий оптимально раскрыть способность ребенка к отвлеченному и логическому мышлению; из математики — умение определять и сравнивать предметы по цвету, форме, величине; предел знания последовательности чисел натурального ряда; умение назвать их в обратном порядке;

Соотношение числа и цифры; способ вычисления (конкретно, отвлеченно) на основе знания нумерации, знания состава числа, знания вычислительных приемов; понимание зависимости между компонентами и результатами действий; использование математической терминологии, понимание конкретного смысла терминов и действий; умение устанавливать логические связи при решении простых, составных, типовых задач; умение решать уравнения, неравенства; из русского языка — сформированность анализа на фонетическом, морфологическом, синтаксическом уровнях, умение выделить и объяснить орфограммы, сформулировать правило с подбором конкретных примеров, умение работать с различными деформированными текстами. При письме под диктовку учитывается сформированность графических навыков и характер ошибок (орфографические, специфические); из чтения — способ чтения (побуквенное,

послоговое, по единицам чтения, синтетическое, беглое); качество чтения (правильность, плавность, выразительность, сознательность), характер ошибок; пересказ (самостоятельный, полный, последовательный, по наводящим вопросам, примитивный, фрагментарный); умение делать вывод с учетом характеристик текста (описание, повествование, рассуждение);

10) в завершение обследования проводится заключительная беседа с родителями или лицами, их заменяющими, даются методические рекомендации по обучению, воспитанию и коррекции.

Образец педагогического заключения

Фамилия, имя ребенка _____
Возраст _____
Школа № (д/сад) _____ класс (группа) _____
Общие впечатления о ребенке _____
Общая осведомленность и социально-бытовая ориентировка _____
Сведения о себе и своей семье _____
Знания и представления об окружающем _____
Сформированность учебных навыков _____
Общая оценка учебных навыков (соответствие знаний, умений и навыков требованиям программы) _____

Математика _____
Характер ошибок _____
Чтение _____
Характерные ошибки чтения _____
Письмо _____
Ошибки письменной речи _____
Ошибки устной речи _____
Эмоционально-поведенческие особенности _____
Заключение и рекомендации по обучению _____
Дата обследования _____ Подпись педагога _____

Психологическая модель

Психологическая модель диагностики включает оценку причин тех или иных проблем или неблагополучий, обусловленных психологическими особенностями индивидуума, страдающего речевым расстройством. В этом процессе исходные предпосылки в виде особенностей мотивации поведения ребенка, стереотипов сформированной системы отношений к людям и событиям, личностных черт т.п. порождают систему эмоциональных связей, взаимоотношений, реализующихся в общении. Особенности этих связей и общения в целом, в свою очередь, служат предпосылками внутриличностных конфликтов, определяют способы реагирования на ситуации, затрагивающие жизнь ребенка в социуме.

Именно такую ситуацию представляет речевой дефект. Понимание необходимости учета психической реакции человека на жизненные трудности возникло, по крайней мере, со времен Гиппократа, который предлагал при лечении использовать не только лекарства, но также прибегать к помощи природы, ближайших родственников и самого больного. Однако понадобился длительный исторический путь для научного обоснования такого подхода к страдающему человеку. А. Р. Лурия в 1939 г. впервые сформулировал свою концепцию внутренней картины болезни (ВКБ) в противоположность внешней, объективно наблюдаемой, которую формирует сама болезнь (в нашем случае — речевой дефект), социальная среда больного и его личность. Центральным здесь выступает личность, которая и строит ВКБ, в структуру которого входят следующие компоненты;

сенситивный, эмоциональный, рациональный и волевой. Последний компонент представляет как бы итог ВКБ в виде поведения, направленного на выздоровление.

Проведенные исследования показывают, что ВКБ является оптимальной психотерапевтически ориентированной моделью диагностики, позволяющей оказывать помощь наиболее направленно (обозначив мишени не изолированно, а именно в системе личности), с наибольшим охватом симптомов. Данная модель универсальна для лиц, страдающих речевыми расстройствами независимо от возраста. В дальнейшем, в практической работе при отборе батарей методик для психологического обследования авторы используют психотерапевтическую модель, основой которой является целостное рассмотрение проблема нормального субъекта и его переживаний по поводу своего дефекта.

Так, для детей дошкольного и младшего школьного возраста психологическая модель предполагает анализ психического развития детей в соответствии с их возрастными нормами, поэтому в программу обследования включены в первую очередь оценки психомоторного развития, речи и интеллекта.

В программу обследования подростков и взрослых прежде всего входит исследование особенностей типологии, поведения и тревожного комплекса.

Схема обследования

I. Общие сведения о ребенке

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения (возраст) _____

Место работы (д/сад, школа) _____

II. Особенности психического развития:

1. Особенности внимания ребенка. Устойчивость, концентрация, распределение, переключаемость. Отвлечение и колебания внимания. Рассеянность и ее причины. Внимание и работоспособность.

2. Особенности восприятия и наблюдений. Запоминание (темп, объем), сохранение (прочность, длительность), узнавание (известного в новом). Воспроизведение: воспроизводящее, опознающее, облегчающее (полнота, точность, последовательность). Забывание (частичное, глубокое, ситуативное).

3. Вид памяти (зрительная, слуховая, моторная, смешанная). Уровни памяти (механическая, смысловая, логическая). Нарушения памяти.

4. Особенности мышления. Протекание мыслительного процесса. Состояние темпа, активности, последовательности, доказательности и критичности суждения.

Установление причинно-следственных зависимостей и функциональных связей.

Затруднения в протекании мыслительных операций (анализа, синтеза, аналогии, сравнения, абстракции, обобщения, классификации).

Затруднения в построении выводов, обобщений, умозаключений.

Особенности усвоения понятий (дифференцированность, подмена понятий, выделение существенных признаков, формирование определений).

Состояние видов мыслительной деятельности: наглядно-действенное, наглядно-образное, понятийное мышление. Творческое и репродуктивное мышление.

Нарушения мышления.

5. Обследование личностных особенностей

1. Особенности чувств, эмоций, воли. Протекание эмоционального процесса. Нарушения эмоций, склонность к эффектным вспышкам, депрессии, эмоциональной неадекватности. Нарушения высших чувств. Протекание волевого процесса. Соотношения эмоций и воли.

Нарушения в развитии воли, упрямство, легкая внушаемость, податливость, капризы, негативизм, импульсивность, развязность. 2. Личность и поведение. Интересы, потребности, идеалы, убеждения личности. Позиция личности.

Характер в системе взаимоотношений личности. Нарушения в общении личности. Характер и темперамент.

Нарушения в поведении и характере личности: замкнутость, аутизм, самолюбие, чрезмерная обидчивость, эгоизм. Завышенный уровень притязаний. Грубые нарушения в общении и поведении. Деятельность личности. Развитие потенциальных возможностей в деятельности. Сензитивность возрастных периодов и ведущий вид деятельности. Мотивы различных видов деятельности: игровой, учебной, трудовой.

Развитие потенциальных возможностей личности в деятельности. Нарушение работоспособности, отношений к деятельности, утомляемость.

Образец заключения психолога

Фамилия, имя ребенка _____ Возраст _____
Школа № (д/сад) _____ Класс (группа) _____
Запрос направляющей организации _____
Жалобы родителей _____
Внешний вид и поведение в ситуации обследования _____
Темп работы и работоспособность _____
Общая осведомленность ребенка (социально-бытовая ориентировка) _____
Особенности латерализации _____
Характеристика моторики, в том числе графической деятельности (рисунок, письмо) _____
Характеристика внимания _____
Характеристика сформированности функций программирования и контроля _____
Особенности запоминания, мнестической деятельности _____
Особенности речевого развития _____
Формирование пространственных и квазипространственных представлений (в том числе пространственный анализ и синтез), понимание сложных речевых конструкций, употребление предлогов _____
Характеристика интеллектуального развития _____
Характеристика мотивационно-волевой сферы _____
Эмоционально-личностные особенности _____
Характер межличностных отношений _____
Заключение психолога _____
Рекомендации _____
Дата обследования _____ Подпись психолога _____

2.

Специальная диагностическая модель (логопедическая)

Специальная диагностическая модель основывается на предположении дефицита у педагогов, логопедов, дефектологов специальных знаний о психологических особенностях детей с речевыми расстройствами и сочетании этих свойств в структуре ведущего дефекта. Полнота этих знаний позволила бы им принять правильное решение в виде вынесения диагностического заключения и оказать дифференцированную помощь с учетом индивидуальных особенностей обследуемого.

В таких случаях речевые нарушения входят в синдром основного нервно-психического заболевания. Задача логопеда — определить степень речевых расстройств и характер их в каждом из таких синдромов. Так, характерным для школьников является достаточно равномерное нарушение и фонетико-фонематического, и лексико-грамматического строя речи, обусловленные основным заболеванием (умственная отсталость). Речь детей школьного возраста с задержкой психического развития или с

социально-педагогической запущенностью сопровождается характерными особенностями лексико-грамматического строя (трудности словообразования, подбора антонимов и синонимов, затруднений в понимании лексико-грамматических конструкций, недостаточной сформированностью связной речи).

Особенности речевой функции у каждого ребенка сопоставляется с показателями обследования других специалистов: психиатров, невропатологов, психологов, педагогов-дефектологов.

Заключительный диагноз на каждого ребенка включает: уровень интеллектуального развития (или познавательной деятельности), нервно-психические отклонения и развернутый речевой диагноз.

Схема обследования

1. Цель посещения, жалобы родителей и ребенка.
2. Ознакомление с педагогической документацией.
3. Выяснение акушерского анамнеза и анамнеза развития ребенка (моторного, речевого, психического). Особое внимание обращают на:
 - предречевые вокализации (гуканье, гуление);
 - появление и характер лепетной речи, первых слов, фраз;
 - качество первых слов, фраз (наличие нарушений слоговой структуры, аграмматизмы, неправильное звукопроизношение).
4. Объективное исследование ребенка.
 - 4.1. Установление эмоционального контакта с ребенком, создание правильного отношения к обследованию: выявление интересов ребенка, его любимых занятий, игр, особенностей представления об окружающем.
 - 4.2. Исследование невербальных функций: изучение психомоторики, тесты Н.Озерецкого (пересчет пальцев, проба на пальцевой гнозис по подражанию, по словесной инструкции), наличие персевераций, застревания, соскальзывания, выраженной замедленности.
 - 4.3. Сукцессивные способности: повтор цифрового ряда в прямом и обратном порядке, звуковых рядов по ритму, ряды по сенсорным эталонам.
 - 4.4. Исследование предметного гнозиса (по контуру, по пунктиру, на зашумленном фоне, с недостающими элементами),
 - 4.5. Исследование буквенного гнозиса и праксиса (по контуру, по пунктиру, на зашумленном фоне, с недостающими элементами).
 - 4.6. Исследование мышления (расклад серии сюжетных картинок, выявление причинно-следственных связей, определение уровня смысловой целостности рассказа).
 - 4.7. Исследование импрессивной речи:
 - понимание связной речи;
 - понимание предложений;
 - понимание различных грамматических форм (предложно-падежных конструкций, дифференциация единственного и множественного числа существительных, глаголов, дифференциация глаголов с различными приставками и т.п.);
 - понимание слов (противоположных по значению, близких по значению).
 - 4.8. Исследование фонематических процессов.
 - 4.8.1. Фонематический анализ:
 - выделение звука на фоне слова;
 - выделение звука из слова;
 - определение места звука в слове по отношению к другим звукам;
 - определение количества звуков в слове;
 - дифференциация звуков по противопоставлениям (звонкость — глухость, мягкость — твердость, свистящие — шипящие и т. п.).
 - 4.8.2. Фонематический синтез:
 - составление слов из последовательно данных звуков;

- составление слов из звуков, данных в нарушенной последовательности.

4.8.3. Фонематические представления:

- придумать слово на определенный звук.

4.9. Исследование экспрессивной речи. 4.9.1. Строение и подвижность артикуляционного аппарата, исследование орального праксиса.

Отметить параметры движений:

- тонус;
- активность;
- объем движения;
- точность выполнения;
- длительность;
- замена одного движения другим;
- добавочные и лишние движения (синкенизии).

4.9.2. Состояние звукопроизношения:

- изолированный вариант;
- в слогах: открытых, закрытых, со стечением согласных;
- в словах;
- в речи;
- произношение слов различной слоговой структуры. Отмечается сокращение числа слогов, упрощение слогов, уподобление слогов, перестановка слогов.

4.9.3. Исследование словарного состава языка:

- самостоятельное дополнение ребенком тематического ряда;
- подбор синонимов, антонимов, родственных слов;
- выявление общих категориальных названий. Отметить:
- соответствие словаря возрастной норме;
- наличие в словаре глаголов, наречий, прилагательных, местоимений, существительных;
- точность употребления слов.

При моторной алалии отметить разницу между активным и пассивным словарем.

4.9.4. Обследование грамматического строя речи. Отметить:

- а) характер употребляемых предложений (однословные, двусловные и более);
- б) характер употребления предложно-падежных конструкций;
- в) состояние функции словоизменения:
 - преобразование единственного числа существительных во множественное в именительном падеже;
 - образование формы родительного падежа существительных в единственном и множественном числе;
 - согласование с числительными.
- г) состояние функции словообразования:
 - образование существительных с помощью уменьшительно-ласкательных суффиксов;
 - образование прилагательных (относительных, качественных, притяжательных);
 - образование названий детенышей животных;
 - образование глаголов с помощью приставок.

4.10. Состояние связной речи (воспроизведение знакомой сказки, составление рассказа по серии сюжетных картинок и др.). Отметить:

- логическую последовательность в изложении событий;
- характер аграмматизма;
- особенности словаря.

4.11. Исследование динамических характеристик речи (темп, интонационная выразительность; наличие скандированной речи; запинки, спотыкание, заикание).

4.12. Особенности голоса: громкий, тихий, слабый, сиплый, хриплый. 5. Состояние письменной речи. 5.1. Состояние навыка письма:

- проанализировать представленные письменные работы в школьных тетрадях;
- выявить навыки звукового анализа и синтеза;
- отметить особенности звукового анализа и синтеза;
- отметить особенности слухоречевой памяти;
- проверить слуховую дифференциацию фонем;
- состояние динамического праксиса;
- определить ведущую руку (пробы А. Р. Лурия на леворукость и скрытое левшество);
- проанализировать разные виды письменной деятельности (списывание, диктант, самостоятельное письмо);
- отметить особенности почерка;
- отметить характер дисграфических и орфографических ошибок.

5.2. Состояние навыка чтения:

- умение правильно показать печатные и прописные буквы;
- способность правильно называть буквы;
- чтение слогов, слов, предложений, текста. Отметить характер ошибок (замены, искажения, пропуски, перестановки букв, семантические замены):
- отметить характер чтения (побуквенное, послоговое, слитное, выразительное);
- выявить понимание прочитанного;
- отметить отношение ребенка к чтению (любит или не любит самостоятельно читать).

6. Логопедическое заключение (речевой диагноз: степень и характер нарушения устной и письменной речи).

7. Рекомендации.

Образец логопедического заключения

Фамилия, имя ребенка _____ Возраст _____
Школа № (д/сад) _____ Класс (группа) _____
Краткий анамнез раннего речевого развития _____
Речевая среда и социальные условия _____
Общая и мелкая моторика _____
Артикуляционный аппарат _____
Устная речь:
Общее звучание речи _____
Понимание речи _____
Активный словарь _____
Грамматический строй речи _____
Слоговая структура речи _____
Звукопроизношение _____
Фонематическое восприятие, звуковой анализ, синтез _____
Связная речь _____
Темп и плавность речи (особенности речи, связанные с заиканием) _____
Письменная речь:
Чтение _____
Письмо _____
Заключение _____
Рекомендации _____
Дата обследования _____ Подпись логопеда _____

Практическое занятие №4 (4 часа)

ТЕМА *Дифференциальная диагностика нарушений развития детей*

Цель: *актуализировать и углублять знания о методах дифференциальной диагностики нарушений психофизического развития*

Глоссарий: *дифференциальная диагностика, критерии дифференциальной диагностики*

Вопросы для обсуждения:

1. Особенности дифференциального диагноза при речевых нарушениях.
2. Особенности изучения умственного развития детей с различными патогенетическими формами речевых нарушений.
3. Критерии дифференциальной диагностики нарушений развития.
4. Учет степени выраженности и характера нарушений мышления, речи и обучаемости при разграничении умственной отсталости, задержки психического развития и общего недоразвития речи (по В.И. Лубовскому).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить и законспектировать материал к вопросу №4 (см. Приложение)

1. Изучить методику А.Н. Корнева «МЕТОДИКА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИСЛЕКСИИ (МРВД)» и подготовиться к её проведению

Литература:

Осн: 1, 3, 4, 5, 6, 7

Доп: 8, 9,10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20,21,22,23, 24,25

Приложение к практическому занятию № 4

Разграничение умственной отсталости, задержки психического развития и общего недоразвития речи (по В.И. Лубовскому).

В таблице представлены варианты расположения данных обследования, характерные для умственно отсталых детей, детей с задержкой психического развития и общим недоразвитием речи. Степень нарушения отмечается в соответствующих столбцах таблицы.

Наиболее типичными случаями для рассматриваемых категорий являются следующие.

При умственной отсталости обычно отмечаются значительные нарушения мышления, легкие недостатки речевого развития и низкий уровень обучаемости.

Легкая или средняя степень выраженности недостатков в развитии мышления, при возможном наличии некоторых речевых дефектов и несколько сниженной (слегка или умеренно) по сравнению с нормой обучаемостью, наблюдается обычно при задержке психического развития.

Таблица Оценка уровня сформированности психических процессов

Категория нарушенного развития	Степень выраженности недостаточности								
	мышления			речи			обучаемости		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Умственная отсталость			*	(*)	*	*			*
Задержка психического развития		*		(*)	*			*	
Общее недоразвитие речи	*	(*)				*	*	(*)	
1	II			III					
отсутствие недостаточности	средняя			грубая недостаточность					

Отсутствие нарушений в развитии мыслительной деятельности (что особенно отчетливо обнаруживается при выполнении заданий наглядно-практического характера) или слабая их выраженность и преимущественное проявление в заданиях словесно-логического характера, значительные недостатки в развитии речи и близкая к норме или незначительно сниженная обучаемость характерны для случаев общего недоразвития речи.

Для каждой категории нарушенного развития представлены как наиболее часто распространенный вариант сочетания разных степеней выраженности недоразвития обследованных функций, так и **менее вероятные, но встречающиеся варианты**. В последнем случае данные о степени недостаточности функции **взяты в скобки**. Такие варианты при умственной отсталости прежде всего проявляются в состоянии речи. Так, в некоторых случаях у детей с легкой степенью умственной отсталости, особенно если на протяжении дошкольного периода с ними достаточно много занимались, речевое развитие может быть вполне благополучным. И в то же время у педагогически запущенных умственно отсталых дошкольников наблюдается выраженное отставание в речевом развитии, грубо проявляющееся при обследовании всех сторон речи. Особенно значительные нарушения развития речи наблюдаются у умственно отсталых со сложным дефектом, при котором разлитое поражение коры мозга сочетается с локальным повреждением речевых зон.

Соответственно при общем недоразвитии речи может наблюдаться разный уровень обучаемости: от близкого к нормальному до средней степени недостаточности.

Как видно из описанной выше таблицы, наибольшее значение для дифференциальной психодиагностики нарушений развития придается особенностям мыслительной деятельности (в трех видах мышления), состоянию речевого развития (с учетом трех сторон речи) и обучаемости ребенка (как общей характеристике потенциальных возможностей познавательной деятельности). Соотношение этих компонентов (или факторов) структуры психической деятельности определяет принадлежность ребенка к тому или иному типу нарушенного развития.

А.Н. Корнев

МЕТОДИКА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИСЛЕКСИИ (МРВД)

Данную методику целесообразно использовать в ходе массовых профилактических осмотров детей 6-8 лет. Обследование с помощью МРВД не требует специального оборудования и занимает около 5-8 мин. Пользование методикой доступно широкому кругу специалистов: детским психиатрам, невропатологам, педиатрам, логопедам.

Описание методики и правила оценки выполнения заданий.

I. «Рядоговорение».

Инструкция ребенку:

«Перечисли по порядку времена года и (после ответа на этот вопрос) дни недели» (при недостаточном понимании своих временных понятий допустима помощь в виде наводящих вопросов или подсказки, не содержащей порядкового перечисления).

Оценки (здесь и далее оценка дается в штрафных баллах):

- 1) правильно ответил на оба вопроса — 0 баллов;
- 2) правильно ответил на один вопрос — 2 балла;
- 3) не ответил ни на один вопрос — 3 балла.

II. «Ритмы».

Инструкция: «Послушай, как я постучу, и после того, как я закончу, постучи точно так же». После этого однократно предъявляется серия ударов по столу (карандашом или палочкой) с длинными и короткими интервалами:

- 1) простые ритмы — !! !, ! !!, !! ! !, !! ! !, ! !!!, если задание выполнено верно, то переходят к более сложному; если допущено больше одной ошибки, то прекращают;
- 2) сложные ритмы — !!! !!, ! ! ! !, ! ! ! ! !, ! ! ! ! !. Критерий выполнения такой же, как в простых ритмах.

Оценки:

- 1) выполнены оба задания — 0 баллов;
- 2) выполнены только простые ритмы — 2 балла;

3) не выполнено ни одного задания — 3 балла.

III. Тест «Кулак — ребро — ладонь».

Инструкция: «Посмотри внимательно на то, что я сейчас сделаю, и повтори точно так же». Экспериментатор демонстрирует ребенку трижды подряд последовательность из трех движений руки:

- ударить кулаком по столу,
- поставить ладонь ребром,
- хлопнуть ладонью по столу.

Ребенок, так же как и экспериментатор, должен трижды без ошибок воспроизвести эту последовательность. Если ребенок нарушил последовательность движений не более одного раза, нужно указать, что допущена ошибка, и предоставить ему еще попытку (если ребенок воспроизвел последовательность из 3 движений только один раз и после стимуляции продолжил ее верно, то это ошибкой не считается). При явно ошибочном воспроизведении демонстрация образца повторяется. Всего допускается не более 5 демонстраций.

Оценки:

- 1) правильное воспроизведение с одной-двух попыток после 1-й демонстрации — 0 баллов;
- 2) правильное воспроизведение после 2 демонстраций или после 3 демонстраций с 1-й попытки — 2 балла;
- 3) правильное воспроизведение после 4 и 5 демонстраций или после 3 демонстраций со 2-й и более попыток <— 3 балла.

IV. Субтест «Повторение цифр».

Инструкция: «Сейчас я назову тебе какие-нибудь несколько цифр, а ты, как только я кончу говорить, повтори их точно в таком же порядке. Внимание!» После этого экспериментатор ровным голосом, не меняя интонации на последней цифре, в ритме отсчета стартового времени называет ряд из трех цифр (см. цифровые ряды). При ошибочном воспроизведении предъявляется другой ряд из трех цифр. При верном воспроизведении переходят к ряду из 4 цифр и так далее до ряда из 5 цифр. Экспериментатор фиксирует количество цифр в наибольшем правильно воспроизведенном ряду. Это является предварительной оценкой за первую половину задания. После этого дается новая инструкция: «Сейчас я назову тебе еще несколько цифр, и ты их тоже будешь повторять, но только начинай с конца, повторяй их в обратном порядке. Например: если я скажу 1-2, то ты должен сказать 2-1». При этом для наглядности нужно поочередно коснуться пальцем на столе двух воображаемых точек: сначала слева направо, затем справа налево. Тактика обследования и фиксирования

результатов такая же, как в первой половине задания: сначала предлагается ряд из 2 цифр, затем из 3 и т. д. Итоговым результатом выполнения всего задания является сумма предварительных оценок за первую и вторую половины задания.

ЦИФРОВЫЕ РЯДЫ

Прямой счет:

№ 4 3 - 8 - 6 6 - 1 - 2

№ 4 3 - 4 - 1 - 7 6 - 1 - 5 - 8

№ 5 8 - 4 - 2 - 3 - 9 5 - 2 - 1 - 8 - 6

Обратный счет:

№ 2 2 - 5 6 - 3

№ 3 5 - 7 - 4 2 - 5 - 9

№ 4 7 - 2 - 9 - 6 8 - 4 - 9 - 3

Оценки: 1) итоговый результат больше 6 — 0 баллов,

2) итоговый результат равен 6 — 2 балла;

3) итоговый результат меньше 6 — 3 балла.

V. Ориентировка в «право — лево»:

1. Простая ориентировка.

Инструкция: «Подними левую руку (начинать надо обязательно с левой), покажи правый глаз, левую ногу». Если задание выполнено, то переходят к следующему, если нет — прекращают.

2. Речевая проба Хеда.

Инструкция:

«Возьмись левой рукой за правое ухо, правой рукой — за правое ухо, правой рукой — за левое ухо, покажи левой рукой правый глаз».

Оценка: 1) выполнены оба задания — 0 баллов;

2) выполнена только простая ориентировка — 2 балла;

3) не выполнено ни одного задания — 3 балла.

VI. Составление рассказа по серии картинок.

Ребенку предъявляется рассказ в 2 картинках (удобен для использования рассказ о курице, цыплятах и самоварной трубе из книги Н. Радлова «Рассказы в картинках»). В рассказе на первой картинке изображены: курица, которая вывела 4 желтых цыплят на прогулку, и лежащая на земле самоварная труба, в которую один из цыплят заглядывает. На второй

картинке удивленная курица, оглянувшись, видит, что трое цыплят вылезли из трубы черными, а четвертый, еще желтый, цыпленок заглядывает в нее.

Инструкция: «Посмотри! На этих картинках нарисован маленький рассказик. Расскажи: про что здесь нарисовано? Составь рассказ по этим картинкам».

Если ребенок не может самостоятельно составить рассказ или вместо него перечисляет изображенные предметы, то нужно задать наводящие вопросы. После того как ребенок закончил рассказ, задается вопрос: «Объясни: почему цыплята стали черными?» Оценки выставляют в два этапа.

1. Оценивается качество построения рассказа — связность, полнота изложения, правильность описания, последовательность событий:

а) рассказ составлен самостоятельно, без существенных погрешностей — 0 баллов;

б) рассказ составлен только по наводящим вопросам без грубых погрешностей или самостоятельно, но с грубыми погрешностями (пропущена существенная часть рассказа, нарушена последовательность событий) — 2 балла;

в) вместо рассказа перечисляются изображенные предметы — 3 балла;

г) ребенок без посторонней помощи даже не перечисляет предметы на картинках — 4 балла.

2. Оценивается понимание причинно-следственных связей:

а) дано правильное объяснение (испачкались в саже или в краске) — 0 баллов;

б) объяснение неполное («труба — черная») — при этом задается наводящий вопрос: «Что значит черная?», и если удовлетворительного ответа не дано, то оценка — 1 балл;

в) объяснения совсем не было — 2 балла.

Итоговая оценка равна сумме первой и второй оценок. Составление окончательного заключения:

1. При обследовании детей 6,5-7,5 лет без грубой речевой патологии суммируются следующие 3 оценки: за «Рядоговорение», «Повторение цифр» и за тест Озерского или «Ритмы» (из этих двух выбирается задание, за которое получена большая оценка). Сумма баллов, превышающая 5, свидетельствует о предрасположенности к дислексии.

2. При обследовании детей 7,5 - 8,5 лет с выраженной речевой патологией (полиморфная дислалия, общее речевое недоразвитие, ринолалия) суммируются следующие оценки: за «Рядоговорение», «Повторение цифр», «Ориентировка в „право — лево"» и «Рассказ по картинкам». Сумма баллов, превышающая 5, свидетельствует о предрасположенности к дислексии.

Литература

Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учеб.-метод. пособие. – СПб.: ИД «МиМ», 1997.

Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. – СПб.: Речь, 2006.

Применение методик психолого-педагогической диагностики

1. Методики, направленные на исследование познавательных процессов: восприятия, внимания, памяти, воображения, мышления, речи

Исследование особенностей восприятия детей. Восприятие цвета, формы, размера. Восприятие пространственных отношений (конструирование целого по образцу и самостоятельно, разрезные картинки, доски Сегена разной степени сложности, почтовый ящик). Исследование способности к целостному восприятию формы предметов и соотношению частей геометрических фигур и предметных изображений (методика Т.Н. Головиной). Исследование избирательности восприятия (двойные изображения).

Исследование особенностей внимания детей. Исследование объема, распределения, переключения, устойчивости, концентрации внимания (корректирующие пробы разных видов, таблицы для одновременного подсчета фигур двух видов, разные варианты методик Т.Е.Рыбакова, лабиринты разной степени трудности, пробы Крепелина, таблицы Шульте и их модификации, методики «Недостающие детали», «Найди различия» и др.). Способы обработки результатов и их анализа.

Исследование особенностей образной памяти детей. Методика исследования узнавания фигур (Т.Е. Рыбакова, другие варианты). Запоминание предметов и мест их расположения. Методика исследования точности образов памяти. Тест зрительной и слуховой памяти (Р. Мейли). Исследование визуальной репродукции по шкале Векслера. Тест зрительной рецепции А. Бен-тона. Изучение соотношения произвольного и произвольного запоминания наглядного материала. Изучение влияния сюжетно-ролевой игры на запоминание и воспроизведение наглядного материала детьми дошкольного возраста.

Исследование особенностей словесной памяти. Методика «Заучивание 10 слов». Исследование логической и механической памяти методом запоминания двух рядов слов. Методика «Воспроизведение рассказов». Методики исследования опосредованного запоминания (варианты А.Н.Леонтьева, Л.В.Занкова). Пробы на запоминание искусственных (несмысловых) звукосочетаний.

Исследование нарушений пространственной ориентации и конструктивного праксиса у детей (методика Кооса и ее модификации).

Исследование воображения в детском возрасте. Познавательная и аффективно-оценочная функции воображения, разные способы их анализа. Использование продуктов деятельности детей для оценки воображения (рисунки, поделки, аппликации, скульптурные изображения и т.п.). Изучение оригинальности решения задач (методики Е. Торренса, О.М. Дьяченко). Изучение воссоздающего воображения при восприятии сказки, литературного произведения. Изучение воображения детей в сюжетно-ролевой игре, учебной деятельности.

Исследование особенностей мыслительной деятельности детей. Методики, направленные на диагностику различных особенностей мышления: уровня развития мыслительных операций (анализ, синтез, абстракция, обобщение, сравнение), разных видов мышления (наглядно-действенное, наглядно-образное, словесно-логическое), разных качеств (критичность, гибкость, импульсивность, оригинальность и т.п.). Понимание картин со скрытым смыслом. Понимание картин с нелепым, бессмысленным сюжетом? Установление последовательности событий (разные варианты в зависимости от возраста испытуемых). Методика «Простые аналогии». Методики «Определение понятий», «Сравнение понятий». Выделение закономерностей (методика Б.И. Пинского). Исключение не подходящих к группе предметов и понятий. Методика «Классификация геометрических фигур» и ее варианты (например, лото В.М.Когана). Классификация предметов. Классификация понятий. Понимание загадок и метафор детьми. Исследование формирования искусственных понятий (методика Выготского — Сахарова

и ее модификации). Матрицы Дж.Равена и их использование для диагностики наглядно-образного мышления детей с нарушениями в развитии.

Исследование особенностей развития речи у аномальных детей. Исследование особенностей экспрессивной речи — диалогической, повествовательной: повторение (изолированных звуков, слогов, простых и сложных слов, предложений), ответы на вопросы, беседа по картинке. Исследование состояния имп-рессивной речи — различения изолированных гласных звуков и их серий, дифференцирования близких по звучанию слогов, слов, понимания отдельных слов, понимания простых команд и предложений, понимания логико-грамматических конструкций разного типа (по А.Р. Лурия). Специфика психолого-педагогического обследования познавательных процессов при разных типах нарушений психического развития детей (при нарушениях в развитии интеллекта слуха, речи, двигательной сферы, эмоционально-волевой сферы, сложных нарушениях).

2. Диагностика уровня интеллектуального развития. Оценка обучаемости при выполнении заданий

Умственное развитие и интеллект. Диагностика уровня интеллектуального развития. Тест Д. Векслера для измерения интеллекта. Тест Р. Амтхауэра. Краткий ориентировочный тест (КОТ). Тесты Г. Айзенка. Применение интеллектуальных тестов в психологии на современном этапе. Школьный тест умственного развития (ШТУР, рук. К.М. Гуревич). Возникновение, перспективы разработки и применения критериально-ориентированного тестирования интеллектуального развития детей.

Понятия Л.С. Выготского об актуальном уровне умственного развития у детей, о зоне ближайшего развития. Обучающий эксперимент, его использование для диагностики умственного развития детей, для дифференциальной диагностики задержки психического развития, умственной отсталости и других типов нарушений. Принципы построения обучающих экспериментов. Виды помощи. Вспомогательные задачи. Некоторые примеры построения обучающих экспериментов (матрицы Равена, классификация геометрических фигур, методика Кооса и др.).

3. Возрастные аспекты психодиагностики

Диагностика психического развития младенцев. Формы общения по М.И. Лисиной, их использование для диагностики психического развития детей от рождения до 7 лет. Диагностика развития двигательной сферы, восприятия (фиксация взора, слежение, локализация источника звука), эмоциональной сферы. Этапы развития голосовой активности и их использование для диагностики нарушений развития (слуха, речи).

Диагностика психического развития в раннем детстве. Диагностика ситуативно-деловой формы общения. Развитие речи. Развитие движений. Развитие разных видов предметных действий как показатель психического развития детей.

Диагностика психического развития детей дошкольного возраста. Диагностика форм общения. Психодиагностика развития игровой деятельности. Диагностика развития речи, образных форм познания. Использование задач Ж. Пиаже на сохранение количества для диагностики умственного развития дошкольников.

Диагностика готовности детей к школьному обучению. Разные виды психологической готовности. Способы диагностики готовности к школьному обучению. Тесты А. Керна — Йирасека. Типология психического развития при переходе от дошкольного к младшему школьному возрасту, система заданий для психодиагностики (А.Л. Венгер, Е.В. Бугрименко и др.)-Диагностика психологической готовности к школе при разных типах нарушения развития.

Диагностика психического развития в младшем школьном возрасте. Диагностика умственного развития. Психодиагностика развития личности и межличностных отношений. Диагностика уровня развития учебной деятельности.

4. Психодиагностика некоторых особенностей личности

ребенка

Структурные компоненты личности и методы их диагностики. Мотивы и методы их исследования. Проективные методы, возможности их использования при диагностике особенностей личности детей с отклонениями в развитии (например, при умственной отсталости, при потере слуха). Классификация проективных методов исследования личности.

Методики изучения продуктов творчества. Игровые методы.

Исследование самооценки ребенка дошкольного возраста (методика Т. Дембо — С.Рубинштейн, «Лесенка», методика Де Греефе и др.). Методика свободного самоописания.

Уровень притязаний и методы его исследования у детей. Определение уровня притязаний при помощи результативных экспериментов.

Психодиагностика состояний. Использование теста руки (Е. Вагнер) для диагностики агрессивности. Использование цветового теста М. Люшера для диагностики состояний. Использование методик исследования познавательных процессов для диагностики функциональных и эмоциональных состояний ребенка с отклонениями в развитии.

Диагностика отношений в семье, имеющей аномального ребенка. Психодиагностика родительских отношений (методика PARY, тест родительского отношения А.Я. Варги, В.В. Столина и др.). Методика Р. Жилия и варианты ее использования при обследовании ребенка с нарушенным развитием.

Практическое занятие №5 (2 часа)

ТЕМА *Особенности психолого-педагогического изучения лиц с нарушениями речи в различные возрастные периоды*

ЦЕЛЬ: закреплять знания студентов об организации и содержании психолого-педагогического обследования лиц с нарушениями речи в разные возрастные периоды; развивать умения анализировать и применять на практике полученную информацию.

Глоссарий: *методики оценки речи детей раннего возраста, преддошкольного, дошкольного и младшего школьного возраста; оценки речи подростков и взрослых.*

Вопросы для обсуждения:

1. Обследование речи детей раннего возраста: обследование доречевого развития, оценка начального детского лексикона.
2. Оценка моторного и когнитивного развития детей раннего возраста с нарушениями развития.
3. Обследование речевого развития детей преддошкольного, дошкольного и младшего школьного возраста.
4. Методики оценки речи подростков и взрослых с нарушениями речи.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Подготовить рефераты:
 - *Обследование речи детей раннего возраста: обследование доречевого развития, оценка начального детского лексикона.*
 - *Оценка моторного и когнитивного развития детей раннего возраста с нарушениями развития.*
2. Используя материалы лекций и учебные пособия, подготовиться к контрольной работе по вопросам 3,4.
3. Изучите приложение к практическому занятию №5. Какие задачи решаются логопедом в ходе обследования ребёнка с интеллектуальными нарушениями? Какие для этого используются средства и приёмы диагностики?

Литература:

Осн: 1, 3, 4, 5, 6, 7

Доп: **8, 9,10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20,21,22,23, 24,25** + Штрасмайер В. Обучение и развитие ребёнка раннего возраста: Учеб. пос.: Пер. с нем. А.А. Михлина, Н.М. Назаровой. – М.: Изд. центр “Академия”, 2002. – 240с.

Особенности логопедической работы с детьми с умеренной и тяжелой интеллектуальной недостаточностью

МК Б-10	Степень умственной отсталости	Коэффициент интеллектуального развития (IQ)	Интеллектуальная недостаточность
F70	легкая	50-69	<i>легкая</i>
F71	умеренная	35-49	<i>умеренная</i>
F72	тяжелая	20-34	<i>тяжелая</i>
F73	глубокая	ниже 20	<i>глубокая</i>

У этих детей имеется грубое недоразвитие речи системного характера, которое часто осложняется такими речевыми нарушениями, как ринолалия, дизартрия, алалия и др. одним из препятствий на пути развития речи является грубое нарушение моторики (общей, ручной, артикуляционной), поэтому работа по их развитию имеет важное значение в стимуляции речи – насыщение предметной образовательной среды.

При построении работы – опора на результаты обследования, которое необходимо направить на решение 2 задач: определение объема понимания чужой речи и уровня развития собственной речи.

Понимание речи изучается, прежде всего, на хорошо знакомых предметах:

- Называются расставленные перед ребенком игрушки, а он должен показать их или взять, подать.
- Предлагается показать части своего тела
- Устанавливается, может ли ребенок показать на картинке знакомые предметы (те, которые используются в быту)

Проверяется, какие действия осознаются ребенком:

- Выполнение действий: закрой глаза, поцелуй (обними) маму, возьми игрушку из шкафа, открой дверь, дай мне кубик
- Показать на картинках, где девочка идет, сидит, пьет, моет руки

Исследуется понимание некоторых слов-обобщений:

- Покажи, где обувь, собери в ведро посуду, возьми на полочке игрушки

Устанавливается, знает ли ребенок цвета, величину и форму предметов, понимает ли предложения с простыми предлогами (на, в, под, над, около) – положи машинку в сумку, куклу посади на стол.

Обследование активной речи в ходе изучения понимания речи (что ребенок может произнести самостоятельно, есть ли фразовая речь). Все произносимые слова фиксируются, чтобы установить запас активного и пассивного словаря.

Особенности работы:

1. обязательное опережающее развитие смысловой стороны речи. В экспрессивную речь переводится только то, что ребенку понятно и имеется в его пассивном словаре.
2. не делается акцент на правильном звукопроизношении, важно, чтобы дети общались на доступном уровне, учились вслушиваться в речь и понимать ее.
3. работа по развитию понимания речи начинается с невербальных средств общения. Прежде всего важно научить ребенка фиксировать взгляд на лице собеседника, смотреть в глаза партнеру по общению. У ребенка преодолевается отчужденность и боязнь общения. Создается мотивация общения практическими взаимодействиями. Учим выражать согласие или несогласие кивком головы, жестами, выражать жестами просьбы: дай есть, дай пить, дай карандаш.
4. программа занятий по развитию понимания обращенной речи включает в себя следующие разделы:

- умение реагировать на жесты и слушать, понимать и выполнять краткие инструкции: дай, покажи, принеси, сходи и т.п., показать жестами и телодвижениями действия: шел, топал, танцевал, подметал, летал и пр.

- умение выбирать из разных предметов и картинок то, что нужно (показывать предметы по названному слову)

- умение выполнять указания, в которых есть слова, обозначающие признаки предметов (величина и цвет)

- умение выполнять указания, в которых есть слова, обозначающие местоположение предметов (понимание вопросов Где? Где машина? Куда?, предлогов под, над, за)

- умение реагировать на разные грамматические формы (глаголы с приставками на, за, вы, при).

- умение понимать связное высказывание, например показ дерева и рассказ взрослого о нем: Вот дерево. Оно высокое. Покажем, какое оно высокое. Поднимем руку вверх. На дереве много листьев. Листья зеленые. Дерево красивое.

Примерные лексические темы: Части тела и лица, Игрушки, предметы посуды, одежда, мебель, зимние забавы, весна и пр.

5. формирование активной речи в определенной ситуации:

- вызывание звуков у детей, у которых речь отсутствует (а, о. У. И, м. П. т, в, X). В работе над звукопроизношением акцент делаем на гласные – поем их, понижая и повышая голос, имитируя слоги с самыми простыми согласными – м, п. б (ам, ом, ум и т.д.), далее – т, д, н (нужен подъем кончика языка – поэтому вначале упражнения по лизанию верхней губы, прикусыванию языка, жеванию его). Усилия ребенка поощряются, важно, чтобы он испытывал радость от того, что говорит.

- вызывание подражательной речевой деятельности в форме любых звуковых проявлений – звуесочетаний (ту-ту, ам-ма, топ-топ), подражаний музыкальным инструментам (бом-бом, ду-ду, ля-ля), эмоциональные восклицания (аха-ах, ой, ай, ух), выражения просьбы, желания (дай, на, вот), названия близких людей (баба, тетя. Ваня).

Важно, чтобы ребенок понимал речь и пытался воспроизвести интонацию – ритмический рисунок – на этой основе будет овладевать воспроизведением слов в 2 слога.

6. Слова, которые вводятся в речь, имеют наглядную и двигательную основу: ребенку показывают предмет или его изображение и на картинке и предлагается сказать (Дядя. Это дядя. Мыть, Я мою). Произносимые слова касаются тех предметов, которые связаны с повседневной жизнью ребенка и являются значимыми для него. Правильное произношение не имеет значение, важно, что ребенок пытается говорить, главное научить его общению, т.е. чтобы он мог делиться чем-нибудь, выражать просьбы, желания на невербальном или вербальном уровнях.

7. работа по развитию коммуникативных навыков должна осуществляться не только на занятиях, но и в режимные моменты. При этом широко используются слова, жесты, символы, пиктограммы. Пиктография – рисуночное письмо – широко используется в качестве средства общения. Ребенок, показывая на ту или иную карточку, выражает свое желание.

8. работа по развитию коммуникативных способностей включает на последующих этапах и формирование элементов грамоты. Но не ставится задача научить ребенка обязательно читать и писать (все зависит от доступного для ребенка уровня).

В целом развитие речи этих детей осуществляется с большим трудом. Но, как указывал

Э. Сеген, 2 –3 слова для такого ребенка то же, что тысяча новых для нормально развивающихся.

Литература:

1. Баряева Л.Б., Логинова Е.Л., Лопатина Л.В. Предметно-развивающая среда для подготовки к обучению грамоте детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью // Обучение грамоте. Пособие для учителя. СПб., 2004.

2. Кицул Н.С., Абрамова Л.В. Формирование навыков коммуникации у детей со сложными и тяжелыми дефектами // Логопед. 2005. № 5.

3. Комарова С.В. Формирование коммуникативных умений у детей с глубокими интеллектуальными нарушениями // Логопед. 2004. № 2.

4. Маллер А.Р., Цикото Г.В. Воспитание и обучение детей с тяжёлой интеллектуальной недостаточностью. М., 2003.

5. Шипицына Л.М. Развитие навыков общения у детей с умеренной и тяжёлой умственной отсталостью. Спб., 2004.

