



ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА



УДК 37.015.3(075.8)

ББК 88.8я73

П863

**Издательская программа «Специальная педагогика и специальная психология»
для педагогических вузов и колледжей**

**Руководитель программы — доктор педагогических наук,
профессор *Н. М. Назарова***

Рецензенты:

**доктор психологических наук, профессор, действительный член РАО
В. И. Лубовский;
кандидат психологических наук *Н. Б. Шабалина***

Авторы:

***И.Ю.Левченко* — 2; 3.1; 3.3; 3.4 в соавт. с *Н.А.Киселевой*; 5.3;
С.Д.Забрамная — 1; 3.2; 4.4; 6; *Т.А.Басилова* — 5.5; *Т.Г.Богданова* — 5.1;
Т. Н. Волковская — 3.5; 4.1; 4.2; 4.3; *Т.А.Добровольская* — 4.5; 7;
Л. И. Солнцева — 5.2; *В. В. Ткачева* — 5.4; 8**

Психолого-педагогическая диагностика: Учеб. пособие для
П863 студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамная, Т.А.Добровольская и др.; Под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. - 320 с.

ISBN 5-7695-0555-9

В учебном пособии изложены теоретико-методологические основы психолого-педагогического изучения детей с отклонениями в развитии. Рассмотрен комплексный подход к изучению таких детей, объединяющий усилия врачей, педагогов, психологов, социальных работников. Раскрыты особенности психолого-педагогического изучения детей с различными нарушениями развития на разных возрастных этапах. Показаны организация и содержание деятельности психодиагностической службы в специальном образовании, а также работа с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями развития.

Может быть полезно педагогам и психологам.

УДК 37.015.3(075.8)

ББК 88.8я73

© Левченко И. Ю., Забрамная С. Д.,
Добровольская Т. А. и др., 2003

© Издательский центр «Академия», 2003

ISBN 5-7695-0555-9

ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебное пособие «Психолого-педагогическая диагностика» адресовано студентам факультетов специальной психологии и коррекционной педагогики (дефектологических факультетов) педагогических вузов. Основная цель издания — ознакомить студентов с теоретическими основами психодиагностики нарушений развития детей и показать различные подходы и пути изучения детей с разными отклонениями в развитии.

Учебное пособие содержит фактический материал, отражающий особенности психодиагностической процедуры обследования детей с ограниченными возможностями развития, а также характеристику методов и методик психолого-педагогической диагностики.

Содержание пособия соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта к подготовке специалиста по специальностям:

031500 — Тифлопедагогика;

031600 — Сурдопедагогика;

031700 — Олигофренопедагогика;

031800 — Логопедия;

031900 — Специальная психология;

032000 — Специальная дошкольная педагогика и психология.

Книга состоит из предисловия, восьми глав и приложений.

В первой главе дан исторический обзор развития психолого-педагогических методов диагностики в специальной психологии.

Вторая глава содержит анализ теоретико-методологических основ психодиагностики нарушений развития у детей. В ней также рассматриваются задачи, принципы и актуальные проблемы психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития.

В третьей главе показаны основные составляющие комплексного подхода в психолого-педагогической диагностике: медицинское, педагогическое, социально-педагогическое, психологическое и логопедическое изучение ребенка.

В четвертой главе рассмотрены особенности психолого-педагогического изучения детей на разных возрастных этапах.

Пятая глава знакомит с особенностями психолого-педагогического изучения детей с различными нарушениями развития.

В шестой главе даны современные подходы к организации и содержанию деятельности психолого-медико-педагогических консилиумов, психолого-медико-педагогических комиссий и психолого-медико-педагогических консультаций.

Седьмая глава содержит краткий обзор вопросов психологического консультирования в системе психолого-педагогического сопровождения ребенка с нарушениями развития. В этой главе прослеживается тесная взаимосвязь психодиагностики и консультирования.

В восьмой главе представлены материалы, позволяющие организовать психодиагностическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с нарушением развития. Эти материалы для дефектологов публикуются впервые.

Контрольные вопросы и задания, которыми завершается изложение каждой темы, позволяют проверить степень усвоения материала. В конце каждой главы и ряда пунктов представлен список литературы, рекомендуемой для изучения.

Авторский коллектив благодарит всех оказавших помощь на разных этапах подготовки книги к изданию.

Глава 1

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1. Развитие психолого-педагогических методов исследования за рубежом

История развития психолого-педагогических методов исследования в специальной психологии связана с требованиями практики — медицинской и педагогической. Объектами изучения были дети, подростки, взрослые, имевшие различные нарушения психического и умственного развития.

В зависимости от того, как разные исследователи понимали сущность умственной отсталости, они разрабатывали методы, которыми пользовались для ее выявления.

Первыми психофизическим недоразвитием детей начали заниматься врачи-психиатры. Их усилия были направлены на ограничение умственной отсталости от душевных заболеваний, при этом они имели дело с наиболее глубокими и тяжелыми формами недоразвития. В работах французских врачей Ж. Эскироля и Э. Сегена, первых исследователей проблем умственно отсталых, даются некоторые дифференциально-диагностические критерии. Так, Ж. Эскироль считал показателем интеллектуального развития состояние речи, что в значительной мере повлияло на преобладание в последующих тестовых системах заданий вербального характера. Э.Сеген придавал большое значение состоянию сенсорных и волевых процессов. Им была создана методика обучения глубоко умственно отсталых детей, частью которой были задания на сенсорное различение и развитие произвольных двигательных действий. Разработанные Э. Сегеном в 1866 г. «Доски форм» до сих пор популярны при обследовании умственно отсталых детей, они относятся к числу тестов действия, или невербальных тестов интеллекта. Следует отметить, что вплоть до середины XIX в. установление умственной отсталости оставалось преимущественно медицинской проблемой.

С введением в некоторых странах всеобщего начального обучения появилась практическая потребность в выявлении детей, не способных к обучению в обычных школах. В связи с этим в 60-е гг. XIX в. открылись первые вспомогательные классы, а также специальные школы для умственно отсталых детей. Теперь определять умственную отсталость стало гораздо сложнее, так как приходилось иметь дело с более легкими ее формами, которые трудно отграничить от сходных состояний при различных отклонениях в развитии у детей. У прогрессивных врачей и педагогов вызывало беспокойство то обстоятельство, что во вспомогательные школы стали часто направлять детей на основании лишь одного показателя — неуспеваемости. При этом мало учитывались, а иногда и совсем не учитывались индивидуальные психологические особенности ребенка и причины, вызывающие неуспеваемость.

Возникла необходимость упорядочения системы отбора детей во вспомогательные школы. Установление умственной отсталости превратилось в психолого-педагогическую проблему.

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

Экспериментальные методы исследования детей стали использоваться в целях диагностики способностей. Некоторые психологи неправильно понимали сущность умственной отсталости, рассматривая ее как простое количественное отставание в развитии интеллекта детей. Они сводили умственную отсталость к нарушению лишь отдельных функций и задачи эксперимента видели в изучении только этих функций. Их методический подход заключался в измерении «количества ума» у обследуемого, что на практике приводило к значительным ошибкам в диагностировании умственной отсталости. Это измерение проводилось с помощью тестов. *Тест* — это испытание, включающее в себя выполнение определенной задачи, идентичной для всех обследуемых субъектов, с применением точной техники для оценки успеха или неудачи или же для числовой записи результатов (А. Пьерон).

Одним из первых начал тестирование английский биолог Ф. Гальтон. Он разработал несложные испытания для исследования индивидуальных различий. При этом он считал главным показателем умственных способностей состояние сенсорных функций человека: остроту зрения и слуха, скорость психических реакций, способность различать тепло, холод, боль и т. п. Ф. Гальтон еще не употреблял термин «тест» в том значении, которое в него позже вкладывает А. Бине. Но это был первый отход от испытаний и проверок, основанных на интуиции.

Идея исследования физических и умственных способностей методом тестов нашла свое развитие в трудах американского психолога Дж. М. Кеттелла. С его именем связано появление в психологической литературе термина «интеллектуальный тест». Дж. М. Кеттелл создал серию тестовых испытаний, направленных на определение состояния простых функций, сенсомоторных реакций, скорости протекания психических процессов, чувствительности и т.п., для установления индивидуальных различий. Заслугой Кеттелла была идея стандартизации тестов в целях получения более точной информации.

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

Последующая разработка тестов интеллекта связана с деятельностью французского психолога А.Бине, который еще в 1897 г. высказал мысль о разработке «метрической шкалы рассудка», т.е. такой системы изучения ребенка, при которой за основу берется измерение его «умственного возраста». При этом А.Бине ставил задачу создания тестов, с помощью которых можно было бы исследовать высшие психические процессы — мышление, память, воображение. В 1904 г. А.Бине был приглашен в комиссию, созданную Министерством народного просвещения Франции для разработки мероприятий, обеспечивающих надлежащее образование умственно отсталых детей, которые не могут усваивать программу обычной школы. Встала задача определения методов отбора этих детей в специальные школы. А. Бине совместно с Т.Химом впервые приводят тесты в определенную систему, названную ими «Метрической шкалой умственных способностей».

Первый вариант их «Метрической шкалы» был издан в 1905 г. Он содержал 30 тестов, расположенных в порядке возрастающей трудности.

Эти тесты были направлены на определение у детей типа памяти, понимания словесных инструкций и др. В этом варианте не было возрастных показателей.

В 1908 г. вышел второй, переработанный, вариант «Метрической шкалы», в котором тесты были сгруппированы по возрастным ступеням (с 3 до 15 лет). Для каждого возраста применялось от трех до восьми тестов.

Третий вариант появился в 1911 г. В нем А.Бине и Т.Симон предлагали тесты для обследования детей от 3 до 16 лет. Тесты были перераспределены с учетом их трудности. Для каждого возраста предлагалось по пять заданий. Но и в этом варианте выбор тестов не всегда был психологически обоснован. Так, для одного

возраста предлагались тесты на комбинирование, для другого — на исследование памяти. На это указывала А. М. Шуберт в своем предисловии к русскому изданию тестов. Она отмечала и другие недостатки тестов: по своей трудности они не всегда правильно отнесены к тому или иному возрасту, некоторые носят субъективный характер, успешное выполнение многих тестов зависит главным образом от жизненного опыта ребенка. Так, детям 9 лет в пятом тесте предлагают вопросы: «Что надо сделать, если опоздаешь на поезд?», «Что надо сделать, если тебя нечаянно ударит товарищ (подруга)?». Требуется дать правильные ответы за 20 с. Детям 10 лет в третьем тесте предлагают пять вопросов. На ответы дается по 40 с. Среди этих вопросов есть такой: «В один из первых же теплых дней, когда начали зеленеть леса и поля, баба взяла серп и пошла жать рожь. Что тут неправильно?». Однако не каждый 10-летний ребенок, живущий в городе, знает, когда и как жнут рожь! Детям 15 лет в пятом тесте требуется ответить на два вопроса, но оба они связаны с жизненными ситуациями, которые могут быть незнакомы обследуемым, например: «К моему соседу только что приходили доктор, а потом священник. Как ты думаешь, что происходит у моего соседа?». Таким образом, хотя Бине и Симон стремились исследовать «чистый» ум, способность суждения, они не достигли этого.

Недостатком «Метрической шкалы» было и то, что 80 % тестов носило словесный характер. Преобладание словесных тестов влияло на результаты обследования детей разных социальных слоев, в худшем положении оказывались дети бедноты. Неудовлетворительные показатели давали и дети с речевыми дефектами.

Безусловно, ошибочной была и точка зрения авторов теста, что при определении способности следует фиксировать знания и умения ребенка только в данный момент. Они не учитывали диалектики развития, не принимали во внимание те качественные изменения в психике, которые появляются на разных этапах развития ребенка. Л. С. Выготский, критикуя подобный подход, писал: «Развитие ребенка мыслится как чисто количественный процесс нарастания качественно однородных и равных друг другу единиц, принципиально замещаемых на любой ступени развития. Год развития есть всегда год, идет ли речь о продвижении ребенка от шестилетнего к семилетнему или от двенадцати- к тринадцатилетнему возрасту. Такова основная концепция Бине, у которого год развития измеряется всегда пятью показателями, учитывающими как совершенно равнозначную величину определяемый умственный рост ребенка, будь это рост двенадцатого или третьего года жизни»¹. Фиксируя лишь конечные результаты работы с тес-

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

В этот же период профессор психологии Римского университета С. де Санктис, исследовавший умственно отсталых детей, предложил свою серию заданий из шести опытов для определения степени умственного недоразвития. Опыты были направлены на исследование внимания, волевых усилий, непосредственной памяти на цвета, форму, способности пересчета конкретных предметов, зрительного определения величины, расстояния. С. де Санктис считал, что опыты применимы к детям не младше 7 лет. Если испытуемый может выполнить только два первых задания, то у него «резкая степень» интеллектуального снижения, если он выполняет первые четыре, то у него «средняя степень», если справляется и с пятым опытом, то «легкая степень». Дети, которые выполняют все шесть опытов, к умственно отсталым не относятся. Анализ метода С. де Санктиса показывает его непригодность для диагностики психического развития. В качестве диагностического критерия психические процессы были выбраны произвольно, условна была и сама граница степеней умственного отставания. На эти недостатки указывали многие исследователи. Наиболее обоснованной критике подверг метод С. де Санктиса Г.Я.Трошин. Широкого распространения в практике этот метод не получил.

Наибольшей популярностью за рубежом пользовались тесты А.Бине и Т.Симона, причем их начали использовать во многих странах мира еще до пересмотра варианта 1908 г.

Около 60 авторов занимались модернизацией шкалы Бине — Симона, приспособляя ее к социокультурным условиям своих государств. Изменения в шкалу внесли О.Декроли и Деган (Бельгия), Декедр (Швейцария), В.Штерн, Эмейман (Германия), Х.Годдарт, Л.Термен (США). Вариант шкалы Бине — Симона, подготовленный Л.Терменом в Стенфордском университете США, оказался, по мнению психологов, наиболее жизнеспособным. Одна из тенденций, которая обнаружилась в процессе модернизации системы, — уменьшение количества словесных тестов и увеличение количества тестов действия (невербальных).

В процессе реконструкции шкалы Бине — Симона Л.Термен ввел новое требование, которому должен удовлетворять адекватный своему назначению тест: результаты его выполнения на большой выборке исследуемых должны распределяться по кривой Гаусса. Таким образом, предлагалось ранжирование испытуемых в зависимости от результатов тестирования. (Кривая Гаусса, или кривая нормального распределения, имеет форму колокола; данное рас-

пределение результатов означает, что подавляющее большинство испытуемых выполняют задание «умеренно хорошо», т.е. их ответы создают высокую часть колокола; меньшинство выполняет задания очень плохо или очень хорошо, их ответы создают периферические части колокола.) Для интерпретации результатов выполнения теста Л.Термен впервые начал использовать введенное В.Штерном понятие «интеллектуальный коэффициент» (10)⁹ который представляет собой отношение умственного возраста к хронологическому (паспортному) возрасту. Интеллект тестируемых оценивался чисто количественно по сумме набранных ими баллов.

В.Штерн предложил следующую формулу определения интеллектуального коэффициента:

$$d2 \text{ — } \frac{\text{умственный возраст}}{\text{хронологический возраст}}$$

Умственный возраст определяется успешностью выполнения соответствующих типовых заданий. Для каждого возраста предусматриваются задания определенной трудности. Для каждого возраста типичный $\bar{X}$ равен 100 ± 16 . Эта величина определяется тем, что в норме умственный возраст равен хронологическому: например, пятилетний ребенок выполняет задания, соответствующие его возрасту. Следовательно, $\bar{X} = 100$, т.е. 100. Стандартное отклонение от

индивидуальных значений не превышает 16. Соответственно, все индивидуальные показатели по тесту, попавшие в интервал от 84 до 116, считаются нормальными, соответствующими возрасту. Если тестовый показатель выше 116, ребенок считается одаренным; если ниже 84 — его интеллектуальное развитие отстает от нормы.

Однако никакие изменения и «улучшения» шкалы Бине — Симона не избавили ее от таких недостатков, как оценка лишь конечного результата при выполнении задания; не вскрывались трудности, которые встречались при этом у испытуемого. Совершенно не учитывалась роль помощи, а также влияние среды. Известный швейцарский психолог Ж. Пиаже критиковал тесты за «мозаичность», разнохарактерность задач, входящих в тестовые системы. Отрицательно сказывалось на конечном результате и ограничение во времени, отведенном для решения теста, а также отсутствие подлинно научного критерия оценки. Одной из причин этого было разное понимание интеллекта. Между тестологами не было единого мнения, что должны измерять интеллектуальные тесты, поэтому часто батареи тестов строились на основе противоречащих друг другу моделей интеллекта.

Следует указать, что к началу XX в. относятся и первые попытки длительного изучения детей. Так, в Бельгии по предложению

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

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

Среди тестов интеллекта в настоящее время довольно широко используется тест Д.Векслера (так называемая шкала Векслера—Бельвю). Он был разработан в 40—50-е гг. XX в., причем помимо шкал для взрослых (WA15) существуют шкалы и для детей (WISC). Данный тест включает как вербальные, так и невербальные шкалы, чем отличается от большинства тестов умственного развития. Кроме того, он предусматривает возможность определения характера отставания в интеллектуальном развитии (правда, критики этого теста утверждают, что вероятность ошибочной квалификации нарушений очень высока). В нашей стране тест Векслера адаптирован А.Ю.Панасюком. Стандартный $\bar{x}$ (?), вычисляемый по тесту, имеет среднее значение 100 и стандартное отклонение 15.

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

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

Ведется разработка тестов и для детей младенческого и раннего возрастов. Например, широкое распространение получили шкалы Н. Бейли для исследования детей с 2 мес до 2,5 лет. В них оценивается умственное развитие (восприятие, память, зачатки словесного общения, элементы абстрактного мышления, обучаемость), моторное развитие (умение сидеть, стоять, ходить, развитость мелких движений пальцев руки), эмоциональное и социальное поведение. Хотя шкалы Бейли констатируют лишь уровень развития функций в данный момент, не ставя целью давать про-

гноз, они тем не менее очень полезны для раннего выявления тех или иных сенсорных, неврологических, эмоциональных нарушений.

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

1.2. Развитие психолого-педагогических методов исследования в России

В России разработка психолого-педагогических методов диагностики нарушений развития имеет свою историю. Необходимость в разработке методов выявления умственной отсталости у детей возникла в начале XX в. в связи с открытием в 1908—1910 гг. первых вспомогательных школ и вспомогательных классов. Группа педагогов и врачей-энтузиастов (Е.В.Герье, В.П.Кашенко, М.П.Постовская, Н.П.Постовский, Г.И.Россолимо, О.Б.Фельцман, Н.В.Чехов и др.) проводила массовое обследование неуспевающих учащихся московских школ для того, чтобы выявить детей, неуспеваемость которых была обусловлена интеллектуальной недостаточностью.

Изучение проводилось путем сбора анкетных данных о детях, изучения педагогических характеристик, условий домашнего воспитания и врачебного обследования детей. В эти годы исследователи испытывали большие трудности из-за недостатка научных медицинских и психологических данных об умственной отсталости. Тем не менее надо отметить, к чести отечественных психологов, педагогов, врачей, что их работа по обследованию детей отличалась большой тщательностью, стремлением исключить возможность ошибок при установлении умственной отсталости. Большая осторожность при определении диагноза диктовалась главным образом гуманными соображениями.

Вопросы методов обследования детей были предметом обсуждения на Первом Всероссийском съезде по экспериментальной педагогике (26 — 31 декабря 1910 г., Петербург) и на Первом Всероссийском съезде по вопросам народного образования (13 декабря 1913 г. — 3 января 1914 г., Петербург). Хотя большинство участников съездов высказывались за использование тестового метода при психологических исследованиях, большое значение придавалось методу наблюдения, а также физиологическому и рефлекс-

Логическому методам. Ставился вопрос о динамическом единстве методов изучения ребенка. Однако съезды не разрешили споров, возникших вокруг вопроса о методах исследования, что в значительной мере можно объяснить недостаточно научной позицией, которую занимали в те годы многие психологи, педагоги и врачи.

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

Полный вариант системы испытаний Г. И. Россолимо содержал 26 исследований, каждое из которых состояло из 10 задач и продолжалось 2 часа, проводилось в три приема. Понятно, что такая система из-за своей громоздкости была неудобной для применения, поэтому Г. И. Россолимо в дальнейшем упростил ее, создав «Краткий метод исследования умственной отсталости». Этот метод использовался независимо от возраста испытуемого. В него входило исследование 11 психических процессов, которые оценивались по 10 заданиям (всего ПО заданий). Результат изображался в виде кривой — «профиля». По сравнению с методикой Бине — Симона в методике Россолимо была сделана попытка качественно-количественного подхода к оценке результатов работы ребенка. По мнению психолога и педагога П. П. Блонского, «профили» Г. И. Россолимо наиболее показательны для определения умственного развития. В отличие от зарубежных тестов в них проявляется тенденция многоаспектной характеристики личности.

Однако и методика Г. И. Россолимо имела ряд недостатков, в частности недостаточно полный выбор исследуемых процессов. Г. И. Россолимо не исследовал словесно-логическое мышление детей, не давал задания для установления их обучаемости.

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

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

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

Первым, кто создал специальную методику проведения целенаправленных наблюдений, был А.Ф.Лазурский — автор ряда трудов по изучению человеческой личности: «Очерки науки о характерах», «Школьные характеристики», «Программа исследования личности», «Классификация личности».

Хотя метод А.Ф.Лазурского тоже имеет недостатки (он понимал деятельность ребенка лишь как проявление врожденных свойств и предлагал выявлять эти свойства, чтобы уже в соответствии с ними строить педагогический процесс), однако в его трудах есть много полезных рекомендаций.

Большой заслугой А.Ф.Лазурского стало изучение ребенка в деятельности в естественных условиях путем объективного наблюдения и разработка так называемого естественного эксперимента, включающего в себя как элементы целенаправленного наблюдения, так и специальные задания.

Преимущество естественного эксперимента по сравнению с лабораторным наблюдением заключается в том, что он помогает исследователю получить необходимые ему факты путем специальной системы занятий в привычной для детей обстановке, где нет никакой искусственности (ребенок даже не подозревает, что за ним наблюдают).

Экспериментальные уроки явились большим научным достижением в изучении школьников. Характеризуя их, А.Ф.Лазурский

бтмечал, что экспериментальным уроком называется такой урок, н котором на основании предшествовавших наблюдений и анализов сгруппированы наиболее показательные в характерологическом отношении элементы данного учебного предмета, так что соответствующие им индивидуальные особенности учеников проявляются на таком уроке очень резко.

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

Особая роль в разработке научных основ диагностики детей с отклонениями в развитии принадлежит Л. С. Выготскому, рассматривавшему личность ребенка в развитии, в неразрывной связи с тем воздействием, которое оказывают на него воспитание, обучение и среда. В отличие от тестологов, которые статически констатировали лишь уровень развития ребенка в момент обследования, Л.С.Выготский отстаивал динамический подход к изучению детей, считая обязательным не только учитывать то, чего ребенок уже достиг в предшествующих жизненных циклах, но главным образом — установить ближайшие возможности детей.

Л.С.Выготский предлагал не ограничиваться в изучении ребенка одноразовыми испытаниями того, что тот может сделать сам, а проследить за тем, как он воспользуется помощью, каков, следовательно, прогноз на будущее в деле его обучения и воспитания. Особенно остро он поставил вопрос о необходимости установления качественных особенностей протекания психических процессов, выявления перспектив развития личности.

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

Очень важно требование Л.С.Выготского изучать интеллектуальное и эмоционально-волевое развитие детей в их взаимосвязи.

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

1. Тщательно собранные жалобы родителей, самого ребенка[^]
воспитательного учреждения. /

2. История развития ребенка. .

3. Симптоматология (научное констатирование, описание и определение симптомов) развития.

4. Педологический диагноз (вскрытие причин и механизмов образования данного симптомокомплекса).

5. Прогноз (предсказание характера детского развития).

6. Педагогическое или лечебно-педагогическое назначение.

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

Эти положения Л.С.Выготского — большое достижение отечественной науки.

Следует отметить, что в сложной социально-экономической обстановке в стране в 20—30-е гг. XX в. передовые педагоги, психологи, врачи много внимания уделяли проблемам изучения детей. В Детском обследовательском институте (Петроград) под руководством А.С.Грибоедова, на Медико-педагогической опытной станции (Москва), руководимой В.П.Кашенко, в ряде обследовательских кабинетов и научно-практических учреждений среди различных исследований в области дефектологии большое место занимала разработка диагностических методик. Именно в этот период отмечалась активная деятельность педологов. Своей первоочередной задачей они считали помощь школе в изучении детей, избрав тесты в качестве инструмента в этой работе. Однако их усилия привели к тому, что в школах началось массовое тестирование. А так как не все используемые тестовые методики были совершенны и не всегда ими пользовались специалисты, результаты оказывались во многих случаях недостоверными. Дети педагогически и социально запущенные признавались умственно отсталыми и направлялись во вспомогательные школы. На недопустимость такой практики и было указано в постановлении ЦК ВКП(б) от 4 июля 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов». Но этот документ был воспринят как полный запрет на использование при обследовании детей каких бы то ни было психодиагностических методик, и особенно тестов. В результате психологи на долгие годы прекратили свои

исследования в этой области, что причинило большой урон развитию психологической науки и практики.

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

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

В 80—90-е гг. XX в. все более активизируются усилия специалистов в деле разработки и совершенствования организационных форм и методов изучения детей с отклонениями в развитии, нуждающихся в специальном обучении и воспитании. Осуществляется ранняя дифференциальная диагностика, разрабатываются психолого-диагностические методы исследования. По инициативе органов образования, Совета общества психологов в 1971—1998 гг. проводятся конференции, съезды, семинары по проблемам психодиагностики и комплектования специальных учреждений для аномальных детей. Министерство образования ежегодно организует курсы подготовки и переподготовки кадров, которые непосредственно осуществляют эту работу. Исследования в этой области продолжаются и по сей день.

К сожалению, как отмечает В. И. Лубовский (1989), далеко не все научные положения и методологические подходы к диагностике отклонений в развитии, разработанные Л. С. Выготским, С. Я. Рубинштейн, А. Р. Лурия и друшми, настоящее время, и собственно психологическая диагностика осуществ-

ляется «на интуитивно-эмпирическом уровне», зависит от опыта и квалификации специалистов.

Отрицательно сказывается на результатах диагностических исследований и тот факт, что психологи стали произвольно использовать отдельные фрагменты тестовых батарей, отдельные задания из классических тестов (например, из теста Векслера), не получая целостной картины развития ребенка.

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

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

Контрольные вопросы

- 1. Какими социальными проблемами была обусловлена разработка первых методов диагностики нарушений развития у детей?**
- 2. Какой вклад в отечественную науку внес А.Ф.Лазурский? Что такое естественный эксперимент?**
- 3. В чем сущность положения Л.С.Выготского об изучении «зоны ближайшего развития» детей?**
- 4. Какие тенденции в изучении детей с нарушениями развития наметились в последние десятилетия за рубежом и в России?**
- 5. Почему выявление умственной отсталости первоначально было преимущественно медицинской проблемой?**
- 6. Когда и в связи с чем установление умственной отсталости стало психолого-педагогической проблемой?**

Литература

Основная

Лиасти Л. Психологическое тестирование: В 2 кн. / Под ред. К. М. Гуревича. - М., 1982. - Кн. 1. - С. 17-29, 205-316.

Введение в психодиагностику / Под ред. К.М.Гуревича, Е.М.Борисовой. — М., 1997.

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

Гуревич К. М. Об индивидуально-психологических особенностях школьников. - М., 1998.

Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М., 1995. — Гл. II.

Земский Х. С. История олигофренопедагогики. — М., 1980. — Ч. III, IV.

Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М., 1989. — Гл. 1.

Психологическая диагностика / Под ред. К. М. Гуревича. — М., 1981. — Гл. 1,3.

Эльконин Д. Б. Некоторые вопросы диагностики психического развития детей: Диагностика учебной деятельности и интеллектуального развития детей. — М., 1981.

Дополнительная

Лазурский А. Ф. О естественном эксперименте // Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии / Под ред. И.И.Ильсова, В.Я.Ляудис. - М., 1980. - С. 6-8.

Школы для умственно отсталых детей за рубежом / Под ред. Т.А. Власовой и Ж.И.Шиф. - М., 1966.

Глава 2

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Успешность воспитания, обучения, социальной адаптации ребенка с нарушениями развития зависит от правильной оценки его возможностей и особенностей развития. Эту задачу решает комплексная психодиагностика нарушений развития. Она является первым и очень важным этапом в системе мероприятий, обеспечивающих специальное обучение, коррекционно-педагогическую и психологическую помощь. Именно психодиагностика нарушений развития позволяет выявить детей с недостатками развития в популяции, определить оптимальный педагогический маршрут, обеспечить индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение ребенка, соответствующее его психофизическим особенностям.

По данным научного Центра здоровья детей РАМН, сегодня 85 % детей рождаются с недостатками развития и неблагоприятным состоянием здоровья, из них не менее 30 % нуждаются в комплексной реабилитации. Количество детей, которым требуется коррекционно-педагогическая помощь, достигает в дошкольном возрасте 25 %, а по некоторым данным — 30—45 %; в школьном возрасте 20—30 % детей нужна специальная психолого-педагогическая помощь, а свыше 60 % детей относятся к группе риска.

Увеличивается количество детей с пограничными и сочетанными нарушениями развития, которых нельзя однозначно отнести ни к одному из традиционно выделяемых видов психического дизонтогенеза.

Для детей с нарушениями развития в нашей стране открыты специальные дошкольные и школьные образовательные учреждения. В них создаются образовательные условия, которые должны обеспечить оптимальное умственное и физическое развитие этих детей. К таким условиям прежде всего относится индивидуализированный подход с учетом особенностей каждого ребенка. Этот подход предусматривает использование специальных образователь-

ных программ, методов, необходимых технических средств обучения, работу специально подготовленных педагогов, психологов, дефектологов и др., сочетание обучения с необходимыми медицинскими профилактическими и лечебными мероприятиями, определенные социальные услуги, создание материально-технической базы специальных образовательных учреждений и их научно-методическое обеспечение.

В настоящее время существует большое разнообразие специальных образовательных учреждений. Наряду со специализированными детскими образовательными учреждениями (ДОУ) и специальными (коррекционными) школами I—VIII видов, в которые дети поступают вследствие тщательного отбора и в которых реализуются специальные образовательные программы, утвержденные Министерством образования РФ, открыты негосударственные учреждения, реабилитационные центры, центры развития, смешанные группы и т.п., в которых находятся дети с разными нарушениями, часто разного возраста, в силу чего реализация единой образовательной программы становится невозможной и возрастает роль индивидуального психолого-педагогического сопровождения ребенка.

В то же время в массовых детских садах и общеобразовательных школах встречается большое количество детей, неблагополучных в психофизическом развитии. Выраженность этих отклонений может быть различна. Значительную по численности группу составляют дети с нерезко выраженными, а следовательно, трудно выявляемыми отклонениями в развитии двигательной, сенсорной или интеллектуальной сферы: с нарушениями слуха, зрения, оптико-пространственных представлений, опорно-двигательного аппарата, фонематического восприятия, с эмоциональными нарушениями, с недостатками речевого развития, с расстройствами поведения, с задержкой психического развития, соматически ослабленные дети. Если к старшему дошкольному возрасту выраженные нарушения психического или (и) физического развития, как правило, бывают выявлены, то минимальные нарушения длительное время остаются без должного внимания. Однако дети с подобными проблемами испытывают трудности при усвоении всех или некоторых разделов программы дошкольного учреждения, так как оказываются стихийно интегрированными в среду нормально развивающихся сверстников без специально организованной коррекционно-педагогической помощи. Несмотря на то что для многих из этих детей не требуются особые образовательные условия, отсутствие своевременной коррекционно-развивающей помощи может привести к их дезадаптации. Поэтому очень важно своевременно выявлять не только детей с выраженными нарушениями развития, но и детей с минимальными отклонениями от нормативного развития.

Описанные тенденции в образовании детей с недостатками развития показывают, что сегодня роль психодиагностики нарушений развития очень велика: требуется своевременное выявление детей с нарушениями развития в популяции; определение их оптимального педагогического маршрута; обеспечение их индивидуальным сопровождением в специальном или общеобразовательном учреждении; разработка планов индивидуального обучения и программ индивидуальной коррекции для проблемных детей в массовой школе, для детей со сложными нарушениями развития и тяжелой степенью нарушений психического развития, для которых отсутствуют типовые образовательные программы. Вся эта работа может быть осуществлена только на основе глубокого психодиагностического изучения ребенка.

Диагностика недостатков развития должна включать три этапа. Первый этап получил название *скрининг* (от англ. *screen* — просеивать, сортировать). На этом этапе выявляется наличие отклонений в психофизическом развитии ребенка без точной квалификации их характера и глубины.

Второй этап — *дифференциальная диагностика* отклонений в развитии. Цель этого этапа — определить тип (вид, категорию) нарушения развития. По его результатам определяется направление обучения ребенка, вид и программа образовательного учреждения, т. е. оптимальный педагогический маршрут, соответствующий особенностям и возможностям ребенка. Ведущая роль в дифференциальной диагностике принадлежит деятельности психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК).

Третий этап — *феноменологический*. Его цель — выявление индивидуальных особенностей ребенка, т. е. тех характеристик познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, работоспособности, личности, которые свойственны только данному ребенку и должны приниматься во внимание при организации индивидуальной коррекционно-развивающей работы с ним. В ходе этого этапа на основе диагностики разрабатываются программы индивидуальной коррекционной работы с ребенком. Большую роль здесь играет деятельность психолого-медико-педагогических консилиумов (ПМПк) образовательных учреждений.

Для успешного осуществления психолого-педагогической диагностики нарушенного развития необходимо остановиться на рассмотрении понятия «нарушенное развитие».

2.1. Современные представления о нарушениях развития у детей

Современная отечественная специальная психология базируется на позициях общественно-исторического происхождения пси-

хики. На ее развитие огромное влияние оказали идеи Л. С. Выготского о прижизненном формировании психики ребенка путем присвоения культурно-исторического опыта.

Согласно представлениям Л.С.Выготского, сложные психические процессы — *высшие психические функции* (ВПФ) — являются продуктом исторического развития и имеют сложное строение. Это — особенность не только высших, но и элементарных психических функций человека, таких как тональный слух, фонематический слух и др., имеющих социальную природу. Следует подчеркнуть, что усвоение социального опыта, приводящее к возникновению сложных форм психической деятельности, нельзя рассматривать как процесс овладения готовым содержанием. Усвоение общественного опыта не сводится к приобретению ребенком знаний, умений, культурных навыков. Это глубокий и сложный процесс, включающий формирование потребностей, мотивов, личности ребенка. Усвоение общественного опыта происходит в активной деятельности ребенка — предметной, игровой, учебной, в общении и т.д. В формировании высших психических функций общение играет важнейшую роль, уже на ранних этапах онтогенеза определяя возможность взаимодействия ребенка со взрослыми.

Развитие психических функций проходит ряд этапов, и только после этого они становятся сложными психическими процессами. Все сложные формы психической деятельности (произвольное внимание, логическая память, отвлеченное мышление и др.) имеют опосредствованное строение, в котором главная роль принадлежит речи. Слово может замещать предметы и явления в их отсутствии, опосредствуя тем самым протекание любого психического процесса и становясь одним из звеньев его структуры. Речь переводит строение и осуществление высших психических функций на новый, более высокий уровень. Центральный момент формирования высших психических функций — возникновение символической деятельности, овладение словесными знаками. Вначале знак выступает как внешний, вспомогательный, стимул. Л. С. Выготский указывал, что каждая психическая функция в своем развитии проходит две стадии: на первой стадии, «интерпсихологической», функция существует как форма взаимодействия между людьми, на второй — как внутренний, «интрапсихологический», процесс.

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

Таким образом, высшие психические функции рассматриваются психологией как сложные психические процессы, возник-

кающие на основе элементарных сенсорных процессов, которые затем «интериоризируются», превращаясь в умственные действия. Решающая роль в формировании высших психических функций принадлежит речи, благодаря которой они становятся осознанными и произвольными. Для объяснения психофизиологических механизмов высших психических функций используется концепция П. К.Анохина о функциональных системах. А. Р.Лурия указывал, что функциональные системы не появляются в готовом виде к моменту рождения ребенка, а формируются в процессе его общения и предметной деятельности и являются материальным субстратом психических функций.

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

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

В исследованиях физиологов и психологов показано, что зрелость отдельных функциональных систем на определенных этапах развития не одинакова: одни системы уже сформировались, другие только начинают формироваться. В этом и заключается принцип гетерохронности — неодновременности развития функциональных систем. Каждая функциональная система и даже отдельные ее звенья имеют собственную, особую программу развития, но работают как единое целое. Интегративная деятельность коры головного мозга определяет теснейшее взаимодействие различных функциональных систем, их взаимообусловленность. Наряду с гетерохронией созревания отдельных функциональных систем необходима синхронность в их взаимодействиях. В каждом возрастном периоде определенная функциональная система должна находиться в определенной степени зрелости, иначе не сможет осуществляться согласованная деятельность этих систем (Л. О. Бадалян).

Итак, психические процессы и свойства личности не являются результатом созревания отдельных зон или участков головного мозга. Они складываются в онтогенезе и зависят от социальной ситуации развития ребенка.

Л.С.Выготский обобщил работы своих предшественников (Г.Я.Трошина, А.С.Грибоедова, Э.Сегена, М.Монтессори и др.)

и разработал концепцию аномального развития. В основу этой концепции положена культурно-историческая теория психического развития, которую Л. С. Выготский разработал изучая особенности нормального развития.

Основные положения концепции аномального развития Л. С. Выготского не утратили своего значения до сегодняшнего дня. В 50—90-е гг. XX в. они получили развитие в трудах ведущих отечественных ученых Т.А.Власовой, Ж.И.Шиф, В. И. Лубовского, В.В.Лебединского, Е.М.Мастюковой и др.

Дети с нарушениями развития (с проблемами в развитии, с отклонениями в развитии, с недостатками психофизического развития) — это дети, у которых вследствие врожденной недостаточности или приобретенного органического поражения сенсорных органов, опорно-двигательного аппарата или центральной нервной системы имеются отклонения от нормативного развития психических функций. В некоторых случаях нарушения развития могут быть вызваны и микросоциальными, средовыми причинами, не связанными с патологией анализаторов или центральной нервной системы. К таким факторам можно отнести неблагоприятные формы семейного воспитания, социальную и эмоциональную депривацию и т.д. Особенно тяжелые последствия имеет действие негативных микросоциальных факторов в период возрастных кризисов, когда отмечаются существенные качественные и количественные изменения в психическом развитии ребенка и подростка.

Еще Г.Я.Трошин выдвинул идею об общих закономерностях нормального и аномального развития, что подтвердилось в дальнейшем в работах многих исследователей (Т. А. Власова, Ж. И. Шиф, В.И.Лубовский).

И при нормальном, и при нарушенном развитии формирование психики ребенка носит поступательный характер. Каждый из этапов развития завершается формированием принципиально новых качеств — новообразований, которые, в свою очередь, становятся основой для следующего этапа.

Обосновывая положения об общности законов нормального и аномального развития, Л.С.Выготский подчеркивал, что общим для них является социальная обусловленность психического развития: социальное, в том числе педагогическое, воздействие составляет источник формирования высших психических функций как в норме, так и при нарушенном развитии.

В то же время может быть выделен ряд закономерностей, не наблюдающихся у «нормальных» детей, но характерных для детей с нарушениями развития. Общие закономерности аномального развития были систематизированы и обобщены в трудах Т. А. Власовой и В. И. Лубовского.

Идея Л. С. Выготского о системном строении дефекта позволила ему выделить в аномальном развитии две группы явлений. Это —

первичные нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни, и **вторичные нарушения**, возникающие в ходе социального развития ребенка, его взаимодействия с окружающим миром. Аномальное развитие определяется временем возникновения первичного нарушения и тяжестью его выраженности. Механизм формирования вторичных нарушений может быть различным, но существенную роль в нем всегда играет социальный фактор. Отклонения, возникающие вследствие поражения органов зрения, слуха или тех или иных структур головного мозга, различны по своему характеру, силе и значимости у каждой категории детей с нарушениями развития. Однако общим для всех этих случаев является то, что наличие первичного нарушения оказывает влияние на весь ход дальнейшего развития ребенка. Вторичные нарушения являются основным объектом психодиагностики и психолого-педагогического коррекционного воздействия. В работах ведущих отечественных специалистов показано, что первичное нарушение у детей приводит к нарушению умственной работоспособности, недостаткам общей и мелкой моторики, трудностям во взаимодействии с окружающим миром, изменению способов коммуникации и средств общения, недостаточности словесного опосредствования, в частности вербализации, искажению познания окружающего мира, бедности социального опыта.

Трудности социальной адаптации, нарушения взаимодействия с социальной средой отмечал еще Л.С.Выготский.

Ж. И. Шиф подчеркивала, что еще одной общей закономерностью аномального развития являются изменения в развитии личности ребенка. Особенности такой личности являются пониженный фон настроения, астенические черты, нередко ипохондричность, тенденция к ограничению социальных контактов, низкая самооценка, тревожность, легкость возникновения страха. Такие нарушения особенно вероятны при неправильном семейном воспитании и при неправильно организованном обучении.

Изменения способов коммуникации проявляются в том, что у детей нарушается речевое общение, возрастает роль невербальных средств коммуникации. Как общую закономерность аномального развития В.И.Лубовский отмечал нарушение способности к приему и переработке информации: уменьшается скорость и объем воспринимаемой информации, нарушается хранение информации и ее использование. Еще одна общая закономерность аномального развития — нарушение словесной регуляции деятельности, что проявляется в недостаточности и специфических особенностях словесного опосредствования.

Трудности при приеме и переработке информации, трудности словесного опосредствования, особенно вербализации, искажение запоминаемого материала ведут к нарушениям в развитии

мышления, в частности к замедленному формированию процессов обобщения и отвлечения, трудностям символизации.

Все эти особенности формирования познавательной и речевой деятельности ведут к нарушениям познания окружающего мира, запас знаний и представлений о котором у детей с проблемами в развитии всегда недостаточен.

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

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

В настоящее время принято выделять несколько категорий (типов) детей с нарушениями развития:

- с нарушениями слуха (неслышащие и слабослышащие);
- с нарушениями зрения (незрячие и слабовидящие);
- с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- с тяжелыми нарушениями речи;
- с задержкой психического развития;
- умственно отсталые;
- с тяжелыми нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- с нарушениями поведения;
- со сложными нарушениями развития, у которых сочетаются два или более первичных нарушения.

Каждая категория детей имеет специфические психолого-педагогические особенности, которые необходимо учитывать при

определении стратегии и тактики психолого-педагогического изучения.

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

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

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

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

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

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

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

5. Итогом диагностики нарушенного развития является установление *психолого-педагогического диагноза*, который не ограничивается типом нарушенного развития. Он должен отражать индивидуальные особенности психофизического развития ребенка и включать рекомендации к разработке индивидуальной программы коррекционной работы. В психолого-педагогическом диагнозе указывается педагогическая категория нарушенного развития, степень выраженности нарушения, недостатки развития, осложняющие ведущие нарушения, на которые необходимо обратить внимание в ходе коррекционно-педагогической работы. Если обследование проводится перед поступлением ребенка в школу, то необходимо определить готовность ребенка к обучению в школе общего назначения или в специальной (коррекционной) школе.

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

2.2. Методологические принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей

Психодиагностика нарушенного развития должна определять направление обучения ребенка, его специфические образовательные потребности и возможный уровень его образования, указать основные направления коррекционно-развивающего обучения, т. е. быть дифференциальной и прогностической. В процессе диагностики должны определяться и оптимальные организационные формы обучения ребенка, и рекомендации индивидуального планового обучения.

Диагностику нарушенного развития на современном этапе необходимо проводить с опорой на ряд принципов (подходов), ранее описанных в трудах ведущих специалистов (Л.С.Выготский, В.И.Лубовский, С.Д.Забрамная).

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

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

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

которое организуется только в пределах тех заданий, которые доступны детям данного возраста.

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

Качественный анализ результатов психодиагностического изучения ребенка включает следующие параметры:

- отношение к ситуации обследования и заданиям;
- способы ориентации в условиях заданий и способы выполнения заданий;
- соответствие действий ребенка условиям задания, характеру экспериментального материала и инструкции;
- продуктивное использование помощи взрослого;
- умение выполнять задание по аналогии;
- отношение к результатам своей деятельности, критичность в оценке своих достижений.

Качественный анализ результатов психодиагностики не исключает количественной оценки результатов выполнения отдельных диагностических заданий.

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

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

2.3. Задачи психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей

Как уже указывалось, психодиагностика нарушенного развития должна осуществляться в три этапа:

- 1) скрининг-диагностика;
- 2) дифференциальная диагностика;
- 3) углубленное психолого-педагогическое изучение ребенка с целью разработки индивидуально-коррекционной программы.

На каждом этапе имеются свои специфические задачи и с каждым этапом связан круг проблем, характеризующих состояние современной психодиагностики.

Основными задачами *скрининг-диагностики* являются своевременное выявление детей с различными отклонениями и нарушениями психического развития в популяции, в том числе и в условиях массовых образовательных учреждений, примерное определение спектра психолого-педагогических проблем развития ребенка.

Кроме того, скрининг-диагностика позволяет решать задачи, связанные с оценкой качества обучения и воспитания детей в образовательном учреждении: выявлять недостатки воспитательно-образовательного процесса в конкретном образовательном учреждении, а также недостатки той или иной программы обучения и воспитания детей.

Проблема организации и проведения скрининг-диагностики в настоящее время решается по-разному. На практике встречается несколько вариантов. Например, педагоги, столкнувшись в своей работе с трудностями в обучении и воспитании ребенка, которые вызваны какими-то его особенностями, обращаются с запросом к психологу образовательного учреждения дать оценку этим особенностям и разработать соответствующие рекомендации к работе с таким ребенком.

В другом случае родители обращаются с запросом к психологу: дать оценку особенностей поведения или трудностей в воспитании ребенка и рекомендации по проведению воспитательно-образовательных мероприятий. Следует подчеркнуть, что таких обращений значительно больше в отношении детей старшего дошкольного возраста, так как именно этот возраст рассматривается как «подготовительный» к школе, и родители начинают замечать, что у ребенка имеются те или иные проблемы психологического плана.

И, наконец, выявление детей с проблемами в развитии может осуществляться по результатам специально организованного скрининг-обследования. По форме проведения скрининг-обследование может быть индивидуальным или групповым. Этот подход наиболее соответствует современным требованиям к выявлению детей с нарушениями развития, но, к сожалению, используется нечасто.

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

1. Несмотря на большое количество различных методик, применяемых при обследовании детей, существует явная недостаточность научно обоснованного и апробированного диагностического инструментария для применения в скрининг-обследованиях. Особенно это касается скрининговых обследований детей первых 3 лет жизни.

2. При разработке скрининг-диагностики очень сложной является разработка системы критериев, по которым возможно разграничение детей раннего и дошкольного возраста с нормальным темпом психического развития и нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

3. Важной проблемой при проведении скрининг-обследования являются эмоциональное состояние и личностные особенности испытуемых. Мотивация сотрудничества, реакции на успех и неудачу, самочувствие, негативный прошлый опыт и т.д. существенно влияют на качество выполнения заданий. Это создает существенные трудности, поскольку ограниченность во времени при скрининг-исследовании может не дать возможности получить необходимую информацию.

Дифференциальная диагностика направлена на определение типа нарушенного развития, именно по ее результатам определяется направление обучения ребенка и его организационные формы. Задачи дифференциальной диагностики следующие:

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

На основании этих данных определяются тип образовательного учреждения, программа обучения, организация коррекционно-педагогического процесса. Дифференциальная диагностика осуществляется психолого-медико-педагогической комиссией. Группа специалистов, проводящих диагностику, реализует комплексный подход к изучению ребенка с проблемами в развитии. Решение по итогам диагностики принимается коллегиально. Работа строится по определенной системе с учетом индивидуальных особенностей ребенка (организация и содержание деятельности ПМПК подробно представлены в главе 8).

В настоящее время существует круг проблем, связанных с дифференциальной диагностикой нарушенного развития.

Известно, что сходные психологические особенности наблюдаются у детей с разными типами (категориями) нарушенного развития. Например, недостатки речевого развития или пониженная обучаемость характеризуют практически всех детей с наруше-

ниями развития. Специфических особенностей, определяющих каждый тип нарушенного развития, которые и могут служить критериями дифференциальной диагностики, известно значительно меньше (В. И. Лубовский). Это связано и с закономерностями аномального развития, и с тем, что в специальной психологии на сегодняшний день недостаточно научных исследований сравнительного характера. Осуществление таких научных разработок позволило бы существенно расширить возможности дифференциальной диагностики.

Другая проблема связана с практической деятельностью ПМПК. Сегодня не решены многие вопросы организационного характера, в частности создание сети постоянно действующих диагностических учреждений, вопросы кадрового обеспечения, ряд методологических и терминологических проблем.

Из числа методологических проблем следует особо выделить проблему разработки эффективных и надежных методик, позволяющих выполнять качественно-количественный анализ результатов психодиагностического изучения ребенка в целях дифференциальной диагностики.

Из терминологических проблем важнейшей является проблема четкого разграничения психолого-педагогической и медицинской терминологии, определение места медицинского и психолого-педагогического диагноза в деятельности ПМПК.

Углубленное психолого-педагогическое изучение детей с нарушением развития ставит своей целью разработку программ коррекции на основании результатов диагностики. Такое изучение требует времени и проводится в основном в образовательном, а иногда в консультативном учреждении. Конкретные задачи такого изучения, как правило, многообразны и специфичны для разных возрастных этапов. Среди них можно выделить такие, как:

- выявление индивидуальных психолого-педагогических особенностей ребенка;
- разработка индивидуальных коррекционных программ развития и обучения;
- определение условий воспитания ребенка, специфика внутрисемейных отношений;
- помощь в ситуациях с затруднениями в учебе;
- профессиональное консультирование и профессиональная ориентация подростков;
- решение проблем социально-эмоционального плана.

При решении этих задач существенную роль играет сочетание методов психологической диагностики (эксперимент, тесты, проективные методики) со специально организованным наблюдением и анализом продуктов учебной деятельности и творчества детей и подростков. Следует подчеркнуть, что до настоящего времени большинство специалистов в области психодиагностики ори-

ентированы в основном на оценку уровня интеллектуального и речевого развития ребенка, на дифференциацию нарушений. Специалисты успешно констатируют недоразвитие или отсутствие той или иной функции, но недостаточно ориентированы на выявление позитивного потенциала, особенно позитивных личностных особенностей, на основе которых возможно решение познавательных, речевых, социально-личностных проблем ребенка. Но эффективность коррекционно-педагогического процесса определяется не только констатацией негативных факторов, но в первую очередь выявлением интеллектуального и личностного потенциала, на основе которого возможно построение системы индивидуального психолого-педагогического сопровождения ребенка. Надо отметить, что некоторые из поставленных проблем только начали изучаться, например, вопросы профессиональной диагностики и профессионального консультирования подростков с нарушениями развития.

Итак, важнейшими задачами психолого-педагогической диагностики нарушенного развития являются:

- раннее выявление нарушений развития у детей;
- определение причин и характера нарушений;
- определение оптимального педагогического маршрута ребенка;
- выявление индивидуальных психологических особенностей ребенка с нарушениями развития;
- разработка индивидуальных программ развития и обучения.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы задачи психолого-педагогической диагностики на разных возрастных этапах?
2. Какими методологическими принципами необходимо руководствоваться при организации и проведении психолого-педагогической диагностики?
3. Какие современные представления о нарушениях развития у детей служат теоретико-методологической основой в психолого-педагогической диагностике?
4. Охарактеризуйте основные этапы психолого-педагогической диагностики.

Литература

Основная

- Выготский Л. С.* Собрание сочинений: В 6 т. — М., 1984. — Т. 5.
- Лубовский В. И.* Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей //Дефектология. — 1971. — № 6.
- Лубовский В. И.* Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М. 1989.
- Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста / Под ред. Е. А.Стребелевой. — М., 1998.

Дополнительная

Бурменская Г. В., Карабанова О. Л., Лидере Л. Г. и др. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков. — М., 2002.

Проблемы специальной психологии и психодиагностики отклоняющегося развития // Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинаров: Современная психологическая диагностика отклоняющегося развития: Методы и средства: Проблемы специальной психологии в образовании. — М., 1998.

Ульянова У. В., Лебедева О. С. Л. С. Выготский и современная служба практической психологии. — Нижний Новгород, 2000.

Ульянова У. В., Лебедева О. С. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии. — М., 2002.

Глава 3

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Один из основных принципов диагностики нарушенного развития — комплексный подход — означает требование всестороннего обследования и оценки особенностей развития ребенка всеми необходимыми специалистами (врачами, дефектологами, психологами) и охватывает не только познавательную деятельность, но поведение, эмоции, волю, а также состояние зрения, слуха, двигательной сферы, неврологический статус, соматическое состояние. Следовательно, изучение ребенка включает как медицинское, так и психолого-педагогическое обследование.

Медицинское обследование проводится врачами (педиатром или терапевтом, невропатологом, детским психиатром, офтальмологом, отоларингологом, при необходимости — аудиологом). Психолого-педагогическое изучение ребенка осуществляют педагог-дефектолог и психолог.

3.1. Медицинское обследование в системе комплексного изучения ребенка с отклонениями в развитии

Медицинское обследование, как правило, начинается с изучения данных *анамнеза*.

Анамнез собирается врачом и составляется на основании ознакомления с документацией ребенка и беседы с родителями (или лицами, их заменяющими).

В семейном анамнезе анализируются сведения о семье ребенка и наследственности; описывается состав семьи, возраст и образовательный уровень каждого из ее членов, характерологические особенности родителей. Фиксируются психические, неврологические, хронические соматические заболевания родственников, патологические особенности их физического облика. Описываются семейно-бытовые условия, в которых воспитывается ребенок,

место и характер работы родителей, в частности наличие производственных вредностей и длительность работы с ними. Дается оценка взаимоотношений в семье, отношения к ребенку. Фиксируются случаи приверженности одного или обоих родителей к алкоголю или наркотикам.

Личный анамнез ребенка учитывает, как протекала у матери беременность, не было ли токсикоза, соматических заболеваний, резус-конфликта, длительного приема лекарственных препаратов и других вредностей. Описываются особенности родов, наличие признаков асфиксии плода, родовой травмы, патологического предлежания плода. Отмечается характер помощи во время родов и затраченное на оживление плода время. Указывается, не было ли у ребенка врожденных пороков развития, судорог, признаков желтухи. Отмечается вес при рождении и время начала кормления, срок пребывания в роддоме.

Затем перечисляются перенесенные ребенком заболевания, указывается их острота, характер, длительность, лечение, наличие осложнений.

Фиксируются случаи судорожных и других пароксизмальных состояний; отмечается, в каком возрасте они возникли, описывается характер припадков и эпилептических эквивалентов, их распределение во времени, характер пред- и постприпадочных состояний, отмечается противосудорожное лечение, его регулярность и эффективность.

При обследовании ребенка от рождения до 1 года врач-педиатр обращает внимание на следующие диагностические показатели, отмечая их в своих записях:

- характер роста, вес, особенности развития перцептивных и локомоторных функций;
- особенности сна, аппетита, длительность вскармливания грудью;
- динамика эмоционального и интеллектуального развития;
- преобладающее настроение, наличие вялости или возбудимости;
- воспитывается ли ребенок дома или в яслях.

При обследовании ребенка в возрасте от 1 года до 7 лет фиксируются особенности его развития, их соответствие возрастным показателям. Отмечается состояние вегетативной сферы: особенности сна, аппетита, переносимость жары и т.д. Фиксируется наличие энуреза, его частота, связь с психогенной ситуацией. При описании развития моторики характеризуется степень подвижности ребенка, наличие вялости или двигательной расторможенности. Фиксируется наличие или отсутствие навыков опрятности и самообслуживания.

В процессе медицинского обследования ребенка устанавливается наличие врожденных и приобретенных пороков развития.

Исследуется состояние полости рта (миндалин, носоглотки), желудочно-кишечного тракта, дыхательной, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, измеряется артериальное давление, устанавливается наличие или отсутствие аллергических явлений.

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

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

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

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

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

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

Электроэнцефалография (ЭЭГ) регистрирует биотоки мозга. Функционирование головного мозга сопровождается биоэлектрическими процессами. При возбуждении в нервных клетках тканей мозга возникает разность потенциалов, которая регистрируется и измеряется при помощи высокочувствительных аппаратов — электроэнцефалографов, усиливающих и записывающих биопотенциалы головного мозга.

При визуальном анализе ЭЭГ обращают внимание на наличие волн, различающихся по частоте колебаний, амплитуде, форме, регулярности, выраженности реакции на внешние раздражения.

Формирование ЭЭГ, характерной для взрослого, происходит постепенно; в связи с этим правильная оценка ЭЭГ-показателей возможна с обязательным учетом возраста ребенка.

Специфических изменений ЭЭГ, характерных только для определенного патологического процесса, не существует. Тем не менее ряд патологических паттернов чаще наблюдается при некоторых нервно-психических состояниях (эпилепсия, резидуально-органические поражения). ЭЭГ-данные должны сопоставляться с результатами клинического исследования, которое имеет решающее значение для установления диагноза.

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

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

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

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

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

Особенности интеллектуального развития ребенка подробно исследуются в процессе психологического, педагогического и логопедического обследования. Тем не менее в беседе с ребенком врач фиксирует особенности его внимания, некоторые особенно-

сти памяти, мышления, речи. Описываются особенности эмоциональной сферы ребенка, его настроения: безразличие, холодность, эмоциональная вялость либо раздражительность, дурашливость и т.п. Фиксируется наличие эмоциональной лабильности, истощаемое™, склонности к аффектам, наличие тоски, страхов, навязчивых переживаний. В беседе выявляются особенности сферы инстинктов и влечений: наличие повышенной сексуальности, чрезмерное влечение к еде либо отказ от пищи, склонность к бродяжничеству и т.п. В процессе беседы иногда могут быть выявлены и психотические расстройства: нарушение сознания, галлюцинации, бред.

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

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

Для того чтобы сделать образовательно-воспитательный процесс максимально эффективным, необходимы не только сведения о здоровье ребенка, его физическом развитии, но и знание таких индивидуальных особенностей, как задатки и способности, интересы и склонности и т.д., т.е. психологическое и педагогическое изучение детей. Только при этом условии можно добиться полноценного развития ребенка и своевременно оказывать ему необходимую помощь на каждом возрастном этапе. Безусловно, педагогическое и психологическое изучение тесно связаны и их трудно разделить — это единый процесс. И тем не менее, чтобы сориентировать специалистов в отдельных проблемах, от которых в большей мере зависит успешность обучения и формирование личности, мы кратко рассматриваем каждый из них в отдельности.

3.2. Педагогическое изучение детей с нарушениями развития

Педагогическое изучение предусматривает получение о ребенке сведений, раскрывающих знания, умения, навыки, которыми он должен располагать на определенном возрастном этапе. Важно установить запас представлений об окружающем, сформированность качеств, необходимых для учебной работы (произвольность психической деятельности, волевые усилия, планирование и самоконтроль, наличие мотивации, интереса и др.). Если ребенок

готовится к поступлению в I класс, необходимо выявить его готовность к обучению (физическую, психологическую, умственную). Если дети уже учатся в школе, то следует понять причины имеющихся у них трудностей.

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

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

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

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

Выявляя вид мотивации, педагог получает возможность адекватного педагогического воздействия, развивает положительные тенденции.

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

Наблюдение позволяет также оценить степень сформированное™ деятельности в целом — ее целенаправленность, организо-

ванность, произвольность, способность к планированию действий, самостоятельному выбору средств выполнения деятельности. Для получения представления о сформированное™ деятельности ребенка педагогу следует обратить внимание на следующее:

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

Полезно охарактеризовать и отдельные виды деятельности ребенка.

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

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

Данные, полученные с помощью наблюдения, используются при составлении психолого-педагогической характеристики ребенка.

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

В психолого-педагогической характеристике детей с нарушениями развития должны находить отражение не только особенности отклоняющегося развития ребенка, но и положительные стороны его личности, а также его потенциальные возможности. В характеристике отмечаются динамические изменения в общем развитии и поведении ребенка, происходящие под влиянием обучения и воспитания. В коррекционно-образовательном учреждении психолого-педагогическую характеристику составляет педагог-дефектолог (воспитатель) на основе изучения каждого ребенка. В приложении 4 представлены образцы характеристик детей разного возраста с различными нарушениями развития. При составлении этих характеристик учитывались не только вышеизложенные рекомендации, но и рекомендации, изложенные в главах 3—5.

При динамическом наблюдении ребенка дошкольного возраста, посещающего коррекционно-образовательное учреждение, целесообразно использовать карту развития ребенка, представленную в приложении 4. В помощь педагогам для сбора материала и составления характеристики может быть предложена программа педагогического изучения детей с нарушениями развития в условиях образовательного учреждения, разработанная С.Д.Забрамой (см. табл. 1).

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

Рекомендации к составлению характеристики класса.

1. Сведения о составе класса:

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

2. Коллективистские отношения внутри класса:

- характер отношений детей (заинтересованность в общих делах, равнодушие, разобщенность);
- наличие лидеров; чем определяется лидерство, как оно влияет на детский коллектив;
- общественные дела класса, их выполнение учащимися (самостоятельное, под контролем, с помощью учителя или воспитателя);

Таблица 1

**Программа педагогического изучения ребенка с отклонениями
в развитии**

Содержание	Методы
I. Общие сведения о ребенке Фамилия, имя, дата рождения. Дата поступления в специальное образовательное учреждение. Посещал ли до этого специальные (коррекционные) учреждения, детский сад общего типа, массовую школу (в каких классах и сколько лет обучался)	Изучение документации
II. История развития Состояние здоровья родителей. Как протекала беременность у матери, вовремя ли родился, как протекали роды. Особенности раннего развития ребенка. Какие заболевания или травмы перенес в первые годы жизни	Беседа с родителями. Изучение медицинской документации
III. Семья Состав, взаимоотношения между членами семьи. Материальные условия жизни, занятия родителей. Отношение членов семьи к ребенку	Посещение семьи. Беседы с родителями
IV. Физическое состояние Отклонения в физическом развитии. Особенности физического развития (данные о росте, массе тела, упитанности, особенностях осанки и др.); нарушения движений; наличие параличей, парезов; стереотипные и навязчивые движения, жесты, мимика. Утомляемость при физических нагрузках. Выдерживает ли нагрузки, предусмотренные режимом данного детского учреждения	Наблюдение во время занятий, игр и т.д. Врачебное обследование
V. Особенности познавательной деятельности 1. Состояние органов чувств (слуха, зрения, обоняния, вкуса, осязания). Не бывает ли обманов чувственного восприятия (иллюзий, галлюцинаций) 2. Особенности речи. Владеет ли связной речью или изъясняется отдельными словами. Дефекты произношения и их характер. Понимание устной речи (указаний, инструкций, объяснений). Запас слов. Сформированность грамматического строя речи. Умеет ли	Изучение медицинской документации. Специальные исследования. Наблюдение за речью ребенка. Беседы с ребенком. Логопедическое обследование. Изучение письменных работ

Содержание	Методы
давать полные ответы на вопросы и связно рассказывать. Нет ли многоречия, нецеленаправленности речи. Понимание письменной речи (написанных слов, текстов книг, таблиц и т.д.) 3. Особенности внимания. Легко ли привлекается внимание; устойчивость внимания. Способность распределять внимание. Переключаемость с одного вида деятельности на другой 4. Особенности восприятия и осмысливания воспринимаемого. Понимает ли окружающую обстановку, не бывает ли случаев помрачения сознания. Знает ли названия и назначение простых предметов. Соотносит ли реальные предметы и их изображения на картинках. Понимает ли содержание картин. Улавливает ли главное в воспринимаемом. Умеет ли сравнивать предметы и определять черты сходства и различия. Умеет ли классифицировать предметы и делать простые обобщения. Способен ли самостоятельно понять содержание прослушанного текста. Устанавливает ли причинно-следственные связи 5. Особенности памяти. Как запоминает; преобладающий вид памяти (зрительная, моторная, слуховая, «смешанная»). Быстрота запоминания. Надолго ли запоминает (прочность запоминания). Что лучше запоминает: цифры, факты, описания. Особенности процесса припоминания 6. Особенности усвоения учебного материала. Отношение к отдельным учебным предметам. Имеет ли понятие о пространственных характеристиках предметов: длине, высоте, форме. Знает ли буквы, цифры (умеет ли читать, писать, считать). Знает ли стихи. Умеет ли пересказывать прослушанное (прочитанное). Развитие навыков ручного труда, рисования, самообслуживания. Трудности в овладении новым материалом. Результаты работы, проведенной педагогом по преодолению этих затруднений	Наблюдение за ребенком на занятиях и в свободное от занятий время Наблюдение за ребенком на занятиях и вне их. Беседы с ребенком Наблюдение за ребенком на занятиях и в играх. Индивидуальные беседы с ребенком Наблюдение за ребенком в процессе занятий, изучение работ, выполненных на занятиях

Содержание	Методы
7. Интересы (отсутствуют, слабо выражены, неравномерны); чем интересуется (трудом, пением, рисованием, танцами и т.д.)	Наблюдение за ребенком на занятиях и вне их, на экскурсиях. Изучение практических работ детей
VI. Эмоционально-волевая сфера Преобладающее настроение ребенка (веселое, грустное). Отмечаются: возбудимость, тормозимость, неуравновешенность, спокойствие. Реакция на происходящее вокруг. Свойственны ли ребенку чувства страха, удивления, восторга, сострадания. Способность к волевому усилию в занятиях, в поведении. Умеет ли сдерживать себя от недозволённых действий	Наблюдение за ребенком на различных занятиях, вне их, на экскурсиях, в играх и т.д.
VII. Особенности личности Соблюдение правил поведения. Как проявляет себя в учебной, трудовой и игровой деятельности. Нравственные качества: отношение к родным, близким, товарищам. Взаимоотношения со взрослыми, с другими детьми. Проявления чувства привязанности, любви, доброго отношения к окружающим; склонность вредить, обижать других, лживость и др. «Разрушительные» наклонности, склонность к бродяжничеству, агрессии, в том числе аутоагрессии и т.п.	Наблюдение за ребенком в различных видах деятельности

- отношение коллектива к детям с нарушениями поведения, личностными или выраженными недостатками физического развития;

- характер связей между учащимися (авторитарные, равноправные, по подражанию, неустойчивые);

- роль общественного мнения и формы его проявления (порицание, одобрение, критика, отсутствие адекватной оценки);

- организованность коллектива (умение подчиняться требованиям актива класса и взрослых).

3. Характер связи классного коллектива с общешкольным:

- участие класса в работе детских организаций по интересам;
 - содержание общешкольного поручения и характер его выполнения (заинтересованное, постоянное, эпизодическое);

характер связей с другими классами (помощь, совместные дела, соревнование);

- участие в спортивно-массовых мероприятиях, праздниках и др.

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

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

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

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

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

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

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

Как правило, наибольшие трудности в понимании текста и овладении навыком чтения наблюдаются у детей с *выраженной умственной отсталостью*. Даже к 7 — 8 годам они не могут запомнить буквы, объяснить знакомые слова и затрудняются при сопоставлении их с картинкой. Дети с *легкой умственной отсталостью* к 7 — 8 годам могут усвоить алфавит при специальном обучении, но для них очень сложно научиться сливать буквы в слоги, их чтение долгое время остается побуквенным. Эти дети недостаточно понимают прочитанное, не могут пересказать текст в необходимой последовательности. Им недоступно понимание скрытых причинных зависимостей.

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

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

Дети с *нарушениями зрения* испытывают трудности при восприятии букв, слогов, слов, часто «теряют» строку и переставляют как буквы, так и слова, что отрицательно сказывается на овладении навыком чтения и понимании прочитанного. В тех случаях,

когда текст детям прочитывается, они понимают и пересказывают его содержание.

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

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

В процессе исследования навыка письма педагог определяет уровень овладения техникой письма, грамматикой и правописанием. Детям дошкольного возраста следует предложить задания для выяснения их готовности к письму и способности ориентироваться в тетради: выделить строку и провести карандашом по ее длине, на листе бумаги в клетку обвести одну клетку, написать печатные буквы по опорным точкам и без них, повторить предложение из 2 — 3 слов, выделить в нем отдельные слова, указать их количество и порядок, выделить первый и последующие звуки в слове. Если ребенок знает буквы, целесообразно предложить ему сложить из разрезной азбуки знакомые слова. Технику письма обучающихся в школе детей можно проанализировать по рабочим тетрадям и по результатам списывания текста во время обследования.

Для проверки уровня овладения категориями грамматики и правописания детям предлагают задания в зависимости от возраста и года обучения.

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

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

отсталым детям трудно понять правила правописания, особенно безударных гласных, звонких и глухих согласных.

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

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

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

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

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

Следует отметить, что *нормально развивающиеся* дети могут быть недостаточно грамотными и иметь плохой почерк, поэтому сформированность навыка письма как диагностически значимый при-

знак может учитываться только в комплексе с данными психологического, логопедического, медицинского исследований.

Наряду с установлением сформированное™ навыков чтения, письма при педагогическом обследовании определяются элементарные математические представления о числе, степень овладения вычислительными навыками, понимание и решение задач.

При проверке сформированное™ представлений о числе детям дошкольного возраста предлагают определить количество предметов в группе (один — много, один — два — много), сравнить два множества предметов. Кроме того, их просят пересчитать предметы, расположенные в ряд или в случайном порядке, назвать итоговое число и показать обозначающую количество предметов цифру. Дошкольников и учащихся I — II классов общеобразовательной школы просят считать в прямом и обратном порядке от единицы и дальше; от пяти, десяти, двадцати до единицы; от заданного числа до другого заданного числа. Учащихся I класса общеобразовательной школы просят назвать предыдущие и последующие числа; сравнить два числа; сказать, какое из них больше и на сколько.

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

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

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

Дети школьного возраста (I — II классов) с *легкой умственной отсталостью* могут соотнесенно пересчитать предметы в пределах трех — десяти. При случайном расположении предметов им необходима организующая помощь. Большинство детей испытывают

трудности при воспроизведении числового ряда от заданного до заданного числа, особенно в обратном порядке. Они с трудом удерживают в памяти программу задания. Им трудны счетные операции с переходом через разряд. Особые проблемы возникают при решении арифметических задач. Дети не удерживают в памяти условие задачи, сами не контролируют ход решения и не умеют проверить правильность решения.

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

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

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

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

Нормально развивающиеся дети к 7 годам в подавляющем большинстве случаев владеют устным счетом в пределах 100, и могут решать простые арифметические задачи. Школьники обнаруживают знание основных разделов программы по математике и проявляют сообразительность при решении задач.

Необходимо отметить, что при анализе материалов педагогического обследования большое значение имеют сведения об условиях развития ребенка и о роли семьи в этом процессе.

3.3. Социально-педагогическое изучение микросоциальных условий и их влияния на развитие ребенка

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

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

Семья играет важную роль в формировании умственных способностей ребенка, его эмоционально-волевой сферы и личности. Дети с социально-педагогической запущенностью чаще встречаются в семьях, где родители страдают психическими заболеваниями, алкоголизмом, в конфликтных и неблагополучных семьях, где ребенок воспитывается в условиях безнадзорности. Беседы с родителями являются обязательной составной частью комплексного изучения ребенка с нарушениями развития. В беседе с родителями следует: а) выяснить роль отца и матери в воспитании ребенка; б) оценить тип семейного воспитания; в) установить причинно-следственные связи между типами правильного воспитания и особенностями развития ребенка; г) сопоставить тип семейного воспитания с особенностями умственного и личностного развития ребенка.

Описаны следующие типы неправильного семейного воспитания.

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

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

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

Социально-педагогическое обследование проводится социальным педагогом образовательного учреждения (при его отсутствии — другим педагогом). В процессе проведения социально-педагогического исследования необходимо оценить следующие показатели:

- уровень образования родителей;
- общий культурный уровень семьи;
- материальную обеспеченность;
- жилищно-бытовые условия;
- особенности взаимоотношений в семье;
- наличие у родителей вредных привычек;
- состояние здоровья родителей.

Проанализировать полученные социологические сведения помогут данные, приведенные в таблице 2.

Для понимания психолого-педагогических особенностей ребенка с нарушениями развития и повышения эффективности коррекционно-развивающего воздействия большое значение имеет знание и учет психологических особенностей родителей, воспитывающих этого ребенка, и межличностных отношений в семье. Подходы к изучению особенностей родителей, межличностных отношений в семье, пути и методы психологического изучения семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, описаны в главе 8.

Очень важными разделами комплексного изучения детей с отклонениями в развитии являются психологическое и логопедическое исследования.

3.4. Психологическое изучение детей с нарушениями развития

Психологическая диагностика нарушений развития у детей — составная часть комплексного клинико-психолого-педагогического

Социальная характеристика семьи

Группа семей	Факторы, характеризующие данную группу семей
1. Оптимальная	Высшее образование родителей. Высокий культурный уровень семьи. Высокая материальная обеспеченность. Хорошие жилищные условия. Здоровая в психологическом отношении атмосфера. Отсутствие вредных привычек. По состоянию здоровья — оптимальная
2. Хорошая	Высшее и среднее образование родителей. Высокий и удовлетворительный культурный уровень. Хорошие материально-бытовые условия. Благоприятные отношения в семье. Вредные привычки — кроме злоупотребления алкоголем. По состоянию здоровья — оптимальная
3. Удовлетворительная	Один из показателей является неудовлетворительным (культурный уровень, жилищные условия, взаимоотношения в семье). По состоянию здоровья — удовлетворительная
4. Неудовлетворительная	Наличие в семье двух и более неудовлетворительных перечисленных показателей. Низкий уровень культуры. Неблагоприятный психологический климат в семье. Вредные привычки — злоупотребление алкоголем. По состоянию здоровья — неудовлетворительная

и социального обследования. Она основывается на ряде принципов, сформулированных ведущими специалистами в области специальной психологии и психодиагностики нарушенного развития (В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, С. Д. Забрамная, О. Н. Усанова и др.).

Психодиагностическое обследование ребенка с проблемами в развитии должно быть системным, т.е. включать в себя изучение всех сторон психики (познавательную деятельность, речь, эмоционально-волевую сферу, личностное развитие).

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

Диагностические задания должны быть доступны для ребенка. В ходе обследования ребенку необходимо предложить задание, которое он сможет успешно выполнить, а при анализе результатов учитывается, с заданиями для какой возрастной группы справился ребенок.

При обследовании важно выявить не только актуальные, но и потенциальные возможности ребенка в виде «зоны ближайшего развития» (Л. С. Выготский). Это достигается предложением заданий разной сложности и оказанием ребенку дозированной помощи в ходе их выполнения.

Подбор диагностических заданий для каждого возрастного этапа должен осуществляться строго на научной основе, т.е. при обследовании следует использовать те задания, которые могут выявить, какие стороны психической деятельности необходимы для выполнения данного задания и как они нарушены у обследуемого ребенка. При обработке и интерпретации результатов должна быть дана их качественная и количественная характеристика, при этом система качественно-количественных показателей должна быть однозначной для всех обследуемых детей.

Проведение психодиагностического исследования всегда подчинено конкретной цели, которая определяет пути решения отдельных задач. Основная цель психодиагностического обследования ребенка с нарушениями развития — выявление структуры нарушения психической деятельности для определения оптимальных путей коррекционной помощи. Конкретная задача определяется возрастом ребенка, наличием или отсутствием нарушений зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, социальной ситуацией, этапом диагностики (скрининг, дифференциальная диагностика, углубленное психологическое изучение ребенка для разработки индивидуальной коррекционной программы, оценка эффективности коррекционных мероприятий). Для получения информативных и объективных результатов психологического изучения ребенка необходимо соблюдать ряд специальных условий:

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

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

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

- при подборе заданий необходимо предусмотреть различную степень трудности их выполнения — это дает возможность оце-

нить уровень актуального развития ребенка и в то же время позволяет выяснить высший уровень его возможностей;

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

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

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

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

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

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

При организации проведения процедуры обследования необходимо учитывать следующие требования:

- процедура обследования должна строиться в соответствии с особенностями возраста ребенка: чтобы оценить уровень развития психической деятельности ребенка, необходимо включить его в активную деятельность, ведущую для его возраста; для ребенка дошкольного возраста такой деятельностью является игровая, для школьника — учебная;

методики должны быть удобны для использования, иметь возможность стандартизации и математической обработки данных, но одновременно учитывать не столько количественные результаты, сколько особенности процесса выполнения заданий;

- анализ полученных результатов должен быть качественно-количественным; в работах ведущих отечественных психологов показано, что именно качественный анализ, реализуемый через систему качественных показателей, позволяет выявить своеобразие психического развития ребенка и его потенциальные возможности, а количественные оценки используются для определения степени выраженности того или иного качественного показателя, что облегчает разграничение нормы и патологии, позволяет сравнивать результаты, полученные у детей с разными нарушениями развития;

- выбор качественных показателей не должен быть случайным, а должен определяться их способностью отражать уровни сформированное™ психических функций, нарушение которых характерно для детей с отклонениями в развитии;

для получения достоверных результатов важно установить продуктивный контакт и взаимопонимание психолога и ребенка;

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

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

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

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

Все результаты наблюдения фиксируются в протоколе: отмечается время выполнения заданий, ошибки, допускаемые ребенком, виды помощи, ее эффективность. При обследовании желательно присутствие матери, особенно в тех случаях, когда ребенок категорически на этом настаивает. После обследования психолог должен обсудить с матерью полученные результаты, ответить на ее вопросы, дать рекомендации. Если по каким-либо причинам ребенок плохо себя ведет, отказывается выполнять задание, то необходимо выяснить причины такого поведения и вызвать его на повторное обследование, которое может проводиться через несколько дней. За эти дни нужно подготовить ребенка к повторному обследованию, убедить его сотрудничать с психологом. На повторное обследование необходимо приглашать также тех детей, которые быстро утомляются и поэтому не могут быть полностью обследованы за один раз.

Заключение на ребенка лучше готовить в два этапа. Сначала психолог, проводивший обследование, обрабатывает результаты выполнения заданий, обсуждает их и приходит к определенным

выводам об особенностях и уровне развития познавательной деятельности, речи, эмоционально-волевой сферы, личности, поведения ребенка, а также решает вопрос о характере коррекционной помощи, которая может быть ему оказана. Затем психолог оформляет полученные результаты в виде письменного заключения в свободной форме, однако соблюдая определенные правила. Обычно заключение состоит из трех относительно самостоятельных частей.

В первой части указываются причины обследования ребенка, цель обследования, особенности поведения ребенка во время его проведения. Обязательно отмечаются мотивация к выполнению заданий, особенности контакта, способы взаимодействия с психологом, способы выполнения заданий, характер деятельности, реакции на поощрение, неуспех, замечание. Особое внимание обращается на способность ребенка продуктивно использовать помощь, виды этой помощи, умение переносить найденный совместно с психологом способ решения на аналогичную задачу. Отмечается наличие или отсутствие речевого сопровождения действий, характер высказываний ребенка, его способность рассказать о своих действиях.

Во второй части дается анализ полученных результатов диагностического изучения психики ребенка в зависимости от задач исследования, определивших, какие психические функции и процессы изучались в каждом конкретном случае.

В третьей части заключения делается вывод о структуре нарушений психики у ребенка, причем отмечаются не только выявленные нарушения и их соотношение, но и сохраненные стороны психики, потенциальные возможности ребенка, определяющие его дальнейшее развитие. Далее формулируются рекомендации по организации и содержанию психологической помощи ребенку, оптимизации коррекционно-педагогического процесса, которые адресуются специалистам образовательного учреждения и родителям.

В заключении обязательно должны быть указаны возраст обследуемого, даты обследования и написания заключения, фамилия психолога.

3.4.1. Методы психологического изучения детей с нарушениями развития

Метод наблюдения

Изучение естественного поведения — одно из достоинств метода наблюдения. Активное или пассивное наблюдение за ребенком организуется на занятиях, в игре, в свободной деятельности, в группе детского сада или в классе, в совместной деятельности с

родителями, т.е. в естественной для ребенка ситуации. С помощью метода наблюдения можно выявить и оценить такие составляющие деятельности ребенка, как навязчивые или стереотипные действия, выраженные аффективные и эмоциональные реакции, проявления тревожности. Наблюдения позволяют выяснить, насколько развиты у ребенка навыки самообслуживания, опрятность в одежде, как он относится к поручениям, какой фон настроения у него преобладает, каковы особенности его двигательного развития. Такая информация становится основанием для последующего углубленного изучения ребенка. Метод наблюдения может дать важную дополнительную информацию не только для психологов, но и для клиницистов.

По результатам наблюдения психолог, выявив признаки нарушенного развития, делает предположения о качественной стороне и уровне имеющихся у ребенка проблем, что позволяет ему оптимально подобрать диагностический инструментарий и правильно организовать дальнейшее психологическое изучение ребенка.

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

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

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

Существенными недостатками метода наблюдения являются: 1) его длительность; 2) субъективность, которая проявляется в зависимости результатов наблюдения от профессионализма специалиста; 3) невозможность статистической обработки результатов. Данные недостатки можно существенно нейтрализовать при сохранении достоинств метода, если сделать наблюдение форма-

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

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

Метод беседы

Беседа предполагает получение психологом информации об особенностях психического развития ребенка в результате обсуждения их с родителями (педагогами). Часто инициаторами беседы в рамках обследования выступают сами родители или педагоги, обращаясь к психологу за консультативной помощью. Цель беседы — обмен мнениями о психическом развитии ребенка, обсуждение характера, степени и возможных причин проблем, с которыми сталкиваются родители и педагоги в процессе его воспитания и обучения. По результатам беседы психолог намечает пути дальнейшего обследования ребенка. При проведении беседы психолог должен соблюдать следующие требования:

- беседа должна побуждать и поддерживать у родителей (педагогов) интерес;
- важно продумать организацию пространства и выбор времени для проведения беседы;
- эффективность беседы зависит от активности родителей (педагогов), поэтому между ее участниками необходимо создать доверительные отношения;
- психолог не должен открыто критиковать воспитательные действия родителей (педагогов);
- важно предупредить возникновение у родителей (педагогов) ожидания немедленных результатов по итогам беседы;
- желательно участие в беседе обоих родителей;
- нужно стремиться к выработке у родителей (педагогов) реальных представлений о психофизических особенностях ребенка и его трудностях;
- во время беседы необходимо спланировать следующие встречи и определить их задачу.

Метод опроса педагогов (родителей)

Метод опроса в отношении проблем развития ребенка осуществляется с применением опросников, т.е. методик, содержащих вопросы, на которые родители и педагоги должны ответить в свободной форме (открытый тип опросника) или выбрать из вариантов, предлагаемых в опроснике (закрытый тип). Опросники также могут содержать утверждения, с которыми родитель или педагог может согласиться или не согласиться. Например, опросник для воспитателей «Оценка особенностей развития ребенка дошкольного возраста», предлагаемый М.М.Семаго, предлагает оценку некоторых поведенческих характеристик ребенка с помощью количественных показателей. Он содержит 36 утверждений, сгруппированных по нескольким темам, с которыми педагог (родители) должны согласиться или нет. Каждое утверждение может получить одну из трех оценок: 0 баллов — данный признак поведения отсутствует, 1 балл — признак выражен в средней степени, 2 балла — признак выражен в значительной степени. Обследование завершается подсчетом общего количества баллов. Используя данный опросник, психолог на основе полученной суммы баллов может оценить степень выраженности у ребенка тех или иных поведенческих нарушений и сделать вывод о соответствии его развития норме. Для получения более достоверной информации о ребенке целесообразно включить в процедуру обследования беседы с родителями и педагогами.

Метод экспериментального изучения ребенка

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

3.4.2. Экспериментально-психологическое изучение детей с нарушениями развития

Экспериментально-психологический подход является наиболее традиционным в психодиагностике нарушенного развития. Он

предполагает изучение ребенка с отклонениями в развитии в ходе психологического эксперимента.

Психологический эксперимент — это изучение нарушенных психических процессов и личности в специально созданных условиях, обеспечивающих максимальное проявление имеющихся нарушений. Патопсихологический эксперимент осуществляется с помощью конкретных приемов изучения психических функций — экспериментально-психологических методик. Разнообразные экспериментально-психологические методики, апробированные многолетней практикой применения в клинике и специальном образовании, описаны в работах С.Я.Рубинштейн, Б.В.Зейгарник, С.Д.Забрамной, Е.А.Стребелевой и др.

При организации эксперимента важно соблюдать следующие правила:

- эксперимент должен моделировать психическую деятельность, осуществляемую ребенком в игре, в труде, учебе, общении;
- эксперимент должен помочь обнаружить структуру не только нарушенных, но и оставшихся сохранными психических функций;

- построение экспериментальных приемов должно предоставить психологу возможность учитывать поиски решений обследуемым ребенком, а также вмешаться в его деятельность, чтобы выяснить, как он воспринимает помощь и может ли ею воспользоваться;

экспериментально-психологические приемы должны быть направлены на раскрытие качественной характеристики психических нарушений;

- результаты экспериментально-психологического исследования должны точно и объективно фиксироваться в протоколе.

Построение экспериментально-психологического обследования ребенка с нарушениями развития отличается разнообразием и большим количеством применяемых методик, что позволяет выявить разные нарушения и их соотношение. При интерпретации результатов обязательно сопоставление данных, полученных разными методиками.

Программа экспериментально-психологического исследования не может быть стандартной, она зависит от задачи и особенностей обследуемого. Например, при дифференциальной диагностике шизофрении основное внимание будет уделено изучению расстройств мышления. Для обследования в этом случае будут выбраны методики «Классификация предметов», «Пиктограммы» и т.п. При изучении же больного с последствиями черепно-мозговой травмы особое внимание следует уделить исследованиям умственной работоспособности, памяти, выявлению нарушений праксиса, письма, счета, т.е. выбор методик будет другим.

Особенно внимательно надо отнестись к подбору методик для психологического обследования ребенка. В этом случае выбор опре-

деляется возрастом ребенка, социальными условиями его воспитания (семья, детский дом, длительная депривация), уровнем его интеллектуального развития, наличием или отсутствием речевых, двигательных или сенсорных нарушений.

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

Специально для исследования потенциальных возможностей детей 7—10 лет А.Я.Иванова предложила методику обучающего эксперимента. Выполнение заданий этой методики вызывает трудности и у нормально развивающихся детей. В то же время экспериментальное обучение выполнению задания не требует наличия школьных знаний. Это дает возможность использовать методику в тех случаях, когда ребенок не справляется со школьной программой или еще не обучался.

Методика предполагает использование двух наборов геометрических фигур, разных по цвету, форме, величине. Набор, в котором представлены три цвета, четыре формы и две величины, используется для основного задания, а набор из четырех цветов и трех форм — для аналогичного задания.

Ребенку предлагается разложить карточки по одному признаку (в основном задании — это цвет, далее — форма, затем — величина). При затруднении ему оказывается обучающая помощь, после чего предъявляется аналогичное задание.

Возможно несколько вариантов выполнения задания:

- перенос полный в вербальной форме — ребенок называет все три признака;

- перенос частичный в вербальной форме — ребенок выделяет и называет не менее двух признаков;

- перенос полный в действиях — ребенок выполняет три правильные группировки, но не называет их (это часто отмечается у детей с речевыми нарушениями);

- перенос частичный в действиях — ребенок осуществляет не менее двух правильных группировок;

- перенос отсутствует — ребенок выделяет один признак или не выделяет ни одного из признаков фигур второго набора.

Оценка результатов проводится по трем критериям:

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

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

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

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

Основные экспериментально-психологические методики описаны С.Я.Рубинштейн в ее работе «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике» (1970).

Среди них особую популярность получили такие методики, как «Кубики Кооса», «Исключение неподходящего предмета», «Последовательность событий», «Опосредованное запоминание по Леонтьеву», «Пиктограмма» и др. Многие из этих методик имеют модификации для разных возрастных групп. Некоторые методики адаптированы для лиц с нарушениями анализаторов.

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

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

Важным условием применения экспериментально-психологических методик является оказание ребенку дозированной помощи во время обследования.

Разнообразные виды такой помощи описаны в работах С.Я.Рубинштейн:

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

При описании отдельных методик обычно приводятся указания на то, какие виды помощи в данном случае уместны. Выбор адекватных способов помощи остается одним из трудных моментов экспериментальной работы, требующих опыта и квалификации. Общие правила, которыми при этом следует руководствоваться, заключаются в следующем:

- сначала следует проверить, не окажутся ли эффективными более простые виды помощи, и лишь затем перейти к демонстрации и обучению;

экспериментатору не следует быть чрезмерно активным и многословным; его вмешательство в ход эксперимента должно быть тщательно обдумано;

- каждый акт помощи, так же как и ответные действия ребенка, должен быть внесен в протокол.

Описание некоторых экспериментально-психологических методик для обследования детей и подростков

Складывание пирамидки V

Складывание пирамидки применяется для выявления состояния наглядно-действенного мышления.

Для проведения эксперимента необходимо иметь несколько пирамидок, состоящих из 4, 6, 8 колец и колпачка.

Ребенку показывают пирамидку (количество колец зависит от возраста) и предлагают ее разобрать, сопровождая инструкцию соответствующим жестом. Если ребенок не приступает к работе,

экспериментатор сам разбирает пирамидку и просит ребенка собрать ее. Если ребенок, начав действовать, собирает пирамидку в беспорядке, его не останавливают до конца работы, затем говорят «Неправильно» и работа начинается заново. Экспериментатор обращает внимание ребенка на самое большое кольцо и предлагает ему надеть это кольцо на стержень. Если ребенок не продолжает работу сам, ее выполняет экспериментатор, надевая следующее, меньшее по размеру, кольцо и действует так до тех пор, пока не будет сложена вся пирамидка.

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

В протоколе отмечаются состав пирамидки, объяснения и действия экспериментатора, действия ребенка, его словесные высказывания; сразу ли принимает ребенок задание, его первые действия, когда он начинает складывать пирамидку с учетом размеров колец. Отмечается способ работы ребенка (надевает кольца не в соответствии с их величиной, не сам исправляет ошибку; сопоставляет кольца по величине, еще не надевая на стержень, прикладывая их друг к другу; зрительно соотносит их, надевая все кольца сразу правильно).

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

Складывание разрезных картинок

Методика применяется для выявления состояния наглядно-образного мышления. Эта методика не требует участия речи ребенка, поэтому может быть использована для обследования и безречевых детей.

Для проведения эксперимента необходимо иметь разрезные картинки различной трудности: от самых простых, разделенных на две части, до состоящих из 4—5—6 частей различной конфигурации (сложность предлагаемых картинок определяется возрастом испытуемого).

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

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

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

В протоколе отмечаются название и состав картинки, объяснения экспериментатора, действия ребенка и его словесные высказывания.

Основные факты исследователь получает при анализе способа действия, который применяет ребенок в процессе складывания картинки. Это могут быть хаотичные, не имеющие цели манипуляции, целенаправленные действия в наглядно-действенном плане (метод проб и ошибок) и целенаправленное выполнение задания в наглядно-образном плане (зрительное соотнесение).

Неадекватный способ действия выражается в том, что ребенок работает хаотично, подкладывая части рисунка без определенной цели. Например, к голове животного приставляет хвост, иногда «застревает» на сделанной раскладке и все остальные части рисунка располагает как придется. Если ребенок упорно не воспринимает помощи экспериментатора и даже после неоднократного наглядного показа не может правильно сложить картинку — это не может не вызвать сомнений в его интеллектуальном развитии.

«Доски Сегена»

Эта методика может быть применена для исследования наглядно-действенного мышления.

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

Методика проведения опыта: экспериментатор показывает ребенку доску с уложенными вкладками, затем высыпает их и жестах предлагает вернуть их на место.

Трудности при выполнении заданий указывают на недостатки зрительного восприятия и недостаточный уровень сформированное™ наглядно-действенного мышления.

«Сюжетные вкладки»

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

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

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

Методика дает возможность выявить также целенаправленность деятельности при большом объеме работы.

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

«Почтовый ящик»

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

«Почтовый ящик» представляет собой коробку со съемной крышкой. В крышке сделаны прорезы различной конфигурации. Разноцветные фигурки (каждая в двух экземплярах) своим основанием повторяют форму прорезы на крышке коробки.

Эта методика не требует речевых ответов со стороны ребенка в процессе выполнения, поэтому очень удобна в работе с безречевыми детьми. Инструкция в зависимости от возраста обследуемого может быть дана в нескольких вариантах: словесная («Вот разные фигурки. Опusti все фигурки в эту коробку») или наглядная (экспериментатор на двух-трех фигурках показывает выполнение).

Для ребенка с нормальным интеллектом 6 лет и старше это задание не представляет трудности и выполняется путем зрительного соотнесения формы основания фигурки с формой прорези. В отдельных случаях дети прибегают к примериванию (как правило, в отношении двух фигур: треугольника и полукруга, которые требуют определенного разворота). Выбор фигурок такими детьми обычно производится в определенной системе: например, опустив в «ящик» квадрат, ребенок затем берет идентичную фигурку. Дети с интеллектуальными нарушениями в 7—8-летнем возрасте редко действуют путем зрительного соотнесения, для них более характерен путь проб и ошибок.

Методика Кооса

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

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

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

Данная методика позволяет выявить возможности ребенка в отношении выполнения таких мыслительных операций, как анализ и синтез на материале конструктивной, внеречевой деятельности. Это является особенно важным критерием в тех случаях,

когда ребенок не владеет речью, не понимает или не слышит обращенной к нему речи либо по каким-то другим причинам отказывается от вербального контакта со взрослым. Методика также помогает установить особые пространственные нарушения, возникающие при некоторых формах поражения головного мозга (локализованные травмы черепа, опухоли, частичное повреждение сосудов головного мозга). Как правило, предъявление этого задания вызывает заинтересованность почти у всех детей, что дает возможность выявить их реакции на успех и неуспех.

Установление последовательности событий

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

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

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

В протоколе регистрируются все действия ребенка: как он рассматривает картинки, как начинает действовать (целенаправленно или хаотично, не задумываясь над очередной картинкой), замечает ли ошибки и исправляет их или не обращает на них внимания и продолжает выкладывать дальше, просматривает ли еще раз всю раскладку после ее завершения и т.д. После окончания раскладки экспериментатор записывает в протоколе полученную последовательность. Если ребенок сразу выполнил задание правильно, ему предлагается другая, более сложная, серия с краткой инструкцией: «На этих картинках другой рассказ. Разложи все картинки по порядку» (жест).

Если картинки разложены неправильно, переходят ко второму этапу по этой же серии. «Ты разложил неправильно (экспериментатор выбирает первую картинку). Вот первая картинка. Положи ее сюда (остальные в беспорядке выкладывает перед ребенком). А эти картинки (жест) разложи по порядку».

Если ребенок выполнил задание правильно, ему дают аналогичную серию картинок, с тем чтобы проверить, сможет ли он применить освоенный способ действия. Если серия не разложена, начинают следующий этап.

Экспериментатор рассказывает весь сюжет, подчеркивая слова «раньше», «потом», сопровождая свой рассказ последовательным выкладыванием картинок. Затем снова перемешивает картинки и предлагает ребенку разложить их по порядку.

Если все выполнено правильно, ребенку предлагают аналогичную серию картинок, если нет — еще раз повторяют предыдущий этап, стараясь получить правильную раскладку. Дополнительные объяснения по схеме четвертого этапа обязательно заносятся в протокол.

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

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

Классификация предметов

Метод предметной классификации применяется для исследования процессов обобщения и абстрагирования. Он состоит в распределении предметов по группам в зависимости от их сходства и различия. Кроме того, применение этого метода дает возможность выявить особенности внимания, личностных реакций испытуемого на свои успехи и неудачи.

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

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

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

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

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

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

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

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

В протоколе отмечаются номера картинок, вопросы и объяснения экспериментатора, действия ребенка, его вопросы и высказывания. Этот вариант методики у детей с первично сохранным интеллектом не вызывает затруднений. В большинстве случаев после совместного разбора двух-трех (иногда одной) картинок дети улавливают принцип классификации и дальше выполняют работу самостоятельно без ошибок или с единичными ошибками.

Исключение неподходящего предмета (четвертый лишний)

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

Важным условием применения методики является речевое обоснование выбора. В отношении детей с нарушениями речи допускается ответ одним словом, с поясняющими жестами, если это дает экспериментатору возможность понять принцип, которым руководствовался ребенок. При обследовании детей, которые из-за

речевых дефектов не могут объяснить свой выбор, данный метод имеет более ограниченное применение.

Для проведения эксперимента необходимо иметь набор карточек, градуированных по степени трудности. На каждой карточке нарисовано по четыре предмета, три из которых объединяются одним общим понятием, а четвертый предмет под это понятие не подходит. Например: карманные часы, настольная лампа, будильник, пятикопеечная монета; керосиновая лампа, электрическая лампочка, солнце, свечи и т.д.

Можно и самим составить наборы, но обязательно с соблюдением особенностей подбора и оформления карточек (нефиксированное положение «лишнего» предмета, включение цветных рисунков).

Все карточки, которые будут предлагаться ребенку, заранее располагают в порядке возрастающей сложности и складывают стопкой на столе. Инструкция дается на примере самой легкой карточки: «Здесь нарисовано четыре предмета. Три предмета похожи, их можно назвать одним словом. А один предмет к ним не подходит. Найди, какой?».

Если ребенок сразу правильно выделяет предмет, его просят объяснить: «Почему этот предмет не подходит? Как эти предметы можно назвать одним словом?». Если же ответ ребенка неверен, экспериментатор вместе с ним разбирает первую картинку, дает обозначение трем предметам и объясняет, почему надо исключить четвертый предмет.

Следующую карточку, по трудности одинаковую с первой, предъявляют ребенку с более короткой инструкцией: «Здесь тоже один предмет не подходит к другим. Посмотри, что здесь надо убрать?».

Если задание выполнено правильно, спрашивают: «Почему не подходит? Как одним словом назвать эти три предмета?». При неправильном исключении предмета с помощью вопроса выясняют мотивацию ребенка. Затем ему говорят, что он сделал неправильно, и повторяют на примере этой карточки подробный разбор вместе с ним.

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

«Отыскивание чисел»

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

Для проведения опыта нужно иметь пять таблиц Шульте, представляющих собой планшеты (60х90 см), на которых написаны

вразброс числа от 1 до 25. На каждой из пяти таблиц числа расположены по-разному. Кроме того, нужны секундомер и небольшая (30 см) указка. Опыт можно проводить с детьми, обучающимися во II классе массовой школы или в IV классе специальной коррекционной школы VIII вида.

Ребенку мельком показывают таблицу, говоря: «Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Затем таблицу перевертывают и кладут на стол. После этого продолжают инструкцию: «Ты должен будешь вот этой указкой показывать и называть вслух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайся делать это как можно быстрее и без ошибок. Понятно?». Если ребенок не понял задания, его повторяют. Таблицу при этом не открывают. Затем экспериментатор ставит таблицу вертикально на расстоянии 70—75 см от ребенка, говорит: «Начинай» и одновременно включает секундомер.

Ребенок указывает на числа и называет их, а экспериментатор следит за правильностью его действий. Когда ребенок дойдет до «25», экспериментатор останавливает секундомер.

Затем ребенку предлагают таким же образом показывать и называть числа на второй, третьей, четвертой, пятой таблицах.

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

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

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

Методика используется для изучения умственной работоспособности детей и подростков. Для проведения исследования нужна доска из картона размером 40х40 см, разделенная на 64 клетки. В каждой из семи клеток (кроме первой слева) верхнего ряда изображено по одной (неокрашенной) геометрической фигуре (квадрат, треугольник, круг и т.д.). В каждой из семи клеток (кроме верхней) вертикального ряда (слева) сделано по одному яркому цветному мазку (красный, синий, зеленый, коричневый, голубой, оранжевый, желтый). На отдельных карточках (их 49) изображены разные фигурки. Их цвета и формы соответствуют изображенным на доске цветам и формам.

Эксперимент состоит из четырех этапов, на каждом из которых дается своя инструкция. Карточки тщательно тасуются.

Инструкция на первом этапе (простой пересчет): «Пересчитай вслух эти карточки, откладывая их по одной на стол». Экспериментатор показывает, как это надо делать. Пока ребенок считает,

экспериментатор по секундомеру отмечает в протоколе время, затрачиваемое на пересчет каждых 10 карточек (в конце их только 9) и на весь пересчет.

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

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

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

По окончании эксперимента у психолога остается следующая таблица (см. форму протокола).

Время, затраченное на каждом этапе, обозначается V^1, V^2, V^3, V^4 , например: $V^1 = 52$ с.

По временным показателям рассчитываются коэффициенты Д и К. Коэффициент Д (дефицит внимания) определяется как разница между временем, затраченным на четвертом этапе работы, и суммой временных затрат на втором и третьем этапах. Он определяется по формуле $D = V^4 - (V^2 + V^3)$.

Форма протокола

Ф. И. _____ **Возраст** _____

Дата исследования _____

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

Показатели:

Общее время _____ **Общее количество ошибок** _____

Коэффициент Д _____ **Коэффициент К** _____

Кривая ошибок _____ **Тип кривой ошибок** _____

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

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

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

Возраст детей	B_1	B_2	B_3	B_4	Д	К
7—8 лет	67	99	129	301	72	0,2
9 - 10 лет	47	83	101	250	65	0,2
11 — 12 лет	41	72	86	198	39	0,2
13—14 лет	42	63	76	168	23	0,1

Заучивание **10** слов *

Это одна из наиболее часто применяющихся методик. Она предложена А. Р. Лурия и используется для оценки состояния памяти, исследования утомляемости, активности внимания.

Никакого специального оборудования не требуется, однако в большей мере, чем при использовании остальных методик, необходимым условием является тишина. Перед началом обследования экспериментатор должен записать в одну строчку ряд коротких (односложных и двусложных) слов — простых, разных по значению и не имеющих между собой никакой связи. Обычно каждый экспериментатор привычно пользуется каким-либо одним рядом слов. Лучше пользоваться несколькими наборами, чтобы дети не могли их знать друг от друга.

В данном эксперименте необходимы очень большая точность произнесения слов и неизменность инструкции.

Инструкция состоит из нескольких этапов. Первое объяснение: «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда кончу читать, сразу же повтори столько, сколько запомнишь. Повторять можно в любом порядке. Порядок роли не играет. Понятно?».

Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор ставит в своем протоколе крестики напротив них (см. форму протокола). Затем экспериментатор продолжает инструкцию (второй этап).

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

Экспериментатор снова ставит крестики напротив слов, которые воспроизвел испытуемый.

Форма протокола

Ф.И. _____ **Возраст** _____

Дата исследования _____

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

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

В случае если испытуемый называет лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если эти слова повторяются, ставит крестики напротив.

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

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

детей, страдающих текущими органическими заболеваниями мозга. Особенно много таких «лишних» слов продуцируют дети в состоянии расторможенное™.

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

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

Число слов, удержанных в памяти и воспроизведенных испытуемым час спустя после повторения, в большей мере свидетельствует о памяти в узком смысле слова.

Пользуясь разными, но равными по трудности, наборами слов, можно повторять этот эксперимент с целью учета эффективности терапии, оценки динамики болезни и т.д.

Опосредствованное запоминание (по А. Н. Леонтьеву)

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

Первый вариант (6—10 лет)

Набор карточек: диван, гриб, корова, умывальник, стол, ветка, земляника, фломастер, самолет, дерево, лейка, дом, цветок, тетради, телеграфный столб, ключ, хлеб, трамвай, окно, стакан, постель, экипаж, настольная электрическая лампа, картина в раме, поле, кошка.

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

Второй вариант (после 10 лет)

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

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

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

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

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

Дети с ослабленной работоспособностью значительно лучше запоминают материал при опосредствованном запоминании, так как смысловая связь создает им дополнительные «опорные вехи». Дети с нарушением целенаправленности мышления часто не могут вспомнить ни одного слова (при воспроизведении называют картинки, а не слова), так как еще во время образования связи они «теряют» основную цель работы — необходимость связать выбор картинки с последующим воспроизведением слова.

Приведем для примера протокол одного из обследований.

*Протокол обследования
опосредствованного запоминания Кати, 8 лет
(по А. Н.Леонтьеву)*

Ф.И. _____ **Возраст** _____

Дата исследования _____

Слово	Выбираемая карточка	Объяснение связи	Воспроизводимое слово	Объяснение
Свет	Лампа	Лампа светит	Лампочка	Как солнце
Обед	Хлеб	Когда едят, берут хлеб	Есть	—
Лес	Гриб	В лесу растут грибы	Лес	—
Учение	Тетрадь	Когда учишься, пишешь	Писать	—
Молоток	Лопата	Похожи	Совочек	—
Одежда	Кровать	Тоже из материи	Кровать	Спать
Поле	Поле	Оно изображено	Поле	—
Игра	Кошка с клубком	Играет с клубком	Играет	—
Птица	Корова	Тоже животное	Животное	—
Лошадь	Экипаж	Везет лошадь	Лошадка	—
Дорога	Автомобиль	Едет по дороге	Песок	Едет по песку
Ночь	Дом	Спишь ночью в доме	—	—
Мышь	Картина	Там как будто есть мышь	Ежик	Ежик
Молоко	Стакан	Наливаем в стакан	Молоко	—
Стул	Диван	На них сидят	Стул	—

Картинки к словам Катя подбирала в среднем темпе. Для двух слов при предъявлении карточки не может припомнить соответствующее слово, а называет изображение на ней. Такие ошибки "свидетельствуют об отсутствии способности удерживать в памяти опосредствованные связи и невозможности припоминания по ассоциациям. Объяснение связей нарушено в 7 (!) словах. Это означает, что процесс установления опосредствованных связей затруднен, а сами связи непрочны. Методика подтверждает, что процессы смысловой памяти (сохранения, а следовательно, и воспроизведения) у девочки нарушены.

Пиктограмма

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

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

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

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

Через час ребенку предлагают вспомнить заданные слова вразбивку. Можно назвать слова по рисункам и сделать подписи к ним. Иногда ребенку может быть оказана и необходимая помощь.

При оценке результатов эксперимента прежде всего подсчитывается количество правильно воспроизведенных слов в соотношении с общим количеством слов, предъявленных для запоминания. Эти данные могут быть составлены с результатами непосредственного заучивания (по методике «Заучивание 10 слов»).

Ценнейшие данные представляет анализ рисунков детей. Тут может быть важным все: манера держать карандаш и наносить линии, сила нажима на карандаш, расположение рисунков на плоскости листа, выбор цвета и т.п. Но безусловно, что наиболее важен анализ содержания самих рисунков. Они отражают запас знаний и представлений ребенка, особенности его индивидуального жизненного опыта. Рисунки отражают способность детей к отвлечениям и т.д. Приведем для примера протокол одного обследования (см. с. 83).

В данном разделе приведены лишь некоторые экспериментально-психологические методики. Подробнее с ними можно познакомиться в специальной литературе (С.Я.Рубинштейн, М.И.Коновина, С.Д.Забрамная, М.М.Семаго).

Протокол обследования по методике «Пиктограмма»

Ф.И. _____ **Возраст** _____

Дата исследования _____

Слово	Латентное время, с	Рисунок	Объяснение	Воспроизведение
Темная ночь	6	Заштрихованный квадрат	Квадратик и все затушевано. Затусшевано — значит, темно, ночь	Темная ночь
Веселый праздник	52	Флажок	Во время праздников бывает демонстрация. На демонстрацию ходят с флагами	Праздник
Справедливость	2,05	(Отказ, дополнительная просьба) Воин с ружьем	Воин, стоящий на границе, — это справедливый труд	Справедливость
Отчаяние	1,43	Гроб с телом человека	Ну, смерть вызывает отчаяние у близких	Отчаяние
Вкусный ужин	7	Тарелка	Тарелочка, ну, хотя бы с салатом	Ужин
Болезнь	10	Кровать	Человек лежит на кровати, когда он ничего не может делать	Болезнь
Зависть	2,36	Корыто, ожерелье, цепочка	Ну, зависть старухи из народной сказки	Зависть
Страх	27	Едва заметные штрихи	Гроза — это очень страшно	Страх
Развитие		(Отказ, дополнительная просьба, отказ)		

3.4.3. Тесты

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

Тесты представляют собой стандартные наборы заданий и материалов, с которыми работает испытуемый. Стандартна и процедура предъявления заданий: они даются в определенной последовательности, время выполнения и оценка результатов регламентированы.

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

Тест Векслера

В практике обследования и детей, и взрослых широкое распространение получил тест Д. Векслера, позволяющий оценивать интеллект человека с помощью количественного показателя — коэффициента интеллектуального развития. Тест применялся для дифференцирования здоровых и умственно отсталых детей, для изучения интеллектуальной деятельности детей с задержкой психического развития, для анализа причин неуспеваемости. Во всех исследованиях были подтверждены достаточно высокие надежность и валидность теста. Существует специально адаптированный к условиям нашей страны вариант методики, предназначенный для изучения интеллектуального развития детей от 5 до 16 лет (А. К. Панасюк, А. Ю. Панасюк).

Преимуществом теста Векслера является то, что он позволяет получить представление не только об общем уровне интеллекта, но и об особенностях его структуры благодаря объединению в нем субтестов, направленных на исследование различных вербальных и невербальных (в детском варианте — 12) интеллектуальных характеристик, степень выраженности которых вычисляется по единой двадцатибалльной шкале. Это дает возможность установить, какие стороны интеллектуальной деятельности сформированы у ребенка хуже всего, за счет каких может происходить компенсация, сравнить его достижения со средними нормами и результатами обследования других детей.

В основу методики положен принцип, по которому предполагается, что интеллект включает не только способность оперировать символами, абстрактными понятиями, логически мыслить, но и ориентироваться в ситуации и решать задачи с конкретными объектами. Благодаря тому, что методика состоит из вербальной шкалы и шкалы действий (невербальной), можно получить три итоговые статистические оценки — общую, вербальную и невербальную — с соответствующими интеллектуальными коэффициентами.

Вербальная шкала состоит из шести заданий:

1) задание на общую осведомленность включает в себя 30 вопросов; выявляется запас знаний, память на отдельные события и интересы;

2) задание на общее понимание состоит из 14 проблемных ситуаций; определяется объем практических сведений, а также способность оценивать и использовать накопленный ранее жизненный опыт;

3) арифметическое задание — серия задач возрастающей сложности; характеризуется умение оперировать числовым материалом, способность к концентрации внимания и кратковременная память;

4) задание на установление сходства между понятиями включает 12 пар слов; оценивается способность к образованию понятий;

5) «словарь» — список из 40 слов возрастающей трудности; их значения должны быть определены испытуемым;

6) задание на запоминание ряда цифр от трех до девяти членов в прямом или обратном порядке; характеризуется немедленное воспроизведение или кратковременная память.

Шкала действий также состоит из шести заданий:

1) задание на дополнение картинок выполняется на 20 рисунках, в каждом из которых отсутствует одна из существенных деталей; называние недостающей части показывает умение дифференцировать главное от второстепенного;

2) задание на расположение картинок: одна из 7 серий картинок представляется в случайном порядке и ее следует расположить в логической последовательности, отражающей динамику изображенных событий; оценивается способность понимать ситуацию в целом, т.е. устанавливать причинно-следственные связи;

3) «составление фигур из кубиков» в соответствии с рядом усложняющихся образцов; выявляются аналитико-синтетические способности и возможности пространственной координации и интеграции;

4) задание «складывание объектов»: из отдельных частей требуется составить фигуру человека, лошадь, автомобиль и лицо, т.е. по частичной информации создать целое при значительной свободе выбора решения;

5) задание на координирование осуществляется на ряде треугольников, разделенных пополам, и рассчитано на распознавание связи между определенной цифрой и соответствующей фигурой; выявляется способность к обучению новому материалу;

6) «лабиринты»: нахождение правильного пути в ряде все более усложняющихся лабиринтов позволяет судить о пространственных представлениях.

Результаты выполнения каждого задания оцениваются отдельно, и это дает качественную характеристику различных психических

функций, особенно если учитывать способы выполнения различных проб. Разнообразие заданий позволяет оценить способности, практически свободные от влияния обучения. Наличие шкалы действий позволяет исследовать и детей с нарушениями слуха и речи.

Обращает на себя внимание тот факт, что субтесты, входящие в вариант методики Векслера для детей, по содержанию практически не отличаются от широко применяемых в патопсихологии экспериментально-психологических методик. Это — изучение осведомленности и словарного запаса ребенка, его умения пользоваться знаниями в конкретной ситуации, решение арифметических задач, нахождение аналогий и сходства между понятиями, «последовательные картинки», «кубики Кооса», составление предметов из отдельных частей, корректурные пробы и лабиринты. Для этих патопсихологических приемов довольно четко разработаны пути качественного анализа данных, и экспериментатор имеет возможность вносить в процедуру тестового исследования необходимые изменения и дополнения, направленные на изучение качества нарушения.

Прежде всего, используя данную методику, необходимо учитывать и строго фиксировать все индивидуальные особенности испытуемых, а также все особенности их поведения во время проведения обследования. Это позволит более точно оценить характер имеющихся у них интеллектуальных нарушений и даст возможность установить, какое влияние на процесс выполнения заданий оказывают личностные и другие факторы.

Наибольший интерес представляют следующие показатели.

1. Особенности общения ребенка с экспериментатором: легко ли вступает в контакт, задает ли вопросы и какие, рассказывает что-нибудь о себе и т.д.

Если ребенок излишне застенчив, замкнут, плохо вступает в контакт, целесообразно начать его обследование с невербальных заданий. Яркие кубики, картинки обычно вызывают интерес у ребенка, снимают скованность и страх. Когда ребенок немного привыкнет и перестанет тормозиться, можно предложить ему вербальные задания. При этом не следует требовать от него развернутых ответов, важно лишь выяснить, насколько он понимает, знает различные предметы и явления, умеет обобщать, сравнивать их между собой. При квалификации дефекта необходимо учитывать, что низкие количественные показатели, полученные ребенком по вербальным тестам, в данном случае скорее всего являются следствием повышенной тормозимости.

Общительные дети обычно бурно реагируют на все вопросы и задания, часто переспрашивают, уточняют, приводят примеры из собственной жизни и т.д. С одной стороны, все это может послужить дополнительной информацией для экспериментатора, а

с другой — увеличивает время обследования, нарушает его ритм. В ряде случаев таких детей следует тактично останавливать, просить отвечать только по существу.

2. Особенности мотивации: вызывают ли задания интерес, какова реакция на неуспех, как ребенок оценивает свои возможности и достижения.

У детей с сильной познавательной мотивацией любое прерывание деятельности может вызвать переживание неуспеха, чувство неудовлетворенности. Поэтому в тех случаях, когда ребенок очень долго ориентируется в задании, ищет наиболее правильное решение и при этом не укладывается в отведенный лимит времени, надо позволить ему выполнить задание до конца и зафиксировать индивидуальный темп работы. Количественная оценка должна выводиться стандартным образом.

3. Динамические характеристики деятельности: импульсивность, расторможенность, поспешность в выполнении заданий или заторможенность, медлительность, истощаемость.

Обследование детей с повышенной истощаемостью, низкой работоспособностью следует проводить в несколько этапов, давая им значительные перерывы для отдыха. Такие дети выполняют задания очень медленно и часто не укладываются в отведенное время. Поэтому целесообразно не прерывать ребенка, не ограничивать времени выполнения заданий, чтобы выяснить, способен ли он в принципе справиться с ними, но обязательно учитывать индивидуальное время выполнения. Низкие показатели по субтестам, имеющим временные лимиты, считать следствием замедленного темпа психической деятельности.

4. Особенности внимания: отвлекаемость, переключаемость, колебания, показатели самоконтроля.

5. Характеристики моторики: быстрота движений, координация, сила мышечного тонуса, точность движений и т.д.

6. Речевые особенности: несформированность фразовой речи, трудности произношения, неверное употребление слов, оговорки, речевая инертность, нарушение регулирующей функции речи.

7. Способы выполнения заданий: решение методом проб и ошибок или с применением логических приемов, происходит ли перенос найденного способа на аналогичные задания и т.д.

Таким образом, в отличие от стандартной процедуры тестового исследования, когда отмечается только результат выполнения задания, имеет смысл подробно и тщательно запротоколировать весь ход эксперимента, фиксируя по возможности все, что делает и говорит испытуемый. При этом большое значение имеет тот факт, что практически не нарушается чистота самого теста, так как количественные оценки выводятся стандартным образом, а любые дополнения и изменения, внесенные экспериментатором, используются для качественного анализа полученных данных.

Тест «Прогрессивные матрицы Равена»

Тест был предложен Л. Пенроузом и Дж. Равеном в 1936 г. В ходе работы испытуемый должен был выявлять отношения между абстрактными фигурами. Распространены два варианта теста — черно-белый и цветной; черно-белый предназначен для обследования испытуемых 8 — 14 и 20 — 65 лет, цветной — 5 — 11 лет.

В черно-белом варианте испытуемый последовательно работает с 60 узорами или композициями, где отсутствует часть узора или один из элементов; необходимо отобрать отсутствующую деталь из предложенных вариантов. Задания сгруппированы по пять серий. В первой серии необходимо найти недостающую часть изображения, во второй — аналогии между парами фигур, в третьей — принцип развития, изменения фигур, в четвертой — принцип перестановки фигур, в пятой — закономерности взаимоотношений и взаимодействий между фигурами по горизонтали и вертикали. Внутри каждой серии сложность заданий возрастает. Цветной вариант более легкий, содержит три серии заданий.

Тест структуры интеллекта Амтхауэра

Тест используется в различных редакциях: первая предложена Р.Амтхауэром в 1953 г., последняя — в 1973 г. Он содержит восемь субтестов:

- 1) логический отбор (закончить предложение одним из приведенных слов);
- 2) определение общих черт (найти лишнее из пяти слов, где четыре объединены общей связью);
- 3) аналогии (предлагается пара слов и третье слово; нужно найти так же относящееся к третьему, как второе — к первому);
- 4) классификация (обозначить два слова общим понятием);
- 5) задания на счет (решение арифметических задач);
- 6) ряды чисел (установить закономерности и продолжить числовые ряды);
- 7) выбор фигур (предъявляются изображения частей фигуры; из предложенных фигур нужно найти ту, которую можно сложить из этих частей);
- 8) задания с кубиками (предъявляется изображение куба с разнообразно окрашенными сторонами; нужно найти аналогичный куб среди предъявленных изображений с учетом того, что он мог изменить свое положение).

Разумеется, мы рассмотрели далеко не все тесты интеллекта, но кратко описанные нами тесты, во-первых, широко распространены в дефектологической практике, а во-вторых, дают представление о типичных тестовых заданиях при диагностике интеллекта.

Безусловным достоинством тестовых методов является их большая объективность, возможность сравнивать результаты разных

испытуемых. В то же время исследования, построенные по типу жестко стандартизированной методики (теста), показывают только отклонение от нормы, но не позволяют выявить нарушенные функции и сохранные звенья.

Тесты креативности

В психодиагностике методы изучения способностей составляют отдельную группу и известны под названием «тесты креативности».

Методологической базой, на которой строятся эти диагностические приемы, является концепция креативности — универсальной творческой способности, предложенная Дж. Гилфордом. Согласно его представлениям, творческие способности являются самостоятельным фактором, независимым от уровня интеллекта.

Дж. Гилфорд выделил несколько параметров креативности (творческой способности):

- способность к обнаружению и постановке проблем;
- способность к генерированию большого числа идей;
- способность к продуцированию разнообразных идей (гибкость);
- способность отвечать нестандартно, устанавливать необычные ассоциации (оригинальность);
- способность усовершенствовать объект, добавляя детали;
- способность решать проблемы.

На основе этих теоретических предпосылок были разработаны тесты для исследования способностей. Всего в методике 14 субтестов (4 — на невербальную креативность, 10 — на вербальную). Среди них есть такие задания:

- перечислить как можно больше способов использования каждого предмета (например, банки);
- нарисовать заданные объекты, используя следующий набор фигур: круг, треугольник, прямоугольник, трапеция.

В дальнейшем разработку методов исследования креативности продолжил Е.П. Торренс. Его методика предназначена для людей разного возраста — от дошкольников до взрослых. В состав методики Торренса входят 12 субтестов, сгруппированных в три блока: вербальный, изобразительный, звуковой. Они диагностируют соответственно словесное творческое мышление, изобразительное творческое мышление и словесно-звуковое творческое мышление. Эти тесты Торренс разрабатывал в ходе учебно-методической работы по развитию творческих способностей детей. Его методика включает несколько этапов.

На первом этапе испытуемому предлагаются задачи на поиск слова из бессмысленной последовательности букв. Он должен найти единственное верное решение и сформулировать правило, ведущее к решению поставленной задачи.

На следующем этапе испытуемому предлагаются сюжетные картинки. Он должен перечислить все возможные обстоятельства, которые привели к изображенной на картинке ситуации, и дать прогноз ее дальнейшего развития.

Далее испытуемому предлагаются различные предметы и его просят перечислить все возможные способы их применения.

При изучении творческих способностей и воображения детей и подростков с нарушениями развития методики Дж. Гилфорда и Е.П.Торренса в классическом варианте, как правило, не используются, однако широко используется модификация методики Е.П.Торренса «Дорисуй фигуру». При изучении детей дошкольного возраста используются также такие задания, как «Разрезные картинки», «Нарисуй целое» (А.А.Катаева, Е.А.Стребелева). При изучении школьников с интеллектуальными нарушениями могут использоваться задания на составление рассказа с опорой на предложенные слова, рисование иллюстраций к этому рассказу (О.В.Боровик).

3.4.4. Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями развития

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

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

Кроме частных нарушений перечисленных выше психических функций трудности обучения детей могут быть обусловлены общими неспецифическими расстройствами мозговой деятельности, отражающими дискоординацию корко-подкорковых взаимодействий. При этом в одних случаях на первый план выступают расстройства общей нейродинамики, проявляющиеся в повышенной истощаемое™, нарушении темпа и подвижности психических

процессов, а также работоспособности. При других клинических вариантах психического дизонтогенеза более значимы нарушения произвольности и целенаправленности познавательной деятельности: отсутствие или нестойкость установки (мотивации) на познавательную деятельность, трудности планирования заданной психической операции, нестойкость произвольного внимания и контроля. Как известно, эти стороны сознательной деятельности обеспечиваются прежде всего работой лобных и лобно-подкорковых мозговых систем (А. Р. Лурия, М. С. Певзнер, Е. Д. Хомская и др.)¹

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

Модификация нейропсихологической методики А. Р. Лурия, адаптированная для исследования детей с явлениями резидуальной церебральной недостаточности, позволяет:

- выделить основные критерии качественной оценки состояния высших психических функций;

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

При качественном анализе состояния ВПФ прежде всего необходимо выделить ведущего фактора, затрудняющего осуществление заданной психологической операции. Такими ведущими факторами могут быть нарушения:

- нейродинамические;
- высших форм регуляции;
- отдельных корковых функций.

Критерий качественно-количественной оценки результатов исследования базируется на степени выраженности качественных показателей нарушений ВПФ.

В зависимости от работоспособности ребенка исследование может проводиться в один, два, реже — в три сеанса продолжительностью около 1 ч. Используется следующая схема обследования:

- предметный гнозис;
- различение ритмических последовательностей;
- пробы Заззо;
- воспроизведение позы пальцев;
- пробы Хэда;

Наиболее полно вопросы нейропсихологического изучения детей освещены в работах А. В. Семенович (1998, 2002).

- проба «перебор пальцев»;
- проба Озерского;
- воспроизведение графического образа;
- воспроизведение ритмических последовательностей;
- складывание фигур из палочек;
- решение задач с кубиками Кооса;
- условные двигательные задачи;
- речевая моторика;
- фонематический слух;
- понимание логико-грамматических конструкций;
- спонтанная речь;
- заучивание 10 слов;
- чтение;
- письмо;
- счетные операции;
- решение задач.

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

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

Оценка потенциальных возможностей ребенка производится на основании следующих показателей:

- тяжесть (интенсивность) и распространенность (экстенсивность) нарушений психических функций;
- ведущий фактор, препятствующий выполнению заданий;
- восприимчивость ребенка к помощи, предлагаемой в процессе проведения эксперимента.

На первые два вопроса экспериментатор может ответить в результате изучения так называемого индивидуального «профиля» нейропсихологических характеристик: выявление наиболее типичного, часто повторяющегося балла и выделение наиболее страдающих функций, обеспечивающих формирование того или иного школьного навыка.

Возможность ответа на третий вопрос изначально предусмотрена специальной организацией нейропсихологического исследования. Большинство заданий, включенных в исследование, предъявляется в двух вариантах. При первом варианте инструкция не отличается от применяемой в практике исследования взрослых. При неправильном выполнении то же задание дается в ситуации игры, обеспечивающей не только эмоциональную стимуляцию, но и

включение речевого и смыслового опосредования действия (например: «Ты командир, а твои пальчики солдаты, командуй — раз, два... и т.п.»). После подобной организации, как правило, результаты выполнения задания улучшаются, балльная оценка повышается. Этот новый результат вносится в протокол исследования и соответственно отмечается на графике индивидуального «профиля». Таким образом, эффективность помощи и, что особенно важно, виды ее становятся важными данными для оценки потенциальных возможностей ребенка.

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

3.4.5. Подходы к изучению личности детей и подростков с нарушениями развития

Для выявления личностных особенностей в психодиагностике используются специальные методики — личностные опросники и проективные методы.

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

Различают опросники-анкеты и личностные опросники.

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

Личностные опросники

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

Наиболее распространены типологические опросники, которые разрабатываются на основе определения типов личности (ряд теорий личности предполагает такую возможность) и позволяют отнести обследуемых к тому или иному типу, отличающемуся качественно своеобразными проявлениями. К типологическим относятся, например, опросники Г. Айзенка, определяющие тип личности в зависимости от выраженности двух независимых факторов — экстраверсии и эмоциональной нестабильности (нейротизма). В различных вариантах опросника обследуемым предъявляется опросный лист с набором вопросов, на которые предлагают ответить «да» или «нет» (иногда допускается ответ «не знаю», но не во всех вариантах опросника). Одна часть вопросов направлена на диагностику экстраверсии, другая — на диагностику нейротизма.

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

Известным опросником для изучения личностных особенностей является Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММР1). В основном варианте он состоит из 550 утверждений, соответствующих *III* диагностическим и трем контрольным шкалам. Опросник создавался на клиническом материале и применяется в различных областях психодиагностики. Обследование на основании ММР1 завершается построением «профиля личности». Основной интерес при интерпретации представляют не показатели по отдельным шкалам, а их соотношение; по типу профиля делаются основные выводы об особенностях личности. Впрочем, в практике в качестве самостоятельных опросников используются и отдельные вопросы, соответствующие основным и дополнительным шкалам ММР1, например шкала проявлений тревожности Дж. Тейлор.

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

робость». Каждая пара обозначает один фактор через названия «полюсов».

При психологическом изучении личности подростков и юношей (14—18 лет) широко применяется Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО), разработанный под руководством А.Е.Личко. Этот опросник предназначен для определения типов характера при конституциональных и органических психопатиях, в случаях патологического развития личности и акцентуаций характера. Пользуясь описаниями известных психиатров, авторы опросника составили наборы фраз, отражающих отношения подростков с разными типами психопатий и акцентуаций к ряду жизненных проблем, актуальных для подросткового возраста. Принцип отношений был заимствован из психологии отношений (В.Н.Мясищев).

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

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

Приведем пример использования ПДО изучения личностных особенностей больного Жоры, 15 лет, ученика специальной школы для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Подросток поступил в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением в школе: злостно нарушал порядок, дрался, грубил учителям, перед стационарированием стал неуправляемым. Со слов матери, рано начал курить, дружит со старшими по возрасту, хулиганит, требует у нее деньги. В отделении с трудом привыкал к распорядку, нарушал режим, курил в неустановленных местах, нецензурно бранился.

Результаты обследования по ПДО. По шкале объективной оценки, несмотря на склонность к диссимуляции, установлен неустойчивый тип. Конформность низкая. Реакция эмансипации выраженная (е-6). Имеются данные, указывающие на возможность формирования психопатии (K = 1, B = 6), а также на склонность к алкоголизации и делинквентности.

Анализ отдельных выборов больного выявил безразличное отношение к будущему, отсутствие переживания физического дефекта и установок на получение профессии и трудовую деятельность.

Эти результаты в сопоставлении с данными других методик помогли врачу поставить диагноз «психопатоподобный синдром», наметить тактику лечения. Совместно с психологом были разработаны рекомендации по организации работы и семейной психотерапии, даны рекомендации родителям по нормализации взаимоотношений в семье и оптимизации воспитательного процесса с учетом личностных особенностей подростка.

Проективные методики

В основу построения проективных методик положено представление о том, что в творчестве, высказываниях, предпочтениях человека, интерпретации им событий проявляются скрытые неосознаваемые побуждения, конфликты, переживания, характеризующие личность. Обследование с помощью этих методик предполагает создание ситуации неопределенности. Инструкция определяет либо общие направления, либо начальный момент обследования. Стимульный материал, предъявляемый для обследования, может толковаться разными способами — важны отношение, субъективный смысл, ассоциации, вызываемые этим материалом.

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

На основании ряда формальных показателей этих методик выделяются следующие признаки:

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

Рассмотрим наиболее типичные проективные методики.

Тест Розенцвейга

Тест является проективной методикой исследования личности. В качестве стимульного материала используются 24 рисунка, на которых изображены лица, находящиеся во фрустрационной ситуации.

Персонаж, изображенный слева, произносит слова, которыми описывается фрустрация — собственная или другого индивида (они написаны рядом с персонажем). Над персонажем, изображенным

справа, имеется пустой квадрат, в который обследуемый должен вписать первые пришедшие на ум ответы. Ситуации, изображенные на рисунках, могут быть разделены на две группы:

- ситуации препятствия;
- ситуации общения.

Оценка полученных ответов осуществляется главным образом по направлению реакций:

- экстрапунитивные — направлены на окружение; осуждается внешняя причина фрустрации и подчеркивается ее степень, иногда разрешения ситуации требуют от другого лица;
- интропунитивные — направлены на самого себя с принятием вины или ответственности за исправление возникшей ситуации; фрустрирующая ситуация не подлежит осуждению;
- импунитивные — обвинения отсутствуют.

По определенной программе выделяются скрытые мотивы поведения.

Существует детский вариант этого теста — тест детской апперцепции, в котором персонажами являются дети или дети во взаимодействии со взрослыми, в некоторых модификациях — животные. В этом случае ответы могут даваться устно.

Тест Роршаха

Тест является одной из самых популярных проективных методик. Стимульный материал теста состоит из 10 стандартных таблиц с черно-белыми цветными симметричными слабоструктурированными изображениями (так называемые «пятна» Роршаха). Обследуемому предлагается ответить на вопрос: «Что изображено на рисунке, на что это похоже?». Производится дословная запись всех высказываний испытуемого с учетом контекста (предъявляемого рисунка, сопутствующего элемента поведения и т.п.).

Полученные ответы формализуются с помощью специально разработанной системы символов по категориям:

- локализация (в ответе фигурирует все изображение или отдельные его части);
- детерминанты (учет доминирующей в описании формы изображения, цвета, формы совместно с цветом и т.д.);
- уровень формы (оценка того, насколько адекватно форма изображения отражена в ответе);
- содержание (ответы касаются людей, животных, неодушевленных предметов и т.д.);
- оригинальность — популярность.

Помимо диагностики общей направленности личности («тип переживания») тест позволяет получить данные о степени реалистичности восприятия действительности, эмоциональном отношении к окружающему миру, тенденции к беспокойству, тревожности.

«Тест тематической апперцепции» (ТАТ)

Наряду с Тестом Роршаха считается одним из наиболее авторитетных и распространенных тестов.

Материал теста — таблицы с картинками, изображающими неопределенные ситуации, допускающие их различное понимание и толкование. Вместе с тем каждый рисунок предполагает актуализацию переживаний определенного типа и отношений к определенным ситуациям. Испытуемым по каждой предъявляемой картине (всего их 30 и одна пустая таблица, на которой возможно вообразить любую картину; в обследовании, как правило, предъявляются 20) предлагается составить рассказ, в котором описывались бы события, приведшие к изображенной на ней ситуации, происходящие в настоящее время — мысли, чувства, отношения персонажей, — и завершение истории. Производится дословная запись рассказа, фиксируется время, паузы, особенности поведения, интонирования, мимики и др.

При анализе определяется, с каким «героем» соотносит себя обследуемый, определяются важнейшие характеристики «героя», среди которых ведущее место занимают его потребности и особенности влияния на него среды (так называемые «прессы» и «давления» и их соотношение); в итоге создается представление об особенностях потребностной сферы обследуемого, его внутренних и внешних конфликтах, способах защиты и др.

Тест цветовых выборов Люшера

В классическом варианте тест представлен в двух основных формах: полный (73 цветовые таблицы) и краткий (восемь цветов). Полный вариант довольно сложен в проведении и интерпретации; применяется, как правило, в тех ситуациях, когда требуется углубленное обследование, а другие методы недостаточно адекватны. Краткий вариант менее трудоемок, результаты обследования легко обрабатываются и процедура интерпретации проста. Этот набор включает в себя четыре основных цвета и четыре дополнительных. Основные цвета (синий, зеленый, красный, желтый) играют особую роль и каждый из них имеет свое значение, выражая одну из основных потребностей.

Обследование протекает следующим образом: испытуемому предлагается выбрать из предложенных восьми цветов наиболее предпочитаемый (тот, который ему больше всех нравится), при этом стараться не ассоциировать этот цвет с какими-либо предметами). После первого выбора предлагается повторить процедуру — выбрать наиболее предпочитаемый из оставшихся семи цветов, шести, пяти и т.д. Через 1—2 мин процедуру следует повторить, предварительно изменив в случайном порядке расположение цветов. При этом необходимо обратить внимание

обследуемого, что опрос не направлен на изучение его памяти и он может выбрать те цвета, которые ему нравятся в данный момент.

После первого и второго опроса психолог производит интерпретацию результатов обследования. По результатам тестирования можно установить основной способ действия, цель, к которой стремится испытуемый, незадействованные особенности его личности, подавленные потребности, актуальные проблемы и ряд других показателей, характеризующих его личность.

Все описанные методики подтвердили свою диагностическую эффективность в практике, но при обследовании детей, лиц с сенсорными и речевыми дефектами, умственно отсталых любого возраста сфера их использования ограничена. Например, умственно отсталые не понимают многих ситуаций, изображенных на карточках ТАТ или Теста Розенцвейга, поэтому результаты обследования не раскрывают их личностных особенностей и скрытых переживаний, а указывают на низкий интеллектуальный уровень.

Особые проблемы возникают при попытках обследовать с помощью этих методик детей и подростков с недоразвитием речи, в том числе и вследствие нарушений слуха. Они чаще всего не способны дать связное развернутое описание стимульного материала, самостоятельно составить рассказ. В этих случаях лучше воспользоваться другими проективными методиками.

Например, школьники с легкой умственной отсталостью и учащиеся речевых школ, которые не могут справиться с ТАТ, способны завершить незавершенные предложения типа: «Мой отец...», «В детстве меня...». Предложения предлагаются исходя из того, какие свойства личности хотят выявить при обследовании.

Тест «Нарисуй человека»

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

Тесты «Дом—дерево—человек», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи»

Идея о том, что в рисунке можно увидеть своеобразный «автопортрет», лежит и в основе теста «Дом—дерево—человек» Гудинафа — Харриса. При психологическом обследовании детей и подростков широкое распространение получили также рисуночные тесты «Несуществующее животное» и «Рисунок семьи».

Однако при обследовании некоторых категорий детей с отклонениями в развитии к интерпретации результатов этих методик следует подходить с осторожностью. Например, дети с нарушением манипулятивных функций, с нарушениями зрительного восприятия, с пространственными нарушениями часто рисуют деформированные фигуры, «теряют» мелкие детали; изображение деталей лица диспропорционально. При выраженных нарушениях схемы тела, например при детском церебральном параличе, детали фигуры могут быть разбросаны по всему листу (например, конечности размещены с одной стороны), а при нарушении ориентировки в плоскости листа изображение может размещаться в одном из углов, чаще в правом нижнем.

Все эти особенности выполнения заданий связаны с нарушениями высших психических функций из-за органического поражения мозга или анализаторов, а не с нарушениями личности. В этих случаях проективная значимость исследования практически отсутствует.

В других же случаях результаты рисуночных тестов могут быть очень информативными. Так, подросток с тяжелыми хроническими заболеваниями почек изобразил человека со спинкой кровати вместо ног; девочка с моторной алалией нарисовала членов своей семьи без каких-либо особенностей, а себя — безо рта; девушка с ампутированной ногой изображала людей летящими в длинных одеждах, скрывающих ноги.

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

Контрольные вопросы

- 1. Какие методики могут использоваться для исследования мышления, памяти, восприятия детей дошкольного возраста? Школьного возраста?**
- 2. В чем преимущество и недостатки метрического подхода к изучению психического развития детей с нарушениями развития?**
- 3. В каких случаях для обследования ребенка целесообразно использовать проективные методики?**

Литература

Основная

- Левченко И.Ю.* Патопсихология: Теория и практика. — М., 2000.
- Основы психодиагностики / Под ред. А. Г. Шмелева. — Ростов н/Д, 1996.
- Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. — М., 1970.
- Семенович А.В.* Нейropsychологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. — М., 2002.

Дополнительная

- Бурлачук Р.Л. Морозов С.М.* Словарь-справочник по психологической диагностике. — Киев, 1989.
- Соколова Е.Т.* Проективные методы исследования личности. — М., 1980.
- Переслени Л.И.* Психодиагностический комплекс методик для определения уровня развития познавательной деятельности младших школьников. — М., 1996.

3.5. Логопедическое обследование в системе комплексного изучения детей с нарушениями развития

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

Дети с нарушениями речевого развития — это особая категория детей с отклонениями в развитии; у них сохранен слух и

интеллект, но есть значительные нарушения речи, влияющие на формирование других сторон психики.

Психолого-педагогическая характеристика детей с недостатками речи представлена в трудах Р.Е.Левиной, Т.Б.Филичевой, Г.В.Чиркиной, О.Е.Грибовой и др.

Наиболее сложные речевые нарушения охватывают как фонетико-фонематическую, так и лексико-грамматическую стороны языка, приводя к общему недоразвитию речи, которое может иметь различный механизм и соответственно различную структуру нарушения и наблюдается при наиболее сложных формах детской речевой патологии (алалии, дизартрии и т.д.). Р.Е.Левиной были выделены три уровня общего недоразвития речи (ОНР), т.е. системного нарушения всех сторон речи при сохранном физическом слухе.

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

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

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

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

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

Неполноценная речевая деятельность отражается на формировании у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер. Отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограниченные возможности его распределения. При относительной сохранности смысловой памяти у детей снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. У наиболее слабых детей низкая мнемическая активность может сочетаться с задержкой в формировании других психических процессов. Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического раз-

вития проявляется также в специфических особенностях мышления. Обладая полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением.

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

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

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

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

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

Изучение речи проводится в рамках логопедического обследования и включает в себя изучение устной и письменной речи.

Изучение устной речи

В отечественной логопедии основным методологическим принципом анализа речевых нарушений выступает принцип системного анализа, разработанный Р.Е.Левиной. Основой этого анализа являются современные представления о речевой деятельности как сложной, многоуровневой функциональной системе, составные части которой взаимно обуславливают друг друга. Первичная несформированность у ребенка одного из языковых компонентов, принимающих участие в становлении речи, влечет за собой вторичные, третичные и т.д. изменения в речевой системе. Таким образом, логопедическое обследование включает в себя изучение основных составляющих речевую систему компонентов:

- связной самостоятельной речи;
- словарного запаса (лексики);
- грамматического строя речи;
- звукопроизводительной стороны речи (звукопроизношения, слоговой структуры слова, фонематического восприятия).

В процессе логопедического изучения ставятся определенные цели:

- выявить объем речевых навыков у ребенка;
- сопоставить его с возрастными нормами, а также с уровнем психического развития;
- определить соотношение нарушения и компенсаторного фона, речевой активности и других видов психической деятельности.

Ориентировочный этап логопедического обследования начинается с изучения специальной документации и беседы с родителями. Задача данного этапа — дополнить анамнестические данные сведениями о ходе речевого развития ребенка. Отмечаются следующие основные моменты речевого развития:

- время начала гуления, лепета, первых слов, фразовой речи;
- не прерывалось ли речевое развитие (если прерывалось, то по какой причине и как восстанавливалась речь);

характер речевого окружения (особенности речи близких, двуязычие, требования к речи ребенка со стороны взрослых и т.д.);

- отношение ребенка к своему речевому дефекту;
- оказывалась ли логопедическая помощь и каковы ее результаты.

Поскольку нарушения речи иногда обусловлены снижением слуха, необходимо убедиться в полной его сохранности у обследуемого ребенка.

При обследовании слуха рекомендуется пользоваться звучащими или озвученными игрушками (барабан, бубен, кошка, птичка), а также специально подобранными картинками. Необходимо проверить, как слышит ребенок шепотную и разговорную речь. Ребенка ставят спиной к логопеду на расстоянии 6 — 8 м. Логопед делает полный выдох и шепотом обычной громкости называет

слова, которые ребенок должен повторить, например, школа, чайник, машина, чемодан и т.д. В случае затруднения восприятия логопед повторяет те же слова на расстоянии 4 м, а затем 3 м. В заключении необходимо указать, на каком расстоянии ребенок воспринимает шепот.

При нормальном слухе ребенок должен слышать и повторять слова и фразы, сказанные шепотом на расстоянии 6—7 м. При проверке слуха должно быть исключено зрительное восприятие речи. Восприятие шепота на расстоянии не более 3 м указывает на необходимость специальной консультации в сурдоцентре для уточнения состояния слуха.

Значительно труднее обследовать слух у детей, совсем не владеющих речью или только начинающих говорить. В таких случаях рекомендуется использовать картинки с нарисованными на них простыми и знакомыми детям предметами. Ребенка просят не повторять слова, сказанные логопедом, а показать соответствующую картинку. Сначала логопед предлагает показать, где кукла, мячик, кошка, находясь рядом с ребенком, затем — постепенно удаляясь от него. При выявлении снижения слуха обследуемый направляется на аудиометрическое исследование к специалисту.

Обследование речи предполагает изучение как собственной (экспрессивной) активной речи ребенка, так и понимания им речи окружающих (импрессивной). Процедуру обследования трудно разделить по указанным видам речи. Это обусловлено сложным системным строением речевой функции. Поэтому целесообразно чередовать приемы, направленные на выявление особенностей как одной, так и другой речи.

Основными видами заданий при обследовании *импрессивной речи* являются:

- называние предметов, их частей, качеств, действий с ними на предъявленных логопедом картинках (обследование понимания слов);
- выполнение предъявленных на слух инструкций различной сложности (обследование понимания предложений);
- выбор предмета или картинки в соответствии с названной логопедом грамматической формой (обследование понимания грамматических форм);
- пересказ текста, ответы на вопросы к нему, работа с деформированным текстом и т.п. (обследование понимания текста).

Характеристика уровня сформированное™ импрессивной речи в дальнейшем находит отражение в логопедическом заключении:

- понимание обращенной речи сформировано в полном объеме;
- понимание обращенной речи на бытовом уровне;
- понимание обращенной речи ограничено (в пределах ситуации);
- обращенную речь не понимает.

Обследование *активной (экспрессивной) речи* начинается с беседы с ребенком, цель которой — выявить его общий кругозор, владение связным высказыванием.

Анализ ответов ребенка в ходе беседы позволяет сформулировать предварительную гипотезу и определить дальнейшие этапы обследования. Так, при отсутствии у ребенка элементарной фразовой речи изучение таких компонентов речевой системы, как грамматический строй речи и фонематические процессы, не представляется возможным. Если же в процессе предварительной беседы ребенок так или иначе демонстрирует владение самостоятельным связным высказыванием, то возникает необходимость определить степень сформированное™ развернутой самостоятельной речи и установить соответствие ее возрастным нормам. В этом случае обследование речи проводится по традиционной схеме и предполагает изучение всех компонентов речевой системы.

Обследование связной речи может проводиться в ходе беседы и включает серию заданий по углубленному изучению развернутого самостоятельного высказывания:

- беседа;
- составление рассказа по сюжетной картинке;
- составление рассказа по серии сюжетных картинок;
- пересказ;
- составление рассказа-описания;
- составление рассказа по представлению.

Критерии оценки связной речи. При оценке состояния связной речи следует помнить, что на четвертом году жизни дети овладевают простым распространенным предложением. К 3 — 4 годам начинают употреблять сложносочиненные и сложноподчиненные предложения. После 4 лет могут пересказывать простую знакомую сказку, охотно рассказывают стихотворения. К 5 годам дети могут пересказывать короткие тексты, прослушав их два раза. После 5 лет подробно и последовательно рассказывают об увиденном и услышанном, могут объяснить причину и следствие. После 6 лет дети могут составить собственный рассказ, развернутый и логичный по содержанию.

Характерные особенности связной речи при речевом недоразвитии:

- бедность и однообразие синтаксических конструкций; в самостоятельной речи ребенок пользуется в основном простыми предложениями;
- неумение распространять предложение однородными членами;
- ребенок ограничивается перечислением предметов или действий;
- нарушение логики рассказа: рассказывая о несущественном, ребенок опускает главное.

Содержание следующего направления логопедического обследования предполагает изучение *словарного запаса*. При этом ставятся следующие задачи:

- выявить соответствие или несоответствие словаря возрастной норме; охарактеризовать активный словарь (наличие существительных, глаголов, прилагательных, использование других частей речи);

- выяснить точность употребления лексических значений слов.

В обследование необходимо включить:

Предметный словарь:

- существительные, обозначающие предмет и его части (чайник, крышка, носик, донышко);
существительные со сходными лексическими значениями (платье — сарафан);
- обобщающие слова (овощи, фрукты, посуда, одежда и т.п.);
- названия времен года;
- названия животных и их детенышей;
- названия профессий.

Глагольный словарь:

- глаголы, обозначающие действия с предметами;
- глаголы, обозначающие состояния, чувства, явления.

Глаголы предъявляются не только в форме инфинитива (бежать, мыть, рисовать), но и в различных временных формах с различными приставками (бежал — прибежал), в различных залогах (моем — моется).

Словарь признаков:

прилагательные, обозначающие:

- величину предметов (высокий, низкий, узкий);
- цвет (основной и его оттенки);
- форму (круглый, овальный, квадратный);
- качества (молочный, пушистый, гладкий);
- сезонные признаки (летний, осенний, зимний, весенний).

К словарю признаков относят и употребление наречий типа: быстро, медленно, громко, высоко.

Дополнительно к этому обследуется *словарь антонимов*.

Наиболее простым приемом обследования словарного запаса является называние предметов, качеств по специально подобранным по тематическому (игрушки, мебель, транспорт) либо по ситуационному признаку (магазин, мастерская, класс) картинкам.

Критерии оценки словарного запаса. При оценке лексических возможностей необходимо помнить, что при нормальном речевом развитии ребенка и благоприятных условиях воспитания его активный словарь увеличивается очень быстро. В возрасте 3 — 4 лет словарь составляет от 600 до 2000 слов. Дети правильно называют окружающие их предметы и явления, владеют достаточным количеством слов, обозначающих качества предметов, действия.

В возрасте 4 лет активно пользуются как видовыми, так и родовыми понятиями, антонимами, синонимами; свободно используют в речи существительные с уменьшительно-ласкательными суффиксами (пальчик, зайчик, лобик, куколка, платьице).

В 5 — 6 лет усвоение детьми навыка словообразования позволяет использовать в речи слова, обозначающие качества предметов (железный, деревянный, пластмассовый), а также слова разных частей речи, образованные от одного корня (плавать — пловец — плавучий).

Преобладающие лексические ошибки при речевом недоразвитии:

- замена наименования части предмета названием самого предмета в целом (воротник, рукав — рубашка; носик, донышко — чайник);
- замена названия предмета названием действия (шнурки — завязывать чтобы);
- замена слов другими, близкими по ситуации и внешним признакам (панама, шляпа, берет — шапка; кресло, табурет — стул; подшивает — шьет);
- замена видовых понятий родовыми (ромашка, колокольчик, роза — цветок);
- замена названий признаков (узкий — неузкий; короткий — маленький; длинный, широкий — большой);
- использование обобщающих понятий, в основном бытового характера (игрушки, посуда, одежда, цветы);
- неиспользование антонимов, редкое использование синонимов.

Важный момент логопедического обследования — изучение сформированности грамматического строя речи. Выявляются:

- правильность построения грамматической структуры предложения;
- характер использования падежных форм существительных; правильность употребления рода существительных, форм единственного и множественного числа;
- правильность согласования различных частей речи;
- характер употребления предложных конструкций;
- степень владения навыками словообразования и словоизменения.

При обследовании грамматического строя речи используются следующие задания:

- составить предложение по сюжетной картинке (при этом отмечается преобладающее количество слов в предложениях, соответствие последовательности слов в предложении грамматической норме);
- составить предложение по картинке, сюжет которой предусматривает употребление заданных грамматических форм («Дети видели в зоопарке слона, льва, обезьяну, белку»);

- вставить пропущенный предлог или слово в нужной падежной форме («Самолет летит... лесом»; «Мяч лежит... столом»);
- преобразовать заданную грамматическую форму единственного числа во множественное («Один стол, а много...?»);
- образовать формы родительного падежа единственного и множественного числа («На этой картинке есть дерево, а на этой нет чего?» (дерева, деревьев);
- согласовать имена прилагательные и числительные с существительными.

При обследовании грамматического строя речи особое внимание следует уделить выявлению навыка словообразования. Основными видами заданий здесь являются:

- образование существительных с помощью уменьшительно-ласкательных суффиксов (стульчик, ложечка, глазки и т.п.);
- образование прилагательных от существительных (стакан из стекла — стеклянный, стол из дерева — деревянный и т.п.);
- образование названий детенышей животных в единственном и множественном числе (у белки — бельчонок, бельчата; у лошади — жеребенок, жеребята);
- образование глаголов с помощью приставок.

Критерии оценки грамматического строя речи. При оценке состояния сформированности грамматического строя речи следует помнить, что при нормальном развитии речи дети к 5 годам правильно употребляют существительные, прилагательные во всех падежах единственного и множественного числа. Отдельные трудности касаются редко употребляемых существительных в родительном и именительном падежах множественного числа (стулы, деревья, колесов, карандашов).

Усвоение предложных форм протекает в такой последовательности. В 3—4 года дети правильно употребляют все простые предлоги (у, в, на, под, с, из, к, за, по, после), свободно пользуются ими в своих высказываниях.

В 5—6 лет правильно используют в речи сложные предлоги (из-за, из-под и т.п.).

Первые словообразовательные навыки формируются в 4 года. Это образование существительных с помощью уменьшительно-ласкательных суффиксов.

К 5 годам дети справляются с заданиями на образование прилагательных от существительных по аналогии. В этом же возрасте формируется правильное употребление сочетания прилагательных с существительными и числительными в именительном падеже.

Специфические ошибки грамматического оформления речи при речевом недоразвитии. Нарушение понимания и употребления грамматических средств языка определяется термином *«аграмматизм»*.

Соответственно выделяют импрессивный и экспрессивный аграмматизм. Импрессивный аграмматизм проявляется в недостаточном понимании изменения значения слов при изменении приставки, суффикса и т.д. Экспрессивный аграмматизм характеризуют следующие специфические ошибки грамматического оформления речи:

- нарушение порядка слов в предложении (инверсия);
- неправильное использование падежных форм;
- ошибки в употреблении рода существительных;
ошибки в согласовании прилагательных и числительных с существительными;
- замена или пропуск предлога;
- несформированность навыков словообразования.

Наряду с изучением связной речи, словарного запаса, грамматического строя речи логопедическое обследование включает изучение звукопроизносительной стороны речи, которое необходимо начинать с обследования слоговой структуры и звуконаполняемости слов.

С этой целью подбираются слова с разным количеством и типом слогов: слова со стечением согласных в начале, середине и конце слова. При произнесении данных слов предлагается как отраженное, так и самостоятельное называние картинок.

Для выяснения степени владения слоговой структурой слова основными видами заданий являются следующие:

- повторение вслед за логопедом слов разной структурной сложности (елка, паук, стол, шкаф, пушка, бабушка, карандаш, мотоцикл, телевизор, велосипед, аквариум и т.д.);
- самостоятельное называние картинок, специально подобранных логопедом. Слова при этом варьируются в зависимости от звуконаполняемости (смородина, поросенок, стрекоза, учительница, жеребенок, ящерица, пирамида);
- повторение предложений, включающих в себя заданное слово, трудное по слоговой структуре («Библиотекарь выдает книги», «Водопроводчик чинит водопровод»).

При грубом нарушении слоговой структуры и звуконаполняемости необходимо предложить ряд слогов на переключение:

- из разных гласных и согласных звуков (тамоку);
- из разных согласных, но одинаковых гласных звуков (мабата);
- из разных гласных, но одинаковых согласных звуков (какоку);
- из одинаковых согласных и гласных звуков, но с разным ударением (па-папа, папа-папапа, папа-па и т.д.);
- а также отстучать ритмический рисунок слова: // /// /// //.

Ошибки слоговой структуры слова и звуконаполняемости при речевом недоразвитии:

сокращение количества слогов, чаще — при стечении согласных в слове (тол — стол, вок — волк);

- добавление лишних звуков и слогов (лимонт — лимон, глазики — глазки);
- перестановка звуков и слогов (коловода — сковорода);
- замена звуков и слогов (саф — шкаф);
- персеверация (застревание) слогов (хокист — хоккеист);
- антиципация (предвосхищение) слогов (астобус — автобус).

Важное звено в общей системе изучения речевой деятельности представляет обследование звукопроизношения, которое включает изучение не только произносительной стороны речи, но и уровня восприятия звуков, способности дифференциации их на слух.

Прежде всего необходимо изучить строение и подвижность органов артикуляционного аппарата: губ, языка, зубов, челюстей, нёба. Отмечается, насколько их строение соответствует норме. При обследовании можно обнаружить следующие аномалии:

- губы — толстые, мясистые, короткие;
- зубы — редкие, кривые, мелкие, вне челюстной дуги, крупные, без промежутков между ними, с большими промежутками; отсутствуют резцы, верхние, нижние;
- челюсти (прикус) — открытый передний, открытый боковой односторонний или двусторонний; прогнатия (выступление верхней челюсти); прогения (выступление нижней челюсти);
- нёбо — высокое, готическое, узкое, плоское, укороченное, низкое;
- язык — массивный, маленький, укороченная уздечка, испещренный.

При проверке подвижности органов артикуляции ребенку предлагают различные задания по подражанию:

- облизать языком губы;
- дотянуться языком до носа, подбородка, левого, а затем правого уха;
- пощелкать языком;
- сделать язык широким, распластанным, а затем узким;
- поднять кончик высунутого языка вверх и как можно дольше удерживать его в этом положении;
- перемешать кончик языка то в левый, то в правый угол губ, менять ритм движения;
- вытянуть губы вперед трубочкой, а затем растянуть их в широкую улыбку и т.д.

При этом отмечается свобода и быстрота движений органов артикуляции, их плавность, а также насколько легко осуществляется переход от одного движения к другому.

При обследовании произношения звуков выявляется умение ребенка произносить тот или иной звук изолированно и использовать его в самостоятельной речи. Следует отмечать возможные недостатки звукопроизношения: замену, смешение, искажение или

отсутствие отдельных звуков — при изолированном произнесении, в словах, во фразах.

Для исследования произношения звуков в словах необходимо иметь набор специальных предметных картинок. Самым простым приемом при обследовании звукопроизношения является следующий: ребенку предъявляются для называния картинки с изображением предметов, в названиях которых исследуемый звук находится в разных позициях — в начале, конце, середине и в стечении согласных.

Далее проверяется, насколько правильно ребенок произносит проверяемые звуки в речевом потоке. Для этого следует предложить произнести подряд несколько фраз, в которых бы возможно часто повторялся исследуемый звук.

При обследовании фонематического восприятия необходимо выяснить, как ребенок различает на слух отдельные звуки. В первую очередь это относится к звукам, сходным по артикуляции или близким по звучанию. Проверяется различение всех коррелирующих фонем из групп:

- свистящих и шипящих (са-ша, за-жа, са-за, са-ца, са-ча и т.д.);
- звонких и глухих (та-да, па-ба, га-ка и т.д.);
- сонорных (ра-ла, ри-ли и т.д.);
- мягких и твердых (са-ся, ла-ля и т.д.).

Основным приемом при этом является повторение вслед за логопедом различных оппозиционных слогов типа са-ша, ша-са, ач-аш, са-ца, ра-ла, ша-жа и т.д. Если у ребенка нарушено произношение некоторых звуков, то ему предлагается ответить каким-либо действием (поднять руку, хлопнуть в ладоши), если он услышит заранее оговоренный слог в ряду слогов, содержащих оппозиционные звуки.

При изучении фонематического восприятия выявляется также способность различать слова, близкие по звучанию: жук-сук-лук; том-дом-ком; мишка-миска; коза-коса; день-тень-пень. С этой целью ребенку предлагается выбрать нужную картинку либо объяснить смысл каждого из парных слов, содержащих смешиваемые звуки.

Характеристика звукопроизношения при нормальном развитии.
В 3 — 4 года ребенок правильно произносит гласные и согласные звуки раннего онтогенеза. В это время допускается смягчение звуков речи. Звуки с, з, ш, ж произносятся недостаточно четко, пропускаются, заменяются звуками т, д, ф, в; аффрикаты ч, щ на ть, ц, сь; звуки р, л могут пропускаться или заменяться на ль.

В 4 — 5 лет исчезает смягченное произношение звуков, замена свистящих и шипящих звуков на звуки т-д. Шипящие могут произноситься недостаточно четко. Еще не у всех детей формируется звук р.

В 5—6 лет правильно произносятся звонкие, глухие, твердые, свистящие, шипящие звуки, аффрикаты. Могут быть ошибки при дифференциации, недостаточно сформированны соnorные звуки.

В 6—7 лет в условиях правильного речевого воспитания и при отсутствии органических нарушений центрального и периферического речевого аппарата дети правильно пользуются всеми звуками родного языка.

Полученные данные о состоянии речевого развития ребенка должны быть всесторонне проанализированы с опорой на достаточно большое количество примеров детской речи и на динамическое наблюдение.

Результаты комплексного обследования речи обобщаются в виде логопедического заключения, где указываются уровень речевого развития ребенка и форма речевого нарушения (ОНР III уровня у ребенка с дизартрией; ОНР II уровня у ребенка с алалией; ОНР II—III уровней у ребенка с открытой ринолалией и т.п.).

Логопедическое заключение раскрывает состояние речи и нацеливает на преодоление специфических трудностей ребенка, обусловленных клинической формой речевой аномалии. Это необходимо для правильной организации индивидуального подхода на фронтальных и подгрупповых занятиях.

Обследование детей с дизартрией

Дизартрия — это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической сторон речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной системы. Нарушения произношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, «смазанная речь», в более тяжелых наблюдаются и искажения, и замены, и пропуски звуков, страдают темп, выразительность речи, модуляция. В целом произношение становится невнятным.

Логопедическое обследование детей с дизартрией строится на общем системном подходе, разработанном в отечественной логопедии, с учетом специфики как речевых, так и неречевых нарушений, общего психо-неврологического состояния ребенка и его возраста. Чем младше ребенок и чем ниже уровень его речевого развития, тем большее значение в диагностике имеет анализ неречевых нарушений.

В настоящее время на основе оценки неречевых нарушений разработаны приемы ранней диагностики дизартрии. Наиболее часто первым проявлением дизартрии является наличие псевдо-

бульбарного синдрома, первые признаки которого можно отметить уже у новорожденного. Это слабость крика или его отсутствие (афония), нарушение сосания, глотания, отсутствие или слабость некоторых врожденных безусловных рефлексов (сосательного, поискового, хоботкового, ладонно-рото-головного). Крик у таких детей длительное время остается тихим, плохо модулированным, нередко с носовым оттенком, иногда в виде отдельных всхлипываний, которые производятся в момент вдоха.

Дети плохо берут грудь, вяло сосут, при сосании захлебываются, синеют, иногда молоко вытекает из носа. В особо тяжелых случаях дети в первые дни жизни вообще не берут грудь, их кормят через зонд, при этом отмечаются и нарушения глотания. Дыхание поверхностное, нередко учащенное и аритмичное. Эти нарушения сочетаются с асимметрией лица, подтеканием молока из одного угла рта, отвисанием нижней губы, что препятствует захвату соска или соски.

По мере роста ребенка все отчетливее проявляется недостаточная интонационная выразительность крика, голосовых реакций. Звуки гуления, лепета отличаются однообразием и появлением в более поздние сроки. Ребенок длительное время не может жевать, кусать, давиться твердой пищей, не может пить из чашки. Врожденные безусловные рефлексы, которые были угнетены в период новорожденное™, с возрастом также проявляются в значительной степени, затрудняя развитие произвольной артикуляционной моторики. Все большее значение приобретают речевые симптомы — стойкие нарушения произношения, недостаточность произвольных артикуляционных движений, голосовых реакций, неправильное положение языка в полости рта, его насильственные движения, нарушения голосообразования и речевого дыхания, задержанное развитие речи.

Изучение речи ребенка с дизартрией в каждый возрастной период необходимо начинать с наблюдения за состоянием мимической мускулатуры. Обследование начинают с наблюдения за мимической мускулатурой в покое. При этом отмечают выраженность носогубных складок и их симметричность, характер линии губ и плотность их смыкания. Устанавливается, есть ли насильственные движения (гиперкинезы) мимической мускулатуры. У ребенка проверяют умение держать рот закрытым, закрывать глаза (оба и каждый глаз изолированно), нахмуривать брови, отмечают появление содружественных движений (синкинезий).

Обследование двигательных функций рекомендуется производить при различных нагрузках и многократном повторении. При этом отмечается качественная сторона каждого движения, его полноценность или неполноценность. В последнем случае фиксируется время включения в движение, истощаемость движения,

изменения его темпа и плавности, объем, появление содружественных движений. При многократных движениях могу! быть выявлены стертые формы пареза. При такой нагрузке может быть слюнотечение, которое сопутствует дизартрии.

Далее логопед переходит к изучению особенностей артикуляционного характера (неправильный прикус, короткая подъязычная связка, куполообразное нёбо и т.п.).

Обследование включает в себя изучение следующих компонентов артикуляционной моторики:

- движения губ: смычка, оскал, вытягивание вперед;
- движения нижней и верхней челюсти: открывание и закрывание рта;
- движения языка: вперед-назад, вверх-вниз, влево-вправо, распластывание, высовывание «жалом»;
- состояние мягкого нёба: поднимание нёбной занавески при энергичном произнесении звука «а», наличие или отсутствие утечки воздуха через нос при произнесении гласных звуков, равномерность утечки, наличие или отсутствие глоточного рефлекса (появление рвотных движений при легком прикосновении шпателем к мягкому нёбу).

При очень тяжелых случаях бульбарного паралича могут отсутствовать произвольные движения губ, языка и других органов артикуляции; в этом случае необходимо обнаружить некоторые рефлекторные движения. Например, раздвигание губ при улыбке, отдергивание языка при прикосновении шпателем, движение мягкого нёба при покашливании, зевании и т.д.

Парез голосовых связок и мягкого нёба отражается на дыхании и голосообразовании. Может наблюдаться носовой оттенок голоса. Дыхание обычно поверхностное, неровное, вдох и выдох короткие.

Произношение звуков обследуется по общепринятой методике. При этом отмечаются особенности артикуляции, четкость движений, входящих в артикуляционный уклад звуков, плавность перехода от одного звука к другому в стечении согласных, появление призвуков. Помимо дефектов звукопроизношения важно обратить внимание на уровень владения слоговой структурой слова.

После обследования звукопроизношения выявляют особенности различения звуков. Ребенку предлагают повторить за логопедом слоговые ряды с оппозиционными звуками, например: та-да-та, ша-са-ша, ра-ла-ра. Поскольку дети часто не произносят эти звуки, ребенку даются задания, исключающие проговаривание исследуемых звуков и рассчитанные на их узнавание и выделение.

При обследовании детей, страдающих дизартрией, важно выявлять особенности различения не только часто смешиваемых со-

гласных звуков, но и гласных (они обычно плохо дифференцируются в артикуляции).

У детей школьного возраста выявляют навыки звукового анализа, умение читать отдельные буквы, слова различного слогового состава, специально подобранные тексты и осмысливать прочитанное.

Уровень развития лексико-грамматической стороны речи обследуют с помощью приемов, разработанных для детей с ОНР. При обследовании лексики необходимо учитывать значительные трудности, которые представляет для детей с дизартрией само название предметов. Поэтому если ребенок отказывается назвать какой-либо предмет, проверяют, есть ли это слово в его пассивном словаре.

В результате проведенного обследования логопед получает представление не только о нарушениях артикуляции и звукопроизношения, но и об уровне общего речевого развития.

Диагноз ставится совместно врачом и логопедом. В речевой карте ребенка с дизартрией наряду с клиническим диагнозом, отражающим по возможности и форму дизартрии, должно быть и логопедическое заключение, основанное на принципе системного подхода к анализу речевых нарушений. Например:

- псевдобульбарная дизартрия, фонетический дефект;
- псевдобульбарная дизартрия, фонетико-фонематическое недоразвитие речи;
- псевдобульбарная дизартрия, фонетико-фонематическое недоразвитие, артикуляторно-акустическая дисграфия (такой вариант может быть у школьника);
- псевдобульбарная дизартрия, общее недоразвитие речи (III уровень).

Знание структуры речевого нарушения при разных формах дизартрии, механизмов нарушения общей и речевой моторики позволяют обеспечить полноценную коррекцию имеющихся нарушений.

Контрольные вопросы

1. Какие нарушения являются ведущими при дизартрии?
2. Каковы проявления дизартрии в раннем возрасте?
3. В чем заключается особенность изучения речевых двигательных функций при дизартрии?
4. Какова роль логопеда в постановке диагноза при дизартрии?

Литература

- Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. — М., 1989.
- Левченко И.Ю., Приходько О. Г.* Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. — М., 2001.
- Филичева Т. Б., Чевелева И. А., Чиркина Г. В.* Нарушения речи у детей. — М., 1993.

Обследование детей с заиканием

Заикание у детей — это форма речевой патологии, основу которой составляет нарушение вербальной коммуникации. Для адекватного планирования программы логопедической и лечебной работы с заикающимися детьми необходимо их комплексное обследование с учетом всей симптоматики этого сложного речевого нарушения. Обследование заикающегося ребенка состоит из двух этапов.

Первый этап включает изучение анамнестических данных, медицинской и психолого-педагогической документации.

Выявленные при изучении анамнеза различные отрицательные факторы натального и постнатального периодов развития ребенка анализируются и оцениваются специалистами с целью наиболее полного исследования этиологии и патогенеза заикания. Наряду с традиционными данными в анамнез включаются сведения о наличии заикания у родителей или других близких родственников.

Изучение психолого-педагогической документации дополняет анамнестические данные и позволяет выявить следующие особенности воспитания и психологических проявлений у заикающегося ребенка:

- отношение к нему взрослых;
- помощь в формировании правильной речи;
- время возникновения заикания, его первые внешние признаки;
- особенности проявления заикания в зависимости от обстановки;
- отношение ребенка к имеющемуся у него речевому недостатку;
- оказывалась ли помощь заикающемуся ребенку, что было рекомендовано и каковы результаты.

Второй этап — исследование самого заикающегося ребенка.

После уточнения сведений о ребенке, об истории возникновения и особенностях протекания у него заикания обследуются собственно речь заикающегося и внеречевые процессы, оказывающие непосредственное влияние на его речевую деятельность.

Проводится исследование общительности, моторики, подражательности, импрессивной и экспрессивной речи, игровой, учебной деятельности, особенностей личности заикающегося. Различают первичное (в течение первого месяца пребывания ребенка в речевом дошкольном учреждении, в первые две недели пребывания в санатории для заикающихся детей, на школьном логопедическом пункте) и динамическое изучение заикающегося в процессе коррекционно-воспитательного воздействия.

Материалом для исследования собственно речи детей являются картинки, детские книги, игрушки.

Задачи речевого обследования заикающегося заключаются в том, чтобы определить:

- место возникновения и форму речевых судорог;
- частоту их проявлений и сохранные речевые возможности заикающегося;
- сопутствующие нарушения речи, двигательные нарушения;
- отношение заикающегося к своему речевому дефекту, наличие психологических особенностей.

Место возникновения судорог (дыхательные, голосовые, артикуляционные, смешанные) и их форма (клонические, тонические, смешанные) определяются на слух или зрительно.

Частота судорог представляет для логопеда особый интерес, так как позволяет судить о сохранных участках речи. Изучение уровня свободной речи начинается с выявления зависимости частоты судорог от разной степени самостоятельности речи.

С целью изучения речевого поведения и речевых судорог используются следующие приемы:

- составление рассказа или описание содержания картинки;
- пересказ прослушанного текста;
- сопряженное и отраженное повторение простых и сложных фраз;
- рассказ стихотворения или ритмизированной прозы.

Для выяснения зависимости речевых судорог от уровня громкости речи обследуемому предлагается говорить тихо, громко, шепотом.

При обследовании заикающегося ребенка необходимо обращать внимание на сопутствующие речевые и двигательные нарушения. При исследовании игровой деятельности детей выясняется характер игр, взаимоотношения со сверстниками, степень игровой активности, эмоциональное состояние.

В ходе всего обследования отмечаются психологические особенности заикающегося ребенка: характер контакта с окружающими, оценка собственной речи, в частности болезненное фиксирование на речевом дефекте, наличие защитных реакций, речевое поведение при обследовании.

Полученная в процессе обследования информация обобщается в логопедическом заключении, в котором учитываются:

- форма судорог (тонические, клонические, смешанные);
- вид судорог (дыхательные, голосовые, артикуляторные, смешанные);
- степень заикания (легкая, средняя, тяжелая);
- темп речи (замедленный, ускоренный, наличие тахилалии);
- сопутствующие речевые нарушения (дислалия, стертая форма дизартрии, общее недоразвитие речи);
- состояние моторной функции;
- наличие и выраженность психических симптомов заикания: страх речи (логофобия), двигательные и речевые уловки, эмболофразия, реакция на эмоционально-значимую ситуацию.

Отмечаются также влияние сложности речевой ситуации, индивидуально-психологические особенности заикающегося ребенка, характер игровой деятельности, отношение к учебе.

Логопедическое заключение дает возможность осуществить дифференциальную диагностику и отграничить заикание от других речевых расстройств (тахилалии, дизартрии, спотыкания физиологического характера), а также различить разные формы заикания. Данные комплексного изучения заикающегося ребенка позволяют установить природу заикания.

Контрольные вопросы

1. Какова цель логопедического обследования?
2. Какие разделы составляют содержание логопедического обследования?
3. В чем особенность обследования связной речи?
4. Какие характерные ошибки связной речи отмечаются при речевом недоразвитии?
5. По какому принципу подбирается лексический материал для обследования словарного запаса?
6. В чем выражается своеобразие словарного запаса при речевом недоразвитии?
7. Какие приемы используют для изучения грамматического строя речи?
8. Какие виды аграмматизма отмечаются при недоразвитии речи?
9. В чем состоит особенность обследования звуковой стороны языка?
10. Какие параметры учитываются при написании логопедического заключения?
11. В чем заключается особенность изучения медицинской и психолого-педагогической документации при обследовании заикающегося ребенка?
12. Каковы задачи речевого обследования заикающегося?
13. Какие приемы используются при изучении речи заикающихся?
14. Какие характеристики учитываются при написании логопедического заключения заикающегося ребенка?

Литература

Основная

Волкова Г. А. Психолого-логопедическое исследование детей с нарушениями речи. — СПб. 1993.

Методы обследования речи у детей / Под ред. И. Г. Власенко и Г. В. Чиркиной / Сост. Т. П. Бессонова. — М. 1996.

Филичева Т. Б., Чевелева Н. А. Логопедическая работа в специализированном детском саду. — М. 1987

Дополнительная

Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специализированного детского сада. — М., 1993.

Белякова Л. И., Дьякова Е.А. Заикание: Учебное пособие для педагогических институтов. — М., 1998.

Логопедия: Учебник для вузов / Под ред. Л.С.Волковой и С.Н.Шаховской. — М. 1998.

Изучение письменной речи

Письмо и чтение представляют собой особые формы речевой деятельности, имеющие сложную психологическую структуру.

Формирование навыков письма и чтения находится в тесной связи с развитием устной речи. Поэтому при недоразвитии устной речи возникает необходимость обследовать не только уровень развития языковых средств, речевых навыков и умений, но также состояние письма и чтения.

Поскольку письмо на начальных этапах обучения невозможно без сознательного анализа звукового комплекса, составляющего произносимое слово, а чтение — без умения сливать отдельные звуки в объединенные фонематические группы, обследование письма и чтения у детей начинается с изучения процесса анализа и синтеза звукового состава слова.

Звуковой анализ не может протекать без участия процессов фонематического восприятия, требуется полная сохранность фонематического слуха. Кроме того, формирование речевого слуха осуществляется при активном участии артикуляционного аппарата в процессе артикуляционного опыта.

Для диагностических целей в первую очередь следует выявить особенности речевой деятельности ребенка, определить, нет ли выраженных отклонений в формировании звуковой стороны речи, а также умеет ли он дифференцировать звуки на слух и в произношении.

Только после этого предметом обследования становится способность ребенка сознательно ориентироваться в звуковом составе слова, производить сложные операции над его элементами. Процесс звукового анализа предполагает:

- умение выделять фонемы из звукового состава слова на основе их слухопроизносительной дифференциации;
- овладение учебным (умственным) действием последовательного выделения всех звуков из состава слова.

В первую очередь следует выявить доступный ребенку уровень звукового анализа. С этой целью используется прием определения количества звуков в слове. Сначала предлагаются фонетически простые, одно-, двухсложные слова (мак, шуба), затем — слова с большим количеством слогов (карточка, фотографировать). Во всех случаях слова должны содержать звуки, произношение или различение которых может вызвать у детей затруднение.

Следующий этап задания — последовательное определение всех звуков в слове. Материалом для обследования этой звуковой опе-

рации служат слова разной звуко-слоговой сложности (дом, кот, окно, сумка, гнездо, дружба, торт). В случае затруднения обследующий сам четко произносит слово, показывая тем самым способ выделения звуков путем их интонированного произношения. С этой же целью можно использовать прием, разработанный Д. Б. Элькониным, когда фишки, обозначающие звуки, размещаются в клеточках схемы в той последовательности, в которой звуки находятся в слове.

Показателем уровня сформированное[™] звукового анализа является умение не только последовательно выделять звуковые элементы слова, но и самостоятельно определять их. Основными методическими приемами для этого являются:

преобразование слов путем замены, перестановки или добавления звуков и слогов (сок—сук, марки—рамки);

- называние второго, третьего, пятого и др. звуков в слове;
- самостоятельное называние слов, где определенный звук стоял бы на втором, четвертом, седьмом и т.д. месте;
- определение количества гласных и согласных в анализируемом слове;
- называние звуков в слове, стоящих перед или после определенного звука.

Звуковой анализ с самого начала своего формирования является произвольной деятельностью. Чтобы проанализировать слово, ребенок должен удержать его в памяти, распределить свое внимание между его звуковыми элементами, сосредоточиться на определении позиции звука в слове и т.д., поэтому последняя группа приемов направлена на то, чтобы выявить состояние этой стороны деятельности ребенка. В данной группе выделяются следующие приемы:

- выделение последнего звука в слове и называние таких слов с этим звуком, чтобы он стоял на втором, третьем и другом месте (рога—сани; шалаш—кошка). Предлагаются слова, оканчивающиеся как на гласный, так и на согласный звук;
- определение третьего звука в слове (гласного или согласного) и называние с ним слов, где бы он стоял в начале, в середине и в конце;
- называние слов, состоящих из 3, 4, 5 звуков, и выделение в них звуковой последовательности;
- отбор предметных картинок, название которых начинается на определенный звук, но с обязательным последующим гласным «а»;
- называние слов, включающих сразу два оппозиционных звука (сушки, учительница).

Для письма и особенно для чтения большое значение имеет не только анализ, но и **синтез звуковых элементов слова**. С этой целью ребенку предъявляются отдельные звуки и предлагается

воспроизвести получившийся слог. Материалом для обследования служат прямые слоги (са, пу); обратные слоги (ам, он); закрытые слоги (сас, лам); слоги со стечением согласных (ста, сто) и др. Облегченный вариант этого приема — синтез вслед за анализом, когда ребенку устно предъявляется слог, он выделяет звуки, его составляющие, а затем называет слог, состоящий из этих звуков.

Сравнение результатов, полученных на основе использования системы приемов, позволяет выявить и оценить как общее состояние звукового анализа, так и несформированность его отдельных компонентов, а также факторы, задерживающие его развитие. Это позволит своевременно предупредить нарушения письма и чтения у детей.

Обследование письма

Нарушения письма у детей — это особые специфические затруднения, которые обусловлены системным недоразвитием определенных сторон речевой деятельности ребенка. У детей с нормальным слухом и интеллектом, достигнувших школьного возраста, это недоразвитие проявляется прежде всего в недостаточной сформированное™ представлений о звуковом и морфологическом составе слова. В этом случае ребенок оказывается неподготовленным к осуществлению звукового анализа и синтеза речи и вследствие этого к переходу на более зрелую стадию языкового развития — овладение грамотой и правописанием. Как подчеркивает Р.Е.Левина (1961), об этом свидетельствуют особые нарушения письма, которые могут иметь различную структуру и степень выраженности. Диагностическим признаком нарушений письма, представляющих интерес для логопеда, является наличие специфических ошибок, связанных с недостаточной сформированностью речевых процессов. Усвоение навыков письма может быть обусловлено не только речевыми нарушениями, но и другими факторами (нерегулярностью школьного обучения, педагогической запущенностью, снижением слуха, зрения, интеллекта и т.д.). Объектом же логопедического воздействия являются нарушения письма, обусловленные нарушениями в развитии речи.

В связи с этим задачей логопедического обследования письменной речи становится выявление специфических ошибок как основного диагностического показателя нарушений письма.

Первые представления об уровне сформированное™ письма и о характере ошибок можно получить после просмотра школьных тетрадей. Для уточнения структуры нарушения должно быть проведено специальное обследование, включающее три раздела:

- слуховой диктант;
- самостоятельное письмо;
- списывание с печатного текста.

Первый раздел включает пробу на слуховой диктант, состоящую из серии постепенно усложняющихся заданий.

Обследование начинается с письма букв, слогов, слов, а заканчивается предъявлением более сложных форм письменной речи (в зависимости от уровня обученное™ ребенка — это изложение по картинке или сочинение на заданную тему). Детям, которые только начали обучаться, предлагается письмо букв под диктовку. Ребенку диктуются отдельные звуки, графическое изображение которых он должен записывать. Эта серия проб позволяет выявить, четко ли ребенок воспринимает на слух звуки речи и правильно ли перешифровывает их в соответствующие графические изображения.

Следующий момент — обследование письма отдельных слогов под диктовку. Ребенку диктуются прямые слоги (на, са, сы, ту, мо и др.), обратные (ан, ум, от), со стечением согласных (ста, дро, скво), оппозиционные слоги (са-за, са-ша, ра-ла, ба-на, ри-ры). Вместо записи учащийся может составлять слоги, пользуясь буквами разрезной азбуки. Цель этих проб — определить, насколько правильно ребенок различает и выделяет отдельные элементы, входящие в звуковой комплекс.

Для определения доступного ребенку уровня письма вслед за указанными пробами предлагается письмо отдельных слов и коротких фраз. Вначале диктуются простые, а затем фонетически более сложные слова (дом, шары, гвоздь), а также небольшие фразы (журчит ручей, у крыльца лужи).

Помимо написания отдельных слов и фраз по слуху в процессе логопедического обследования проверяется и самостоятельное письмо по картинкам различной сложности. Материалом для обследования могут быть картинки, изображающие знакомые ребенку предметы (мяч, часы, чайник, девочка и др.). Предлагается написать названия этих предметов или самостоятельно составить и записать отдельные предложения по картинкам.

При более продвинутом уровне письма центральным этапом обследования становится слуховой диктант, состоящий из серии фраз, подобранных таким образом, чтобы они отвечали программным требованиям по русскому языку, а также включали бы большое количество слов со звуками, произношение которых обычно нарушается.

Диктовать рекомендуется в соответствии с нормами орфоэпического произношения, без предварительного звуко-слогового анализа слов, входящих в состав диктуемого текста.

Содержание второго раздела логопедического обследования письменной речи предполагает изучение самостоятельного письма детей. С этой целью учащимся (в основном II — III классов и более старших) предлагается:

- самостоятельно составить и записать небольшой рассказ по серии картинок;

- письменно изложить прослушанный или самостоятельно прочитанный рассказ;
- написать сочинение на заданную тему.

Можно предложить и более простые пробы, позволяющие выявить также зависимость усвоения письма от общего развития речи: сочинение предложений или небольшого рассказа по опорным словам и деформированному тексту.

Анализ самостоятельного письма учащихся позволяет выявить как ошибки в звуковом составе слова, так и различные виды аграмматизма.

Третий раздел логопедического обследования письма включает изучение умения списывать текст с предъявленного образца, а при затруднениях — отдельные слова, слоги, буквы. В качестве приема используется также и зрительный диктант, когда ребенок должен самостоятельно прочитать слово или предложение, а затем записать их по памяти. Здесь же проверяется, не испытывает ли ребенок затруднений в двигательной технике письма.

Обобщая результаты обследования письменной речи, необходимо:

- сопоставить и проанализировать все виды ошибок при письме; составить сводную таблицу, классифицируя ошибки по виду и количеству (табл. 3);
- соотнести анализ ошибок при письме с особенностями устной речи ребенка.

Таблица 3

Анализ ошибок при письме

Типы ошибок	Виды ошибок	Количество ошибок	Примеры ошибочного письма
Ошибки на уровне звукового состава слова	Замены согласных; замены гласных; пропуски гласных; пропуски согласных		
Ошибки на уровне слогового состава слова	Пропуски слогов и частей слова; перестановки; добавления; раздельное написание частей слова		
Лексико-грамматические ошибки	Нарушения согласования; нарушения управления; замена слов по звуковому сходству; замена слов по семантическому сходству; пропуски слов; слитное написание		

Типы ошибок	Виды ошибок	Количество ошибок	Примеры ошибочного письма
Графические ошибки	Замена букв по количеству элементов; замена букв по пространственному расположению; зеркальное письмо букв		
Ошибки правописания	Неправильное написание <i>жи, ши, ча, ща, чу, шу</i> \ строчная буква в начале предложения, в именах и кличках животных; ошибки в написании мягких согласных; неправильное написание безударной гласной в корне слова (двусложные слова)		
Ошибки на правила правописания, не пройденные в классе			

Таблица рассчитана на анализ письма учащихся первых классов. При анализе письма учащихся других классов следует внести изменения в рубрику «Ошибки на правила правописания» в соответствии с программными требованиями.

Анализируя результаты обследования, в первую очередь необходимо определить, распространяется ли уровень нарушения письма лишь на звуко-буквенный анализ, обусловленный недоразвитием фонетической стороны речи, или же связан с более сложным уровнем организации речевой деятельности, с нарушением средств языка.

В зависимости от результатов обследования определяются пути и методы коррекционного обучения, которые должны находиться в полном соответствии с причинами, породившими нарушения речи и письма.

Контрольные вопросы

1. Почему при недоразвитии устной речи возникает необходимость обследовать состояние письма и чтения?
2. Какие предметы используются при обследовании звукового анализа и синтеза у детей?
3. Чем характеризуются специфические нарушения письма?

4. Какие разделы составляют логопедическое обследование письменной речи?

5. Каковы принципы анализа специфических ошибок письма?

Литература

О с н о в н а я

Левина Р.Е. Нарушения письма у детей с недоразвитием речи. — М. 1961.

Методы обследования речи у детей / Под ред. И. Т. Власенко, Г. В. Чиркиной / Сост. Т. П. Бессонова. — М., 1996.

Д о п о л н и т е л ь н а я

Садовникова И. Н. Нарушение письменной речи у младших школьников. — М., 1983.

Спирова Л. Ф., Ястребова А. В. Учителю о детях с нарушениями речи. — М., 1985.

Глава 4

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ НА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ЭТАПАХ

4.1. Психолого-педагогическое изучение детей первого года жизни

4.1.1. Особенности развития

Особенностью детей первого года жизни является большая зависимость от воздействия взрослого человека. Общение со взрослым — необходимая потребность детей уже в первые месяцы жизни. Именно в процессе этого общения формируются основы всей психической деятельности малыша. Развитие в этом возрасте происходит неравномерно, поэтому его оценка всегда требует динамического наблюдения.

Быстрый темп и неравномерность развития определяют деление первого года жизни на качественно различные периоды, каждый из которых характеризуется ведущими достижениями.

В первый период (первый месяц жизни) — период новорожденного™ — еще трудно выделить ведущее достижение в развитии, однако наряду с набором врожденных приспособительных реакций уже с 3—4-й недели жизни можно выявить первые предпосылки так называемого коммуникативного поведения: в ответ на обращенный к ребенку ласковый голос и улыбку начинает возникать ротовое внимание — ребенок замирает, его губы вытягиваются вперед, он как бы слушает губами. Вслед за этой реакцией появляется улыбка.

Ведущим достижением во втором периоде (от 1 до 3 мес) является формирование зрительных и слуховых ориентировочных реакций, а также ответных эмоционально-выразительных реакций. Развивается умение сосредоточивать взгляд на висящей игрушке, лице взрослого, следить за движущимися предметами. В конце 1 — начале 2-го месяца появляется ответная улыбка взрослому. К концу второго периода у ребенка ярко выражена эмоцио-

нальная реакция на общение со взрослым — комплекс оживления. Его появление определяет грань между периодом новорожденное[™] и младенчеством. Развитие движений во втором периоде характеризуется способностью удерживать головку в горизонтальном и вертикальном положении.

В третьем периоде (3 — 6 мес) продолжается дальнейшее развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций, появляется ориентирование в окружающем, на основе которого формируется понимание речи, предпосылки предметной деятельности, сенсорное восприятие и первые сложные формы поведения. Ведущим в этом возрасте является развитие движений руки, когда главную роль начинает играть зрительный анализатор: к концу периода ребенок способен производить целенаправленные движения рук, самостоятельно брать и манипулировать игрушками.

Качественно видоизменяются и реакции ребенка на общение со взрослым. Комплекс оживления как реакция на взрослого становится дифференцированным, малыш постепенно начинает отличать своих от чужих.

Ведущим в этот период является и развитие подготовительных этапов активной речи. Интенсивно развиваются голосовые реакции: наряду с певучим гулением возникает лепет.

К концу первого полугодия жизни ребенок лежит на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук, переворачивается со спины на живот и обратно, крепко упирается ножками при поддержке под руки.

Четвертый период (6 — 9 мес) характеризуется резким скачком в развитии движений. К 7 мес ребенок хорошо ползает. Это меняет его поведение — он становится более активным и самостоятельным, начинает лучше ориентироваться в окружающем, активно манипулирует. К 9 мес развивается функция прямохождения, умение садиться, ложиться, вставать, сидеть, стоять, переступать вдоль барьера, совершенствуются движения кисти и пальцев. Все это способствует формированию предметной деятельности.

В пятом периоде (9—12 мес) ведущим является развитие речи. К 9 мес у ребенка значительно расширяется понимание обращенной к нему речи. Это меняет его поведение, характер деятельности. В период 10—12 мес формируется активная речь, ребенок овладевает первыми словами.

Под влиянием понимания речи усложняются действия с предметами. В 10—12 мес малыш учится выполнять действия по показу и словесной инструкции взрослого. Действия становятся более разнообразными и носят целенаправленный характер, координируются движения рук. Увеличивается число игрушек, используемых ребенком; появляются предпосылки игры. К концу этого периода ребенок овладевает умением самостоятельно принимать вертикальную позу и ходить.

4.1.2. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей первого года жизни

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

Существует несколько методик изучения психофизического развития детей первого года жизни. Широкую популярность у нас в стране получили Шкала развития Гезелла, Денверовская скрининговая методика (ОБ8Т) и некоторые другие. Среди отечественных методов можно отметить работы Г. В. Пантюхиной, К. Н. Печоры, Э. Л. Фрухт, О. В. Баженовой, Л. Т. Журбы, Е. М. Мастюковой.

И отечественные, и зарубежные методики построены по одному принципу: они включают наборы заданий, направленных на изучение моторной, речевой, познавательной, социальной сфер. По мере увеличения возраста эти задания усложняются. Результаты изучения ребенка оцениваются путем сравнения их с нормативом. Методики позволяют решать, находится ли формирование психики ребенка в пределах нормы, а если отстает, то какие сферы наиболее страдают. Следует отметить, что требования, предъявляемые в отечественных методиках, несколько выше, чем в зарубежных, особенно при оценке речевого развития, способов взаимодействия со взрослыми, эмоциональных реакций.

В практике обычно пользуются следующими приемами обследования детей первого года жизни (О. В. Баженова, Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова).

Детей старше 8 мес можно исследовать на специальном столе, более старших детей можно сажать за специальный детский столик или на колени к маме. Дети должны быть в состоянии активного бодрствования, здоровыми (имеется в виду подверженность детским заболеваниям), сухими, сытыми, нераздраженными, неустоленными.

Вначале устанавливают контакт с ребенком, отмечают его особенности. Плохо, если дети старше 8 мес легко входят в такой контакт и не различают знакомых и незнакомых им взрослых. Особое внимание обращают на характер контакта младенца с матерью.

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

Затем определяют развитие сенсорных реакций: изучают характер прослеживаний и фиксаций. Для этого перед глазами ребенка на расстоянии 30 см перемешают яркую игрушку размером

7—10 см в горизонтальном, вертикальном, круговом направлениях. У детей от 2 до 4,5 мес специальное внимание обращают на прекращение прослеживаний при остановке игрушек в поле зрения ребенка. Для исследования возможности прослеживания невидимой траектории движения объекта и его попеременного появления в определенных частях пространства пользуются специальными экспериментальными приемами. В первом случае движущаяся игрушка, на которой зафиксирован взгляд ребенка, скрывается за экраном, находящимся на расстоянии 50 см от его глаз; затем, сохраняя траекторию движения, через некоторое время появляется из-за другой стороны экрана. Задача считается выполненной, если после исчезновения объекта из поля зрения ребенок продолжает прослеживать траекторию его движения, и в момент появления объекта из-за экрана взгляд ребенка направлен на него.

В другом случае при изучении реакции предвосхищения перед ребенком на уровне его глаз на расстоянии 50 см помещается белый экран размером 35 x 35 см с двумя окошечками 7x7 см, расположенными на расстоянии 10 см друг от друга. В окошечках попеременно с интервалом в 4—6 с появляется звучащая игрушка размером 7 см. Реакция считается выполненной, если при нескольких пробах хотя бы один раз наблюдается перемещение взгляда ребенка от окошка, где игрушка уже была, к окошку, где она должна появиться, и фиксация взгляда на последнем.

Далее проверяют наличие реакции на исчезающий из поля зрения объект, возможность нахождения источника звука с помощью поворота головы и глаз, способность прислушиваться к речи, а также находить спрятанный объект и рассматривать два объекта в одно и то же время.

Определяют состояние развития действий с предметами. Для этого предлагают ребенку старше 4 мес погремушку и оценивают захват, его быстроту и точность, движения пальцев, продолжительность удерживания, характер манипуляций. Затем детям старше 8 мес дают вторую погремушку, оценивают возможность ее захвата и удерживания двух игрушек. Вторую игрушку предлагают сначала со стороны свободной руки, а затем со стороны занятой и выясняют возможность пересечения рукой средней линии взора при захвате второй игрушки. У детей старше 10 мес изучают формирование обходных движений. Для этого, заинтересовав ребенка игрушкой, убирают ее за экран 20 x 20 см, расположенный в одном из полей зрения ребенка (правом или левом). Игрушку помещают у того края экрана, который находится в непосредственной близости от соседнего поля зрения ребенка, привлекают к ней его внимание, а затем прячут за экран, стараясь не прекращать ее звучания; так повторяют несколько раз. Задача считается выполненной, если ребенок достает игрушку из-за экрана. Дети до года часто достают игрушку рукой, находящейся в одном поле зрения с барьером, и только к

году появляется доставание игрушки дальней от барьера рукой с пересечением средней линии зора. Специальное внимание следует обратить на продолжительность интереса ребенка к действиям с предметами и на сохранение зрительного контроля за ними. Детям старше 10 мес предлагают несколько игрушек и оценивают возможность попеременной манипуляции с двумя и более объектами, а также захвата третьей игрушки. Особое внимание следует обратить на развитие действия ребенка с предметами, участвующими в процессе кормления: бутылочкой, ложкой, чашкой. Специальное внимание обращают на развитие интереса к предметам, взять которые можно только двумя пальцами — указательным и большим.

Определяют состояние развития способа взаимодействия со взрослым: выясняют наличие эмоциональных и зрительных контактов между матерью и ребенком, пытаются установить подобного рода контакты между ребенком и исследователем. Выясняют у матери, понимает ли она определенные желания ребенка, о чем говорит ей детский плач, существуют ли в нем паузы для реакции взрослого, является ли крик ребенка модулированным; какого типа игры существуют в репертуаре их общения, посматривает ли ребенок в глаза матери, манипулируя с игрушками в ее присутствии и под ее контролем, понимает ли он элементарные инструкции, выраженные мимикой и жестом, особые слова-метки и некоторые другие слова и, наконец, владеет ли указательным жестом.

В процессе всего обследования определяют состояние развития эмоциональных и голосовых реакций, отмечают характер и выраженность улыбки, анализируют, в каких ситуациях она чаще всего появляется. Обращают внимание на характер отрицательных эмоциональных проявлений, их доминирование или отсутствие в общем фоне настроения, на способность сдерживать крик, хныканье или плач при восприятии изменений в ситуации, на возможность прекращения плача при переключении на какую-либо деятельность. Специально следует оценить формирование отношений привязанности к близким взрослым, отсутствие или наличие реакций настороженности при общении с незнакомыми людьми.

При анализе голосовых реакций отмечают частоту их возникновения, разнообразие, возможность появления ответных звуковых реакций, а также форму — гуканье, лепет, первые слоги.

Психологическое исследование психического развития ребенка первого года жизни традиционно завершается составлением заключения о его состоянии. Наряду с общей оценкой тяжести и характера нарушений в заключении должны быть указаны психические функции, развитие которых нарушено, и степень этого нарушения, а также функции, развивающиеся нормально. Кроме того, следует дать развернутую характеристику каждой функции на основании полученных при обследовании результатов, сгруппировав их по сферам (см. табл. 4).

Таблица 4

**Нормативы нервно-психического развития детей первого года жизни
(по О.В.Баженовой)**

Возраст, мес	Сфера					
	Двигательная	Сенсорная	Эмоциональная	Голосовая активность	Практическое действие	Взаимодействие со взрослыми
1		См отрит на мать, когда она с ним разговаривает, при этом открывает и закрывает рот. Прослеживает горизонтальное движение объекта от середины поля зрения				
1,5		С ледит за двигающимся человеком. Прослеживает движение объекта от периферии к центру поля зрения				
2 - 3		Р азвиты реакции глаз — фиксация, конвергенция,	П оявление улыбок на тактильное воздействие, на	В озникновение первых спонтанных вокализаций	Д отрагивается до игрушек, подвешенных над	И нтерес к окружающим. Зрительный и эмо-

		фокусировка. Поворачивает голову на звук, который слышен на уровне уха. Рассматривает руки. Следит за разнообразным движением игрушки	говорящее лицо. Формируется комплекс оживления на говорящее лицо и несколько позже — на яркий предмет		грудью. Пристальное внимание к объектам. Появление движения в руках при виде погремушек, помещенных в зону непосредственной досягаемости	циональный контакт
3 - 4	Хороший контроль головы. Опора на руки в положении лежа на животе	Прослеживает невидимую траекторию движения объекта (экран 10-12 см). Реагирует на исчезающий объект. Локализует звук; узнает маму	Комплекс оживления вызывается легко. Возникает часто	Гуление. Расширение репертуара случайно произносимых звуков (а, у, я, м, п) и использование их при общении со взрослыми	Произвольный захват. Неспецифические манипуляции. Оральные контакты с объектом	Интерес к окружающим. Узнает мать. Возбуждается и превосхищает общение. Возможны зрительный и эмоциональный контакты
5 - 6	Сформирована зрительно-моторная координация (может точно дотронуться до предмета под конт-	Улыбается своему отражению в зеркале. Перестает рассматривать руки. Больше внимания уделяется игрушкам. Появляются первые любимые игрушки. Поворачивает	Формируется контроль над отрицательными эмоциями. Это проявляется в модуляциях крика, сдерживании плача, паузой в плаче для восприятия реакции	Вокализации при манипуляциях с объектами (голосовое сопровождение действий). Требование внимания осуществляется криком. Произносит отдельные слоги	Часто берет игрушку из рук взрослого. Формирование захвата. Берет вторую игрушку, но трясет первую. Зрительно контролирует манипуляции. Все тянет в рот.	Иницирует общение (провоцирует); прислушивается к речи; поворачивает голову на звуки человеческого голоса. Тянет руки, когда хочет, чтобы его взяли на руки.

Возраст, мес	Сфера					
	Двигательная	Сенсорная	Эмоциональная	Голосовая активность	Практическое действие	Взаимодействие со взрослыми
	ролем зрения). Может длительно удерживать предмет в руках	голову на звук, который раздается ниже уха. Имитирует слышимые звуки	взрослого. По-разному реагирует на лица знакомых и незнакомых взрослых	(или звуко сочетания). Начало лепета	Любит играть с бумагой. Подносит ко рту бутылочку	Отмечаются первые попытки подражания. Понимает жест (ручки, ручки). Выявляется реакция возбуждения, если ребенок слышит шаги
7 - 8	Может сам сидеть. Хорошо переворачивается в любую сторону из любого положения	Приспосабливает позу; занимает удобную позицию для наблюдения. Находит наполовину спрятанный предмет, легко снимает брошенный на него платок. Дифференцирует незнакомых	Возникновение реакции протеста на воздействие незнакомого взрослого	Длительный лепет, повторное произнесение отдельных слогов, появление псевдослов, выражающих отношение ребенка к происходящему	Перекладывает предмет из руки в руку, удерживает две игрушки, захватывает предъявленную игрушку со стороны свободной руки. Удерживает игрушку при зрительном контроле. Берет вторую игрушку со стороны занятой руки.	Имитирует действия и шумы. Старается привлечь внимание покашливанием, криканием. Может играть в игры с идентичными ролями. Сжимает губы, когда не хочет есть. Понимает запрет. Имитирует звуки. Отводит руки мамы,

					Пытается достать предмет из-за барьера, помещенного в одной из половин поля зрения, используя ближайшую к барьеру руку	отвлекает ее, если она собирается делать неприятные процедуры (чистить носик, ушки)
9 - 10		Находит спрятанный на глазах предмет. Вынимает интересные вещи из кармана взрослого, если видел, как их туда положили		Появление вокализаций в конце и в начале действий	Может взять маленький предмет: таблетку, горошину. Может совершать специфичные манипуляции: катать машинку	Тянет маму за одежду, требуя внимания; машет «до свидания», отвечает взглядом или движениями на вопрос «где?». Игрет в игры с неидентичными ролями, где действия ребенка и взрослого не распределены (мама дает платок — ребенок прячется за него). Игра «Дай — отдай». Ненадолго отдает игрушку

Возраст, мес	Сфера					
	Двигательная	Сенсорная	Эмоциональная	Голосовая активность	Практическое действие	Взаимодействие со взрослыми
11 - 12	Переступает ногами. Ходит самостоятельно	Проявляет интерес к картинкам в книге. Поворачивается на собственное имя. Дифференцирует тон		Существование особых слов-меток, понятных только ребенку и взрослому. Произвольное повторение отдельных слогов. Может произносить отдельные слова. Понимает их предметную соотнесенность	Складывает игрушки в корзину. Достает предмет из-за барьера дальней рукой; царапает картинки; пытается листать книги. Почти не тянет предметы в рот, но часто бросает их на пол	Бросает игрушки, чтобы подняли, помогает одевать себя. Владеет указательным жестом; мотает головой, выражая протест. Вокализирует в конце и в начале действий

- двигательная;
- сенсорная;
- эмоциональная;
- голосовая активность;
- практические действия;
- способы взаимодействия со взрослыми.

В этой части заключения необходимо описать не только успешно пройденные ребенком пробы и особенности их выполнения, но и те пробы, которые ребенку выполнить не удалось. Содержащийся в заключении материал должен служить обоснованием мнения исследователя о характере и механизме наблюдаемого нарушения, что, в свою очередь, необходимо для правильного определения путей коррекции и компенсации выявляемых нарушений. В приложении 4.1 представлен образец оформления документации по результатам психолого-педагогического изучения ребенка первого года жизни.

4.2. Психолого-педагогическое изучение детей раннего возраста (1 — 3 года)

4.2.1. Особенности развития

Возраст от 1 года до 3 лет — период существенных перемен в жизни ребенка. Важнейшими достижениями раннего возраста при нормальном развитии являются овладение ходьбой, развитие предметной деятельности и речи. Овладение ходьбой (прямохождение) оказывает большое влияние на общее психическое развитие ребенка. С освоением ходьбы начинается новый этап в развитии — овладение окружающим предметным миром. Получив возможность самостоятельно передвигаться, ребенок осваивает дальнейшее пространство, самостоятельно входит в контакт с предметами, которые ранее оставались для него недоступными. В результате на втором году жизни начинается бурное развитие предметных действий; на третьем году жизни предметная деятельность становится ведущей.

В тесной связи с развитием предметных действий идет развитие восприятия ребенка, так как в процессе действий с предметами он знакомится не только со способами их употребления, но и с их свойствами — формой, величиной, цветом, материалом и др.

У детей возникают простые формы наглядно-действенного мышления, самые первые обобщения, непосредственно связанные с выделением тех или иных внешних и внутренних признаков предметов.

Особенно интенсивно в этот период идет развитие речи. К 3 годам ребенок общается с окружающими с помощью развернутых фраз. Значительно возрастает активный словарь, однако при про-

изнесении слов дети ориентируются в первую очередь на интонационно-ритмическую и мелодическую характеристику, поэтому многие звуки опускаются или заменяются близкими по артикуляции или звучанию.

К 2 годам начинает развиваться так называемая регулирующая функция речи, т.е. ребенок все больше подчиняет свои действия словесной инструкции взрослого. Происходит интенсивное развитие понимания речи. Это выражается не только в возрастании количества понимаемых слов, но и в том, что понимание речи начинает выходить за пределы непосредственной ситуации общения.

Бурное развитие речи на этом возрастном этапе перестраивает все психические процессы, речь становится ведущим средством общения и развития мышления ребенка.

4.2.2. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей раннего возраста

Для успешного решения диагностических задач исследования детей раннего возраста требуется определенная тактика проведения обследования. Прежде всего необходимо отметить, что результаты обследования будут иметь ценность только в тех случаях, когда с ребенком был установлен доброжелательный контакт и он был достаточно заинтересован в выполнении заданий. Тактика проведения обследования во многом определяется возрастом и состоянием ребенка, которое оказывает заметное влияние на его продуктивность при обследовании. Поэтому важно акцентировать внимание на общем фоне настроения ребенка и на создании отношений доверия между ним и исследователем.

Основной целью психолого-педагогического изучения ребенка раннего возраста является получение данных, характеризующих:

- познавательные процессы;
- эмоционально-волевую сферу;
- предречевое и речевое развитие;
- двигательное развитие.

Прежде чем приступать к диагностике психического развития ребенка, обязательно следует убедиться, что у него нет грубых дефектов слуха и зрения.

Наиболее сложным является педагогическое обследование слуха детей 2—3-го года жизни. Это связано с тем, что звуки постепенно перестают быть для ребенка безусловным раздражителем. Многие дети с нормальным слухом перестают реагировать на привычные шумы, речевые сигналы, которые не обращены непосредственно к ним. Чтобы получить реакцию в виде поворота головы в сторону источника звука, необходимо предъявлять непривычные сигналы или мотивировать для ребенка необходимость ответа. В качестве источника звука используются барабан, дудка,

голос разговорной громкости и шепот при произнесении звуко-подражаний «ав-ав-ав» (собачка) и «пи-пи-пи» (птичка), имени ребенка, звукосочетаний типа «ккш». Звуковые стимулы предъявляются за спиной ребенка на расстоянии 6 м. Зрительное восприятие речи должно быть исключено.

Нормальной реакцией на звук в раннем возрасте может быть поворот головы в сторону источника звука, ответная голосовая реакция (имитация звука, повторение речевого стимула) на шепот с расстояния 6 м.

У ребенка 2 — 3 лет можно попытаться выработать условную двигательную реакцию на звук. Это позволит определить, слышит ли малыш шепот и на каком расстоянии. При подозрении на снижение слуха ребенок должен быть направлен на специальное аудиологическое обследование.

К числу симптомов снижения зрения в раннем возрасте можно отнести: использование рта в качестве дополнительного тактильного органа; приближение предметов или картинок вплотную к глазам, игнорирование мелких предметов или изображенных на картинках мелких деталей.

При диагностике особенностей познавательной сферы детей раннего возраста в центре внимания исследователей находится анализ выполнения отдельных заданий как отражение психической деятельности ребенка. Причем важен не столько результат, сколько возможность организации деятельности по выполнению задания. Основными параметрами оценки познавательной деятельности в раннем возрасте можно считать:

- принятие задания;
- способы выполнения задания;
- обучаемость в процессе обследования;
- отношение к результату своей деятельности.

Принятие задания предполагает согласие ребенка выполнять предложенное задание независимо от качества самого выполнения. Это является первым, абсолютно необходимым условием выполнения задания. При этом ребенок проявляет интерес либо к игрушкам, либо к общению со взрослым.

Основными способами выполнения задания у детей раннего возраста являются:

- самостоятельное выполнение;
- при помощи взрослого;
- самостоятельное выполнение после обучения.

Адекватность действий определяют как соответствие действий ребенка условиям данного задания, диктуемым характером материала и требованиями инструкции. Наиболее примитивным способом является действие силой или хаотичное действие без учета свойств предметов. Неадекватное выполнение задания во всех случаях свидетельствует о нарушении умственного развития ребенка.

Обучаемость осуществляется только в пределах тех заданий, которые рекомендуются для детей данного возраста. В процессе обследования возможны следующие виды помощи:

- выполнение действия по подражанию;
- выполнение заданий по подражанию с использованием указательных жестов;
- выполнение заданий по подражанию с речевой инструкцией.

На уровне элементарного подражания ребенок может усвоить от взрослого способ выполнения того или иного задания, действуя одновременно с ним. Количество показов способов выполнения задания не должно превышать трех. При этом речь взрослого должна указывать на цель данного задания и содержать оценку успешности действий ребенка. Обучаемость, т.е. переход ребенка от неадекватных действий к адекватным, свидетельствует о его потенциальных возможностях. Низкая обучаемость в некоторых случаях может быть связана с грубым недоразвитием интеллекта, с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

Использование «обучающего эксперимента» позволяет не только проанализировать особенности разных сторон психической деятельности детей (внимание, речь, восприятие, мышление, память), но и оценить их работоспособность. Это особо значимо для детей раннего возраста с проблемами в развитии, так как из-за нарушения работоспособности организовать специальное исследование памяти и внимания часто представляется невозможным.

Важным диагностическим критерием оценки познавательной деятельности детей является их отношение к результатам своей деятельности. Для нормально развивающихся детей характерна заинтересованность своей деятельностью и ее конечным результатом. Ребенок с нарушением интеллекта безразличен к тому, что он делает, и к полученному результату.

При отборе методик для психолого-педагогического изучения детей раннего возраста необходимо исходить из закономерностей возрастного развития. Задания предлагаются с учетом постепенного возрастания уровня трудности — от наиболее простых до сложных.

Задания предполагают "простое перемещение предметов в пространстве, где выявляются пространственные зависимости, соотнесение предметов по форме, величине, цвету. Особым этапом в диагностике являются задания на выяснение уровня развития зрительного соотнесения. Основными методиками при изучении познавательной сферы детей раннего возраста являются «Доска Сегена» (2 — 3 формы), складывание пирамидки (из шариков, из колечек), разборка и складывание матрешки (двухсоставной, трехсоставной), парные картинки (2 — 4), разрезные картинки (из 2 — 3 частей).

Логопедическое обследование проводится по традиционной схеме с учетом этапов развития детской речи.

Задания, направленные на диагностику познавательной сферы, могут быть также использованы для диагностики особенностей эмоционально-волевых проявлений ребенка. Наблюдая за деятельностью ребенка в эксперименте, обращают внимание на следующие показатели:

- общий фон настроения (адекватный, депрессивный, тревожный, эйфоричный и т.д.), активность, наличие познавательных интересов, проявления возбудимости, расторможенное™;

- контактность (желание сотрудничать со взрослым). Поверхностность, легкость и связанная с этим неполноценность контакта чаще всего могут быть связаны с интеллектуальным дефектом, характерным для детей с умственной отсталостью. Затруднения в установлении контакта испытывают дети с симптомами повышенного уровня тревожности, тормозимости, сложностями адаптации к новой обстановке и незнакомым людям, реакциями страха и другими невротическими реакциями. Уход от контакта чаще всего наблюдается в поведении аутичных детей и связывается с отсутствием у них потребности в общении, отгороженностью, преимущественной направленностью на предметный мир;

- эмоциональное реагирование на поощрение и одобрение. Поощрение и одобрение вызывают радостную, окрашенную положительными эмоциями реакцию детей уже с самого раннего возраста (1 — 1,5 года). У невротизированных детей при поощрении наряду с проявлениями радости отмечается резкое повышение результативности выполнения заданий, что происходит благодаря уменьшению эмоционального напряжения. Равнодушное отношение отмечается у детей, которые не заинтересованы в оценке взрослого или не понимают смысла и значения одобрения (например, при выраженных интеллектуальных нарушениях);

- эмоциональное реагирование на замечания и требования. При этом фиксируются: реакция ребенка на замечания, исправление им своего поведения в соответствии с замечанием, необходимость более строгих мер для коррекции поведения;

- реагирование на трудности и неуспех деятельности. К концу раннего возраста (с 2,5 — 3 лет) дети способны самостоятельно обнаружить ошибочность собственных действий, при этом определенные аспекты наглядно-действенной ситуации фиксируются в элементарных речевых высказываниях типа: «так, не так», «а как же?», «правильно», «неправильно», «ой» и пр. Обнаружив ошибку, дети сосредоточиваются на выполнении заданий и, исправляя ошибки, стараются достичь желаемого результата, обращаясь по мере необходимости за помощью к взрослому.

Диагностика развития двигательной сферы детей раннего возраста предполагает изучение как общей, так и мелкой моторики.

Параметры оценки развития общей моторики базируются на общевозрастных нормативах развития двигательной сферы у детей:

13 мес — ходит сам;

15 мес — ходит длительно, приседает, наклоняется, ползет вверх по лестнице, сам садится в кресло, может встать с коленей;

18 мес — сам поднимается и спускается по лестнице, может тащить за собой игрушки, перешагивает через палку, лежащую на полу;

21 мес — умеет ходить по поверхности шириной 15 — 20 см на высоте 15 — 20 см от пола;

2 года — может поднять игрушку с пола, нагнувшись; перешагивает через препятствие, чередуя шаг; попадает по мячу ногой;

2,5 года — приставным шагом перешагивает через несколько препятствий, лежащих на полу на расстоянии 20 см друг от друга;

3 года — может несколько секунд простоять на одной ноге; поднимаясь вверх по лестнице, ставит по одной ноге на каждую ступеньку; спускаясь, ставит на ступеньку обе ноги; прыгает на двух ногах; может ездить на трехколесном велосипеде.

Уровень развития мелкой моторики можно оценить по исполнению таких заданий, как построение башни, выполнение заданий с досками, застегивание пуговиц, рисование. Приведем некоторые нормативы:

18 мес — повторяет штрих;

2 года — по показу повторяет вертикальные линии и круги;

2,5 года — делает две линии или больше при рисунке креста;

3 года — копирует круг, повторяет по показу крест, рисует человека без туловища («головонога»).

Психодиагностическое исследование психического развития ребенка данного возрастного периода завершается составлением заключения, в котором содержатся обобщенные данные, отражающие развитие его эмоциональной, познавательной, речевой и моторной сфер, характеристики психологической структуры отдельных действий и систем действий по выполнению заданий, а также наблюдаемые характерологические особенности ребенка. В случаях выявления нарушения психического развития в заключении даются характеристика его психической структуры и рекомендации по коррекции или компенсации с целью оптимизации путей дальнейшего психического развития.

Контрольные вопросы и задания

- 1. Каковы основные особенности развития ребенка раннего возраста?**
- 2. Изучение каких сфер психической деятельности включает в себя психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста?**
- 3. Назовите основные параметры оценки познавательной деятельности в раннем возрасте.**
- 4. Каковы основные способы выполнения задания детьми раннего возраста?**

5. В чем состоит особенность диагностики эмоционально-волевой сферы детей раннего возраста?

6. Назовите основные направления логопедического обследования ребенка раннего возраста.

7. Назовите параметры изучения двигательной сферы ребенка раннего возраста.

Литература

Основная

Дети-сироты: Консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А.Стребелевой. — М., 1998.

Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. — М., 2000.

Дополнительная

Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. — М., 1997.

Практикум по патопсихологии / Под ред. Б. В.Зейгарник, В. В. Николаевой, В.В.Лебединского. — М., 1987.

4.3. Психолого-педагогическое изучение детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет)

4.3.1. Особенности развития

Дошкольное детство — большой и ответственный период жизни. В этом возрасте происходят большие изменения в психическом развитии ребенка. Значительно возрастает познавательная активность: развиваются восприятие, наглядное мышление, появляются зачатки логического мышления. Росту познавательных возможностей способствует становление смысловой памяти, произвольного внимания. Возрастает роль речи как в познании ребенком окружающего мира, так и в развитии общения и разных видов детской деятельности. У дошкольников появляется возможность выполнения действий по словесной инструкции, усвоения знаний на основе объяснений, но только при опоре на четкие наглядные представления. Основой познания для этого возраста является чувственное познание — восприятие и наглядное мышление. Именно от того, как сформировано у ребенка-дошкольника восприятие, наглядно-действенное и наглядно-образное мышление, зависят его познавательные возможности, дальнейшее развитие деятельности, речи и более высоких, логических форм мышления. В этот возрастной период у детей формируются пространственные представления, которые играют большую роль в общем психическом развитии ребенка и служат основой для овладения элементарными счетными операциями и математическими понятиями.

Важное качественное приобретение дошкольного возраста — появление игры как первого и основного вида совместной деятельности детей. Наряду с игрой в дошкольном детстве развиваются так называемые продуктивные виды деятельности.

Интенсивное развитие всех психических функций и расширение круга практической деятельности формируют у дошкольника познавательное отношение к окружающей действительности.

Дошкольный возраст характеризуется и интенсивным развитием личности ребенка. Начинается развитие воли, формируется внутренняя оценка ситуации, поступка, действий, совершенствуется внимание, закладываются основы нравственного развития личности.

К концу дошкольного возраста формируется готовность к школьному обучению.

4.3.2. Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей дошкольного возраста

При проведении обследования дошкольников следует соблюдать ряд условий, которые обеспечат более объективную оценку их состояния:

- создание в ходе обследования комфортности, установление эмоционального контакта;
- предъявление заданий с наиболее легкого варианта для создания ситуации успеха, вызывающей желание дальнейшей работы с экспериментатором;
- чередование словесных и наглядных методик для предупреждения утомления;
- игровой характер заданий;
- учет уровня развития познавательной деятельности.

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

При отборе методик для диагностического обследования детей дошкольного возраста необходимо учитывать психологические возрастные новообразования: уровень развития перцептивных действий, наглядно-образного мышления, ведущей деятельности — игровой, а также типичных видов деятельности — конструирования и рисования.

Важной задачей обследования детей 4—5-го года жизни является изучение уровня развития их ориентировочно-познавательной деятельности. Именно ориентировочно-познавательное действие становится основной структурной единицей познания.

В дошкольном возрасте выделяют следующие уровни ориентировочно-познавательных действий:

- хаотические действия;
- перебор вариантов;
- целенаправленные пробы;
- практическое примеривание;
- зрительная ориентировка.

Дети с нормальным интеллектуальным развитием в возрасте 4—5 лет решают практические и проблемно-практические задачи методом целенаправленных проб. В этом возрасте у детей развивается сюжетная игра и появляется сюжетно-ролевая игра. Кроме того, отмечается стойкий интерес к продуктивным видам деятельности (рисование, конструирование и др.).

При обследовании детей 6-го года жизни необходимо учитывать следующие психологические новообразования: сюжетно-ролевая игра; отражение сюжета в продуктивных видах деятельности. Важное значение имеют также такие показатели развития, как решение задач методом практического примеривания, а в некоторых случаях — методом зрительной ориентировки.

Главная цель обследования детей 7-го года жизни — целенаправленное изучение их психологической готовности к школьному обучению.

Понятие «психологическая готовность к школе» включает в себя несколько важных компонентов: умственную, мотивационную, эмоционально-волевую и коммуникативную готовность (т. е. умение ребенка строить свои отношения со сверстниками и с новыми взрослыми).

Основными параметрами умственного развития дошкольника можно считать:

- принятие задания;
- понимание условий задания;
- способы выполнения (хаотические действия, примеривание, целенаправленные пробы, практическое примеривание, зрительная ориентировка);
- обучаемость в процессе обследования;
- отношение к результату деятельности.

При диагностике особенностей познавательной сферы детей дошкольного возраста используются специальные задания, проводимые в форме «обучающего эксперимента», а также задания, позволяющие выявить уровень сформированности знаний и умений. (Методики по изучению познавательной деятельности дошкольников широко описаны в специальной литературе.) Анализ выполнения заданий позволяет оценить характер деятельности ребенка: понимает ли он практическую ситуацию как проблемную, анализирует ли условия, может ли самостоятельно найти и использовать вспомогательные предметы для достижения цели.

Такой подход к оценке действия ребенка позволяет определить не только «актуальный» уровень развития, но и потенциальный, т.е. зону ближайшего развития. Это, в свою очередь, дает возможность составить индивидуальную программу коррекционного обучения для каждого ребенка.

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

Основными показателями состояния эмоционально-волевой сферы дошкольника служат: владение правилами поведения, умение адекватно реагировать на оценку выполненного задания, умение оценивать свою работу, умение преодолевать трудности.

Важным условием психологической готовности к школе является также владение некоторыми элементарными учебными навыками — звуковым анализом слова, чтением, вычислительными навыками. Важна также готовность руки к письму, определенный объем знаний и представлений об окружающем мире.

Обязательным компонентом психолого-педагогического изучения ребенка дошкольного возраста является обследование состояния речи.

Логопедическое обследование осуществляется общепринятыми в логопедической практике методами и включает в себя изучение основных компонентов, составляющих речевую систему.

Одним из важнейших показателей уровня развития ребенка является его игровая деятельность, а ее оценка может быть одним из диагностических критериев. Для детей дошкольного возраста игра — ведущая деятельность, так как согласно исследованиям А. Н.Леонтьева:

внутри игры возникают и дифференцируются новые виды деятельности, например учения;

- в ней перестраиваются частные психические процессы;

- от нее зависят основные изменения личности в данный период.

В случаях нарушений и патологии развития наиболее ранние изменения наблюдаются в игровой деятельности ребенка: игра либо не соответствует возрастному уровню, либо приобретает своеобразный характер. Характерными показателями при этом являются отсутствие постепенного усложнения игры, недостаточность конструктивного творчества, снижение инициативности в игре, а также ее однообразие, стереотипность, монотонность, отсутствие или снижение эмоциональной реакции, сопровождающей изменение характера игры. Несформированность игровой деятельности влечет за собой ряд особенностей психического развития.

У детей характер игры может быть представлен манипуляцией, процессуальной игрой, игрой с элементами сюжета.

При манипуляции ребенок не проводит собственно игровых действий. Он рассматривает игрушку, поворачивает ее, постукивает, перекладывает с места на место, но все эти действия не характерны для данной игрушки или заменяющего ее предмета (например, «пересыпает» кубики, постукивает одной матрешкой о другую и т.д.).

В процессуальной игре совершенствуются игровые действия, не направленные на конечный результат. При этом действие доставляет ребенку удовлетворение и может повторяться многократно (катание машины, нагромождение кубиков без цели что-либо построить и т.д.).

Игра с элементами сюжета отличается от процессуальной большей осмысленностью и целенаправленностью. Исчезает стереотипность действий, появляется конечный результат. Изучение игровой деятельности проводится методом наблюдения. Его можно провести в реальной обстановке детского сада и непосредственно в кабинете психолога. При наблюдении спонтанной игры оцениваются ее содержание, характер, поведение ребенка и речевое сопровождение игры. В ситуации обследования в кабинете ребенку предоставляется возможность выбрать игрушки и действовать с ними. Наблюдение начинается с момента, когда ребенок подходит к игрушкам. Фиксируется наличие у него эмоциональной реакции на игрушки, интерес к ним, желание поиграть и целенаправленность действий.

Оцениваются:

- проявление интереса к игрушкам (эмоциональные реакции и высказывания, просьбы);
- выбор игрушек (отбор тематический, с целью организовать какую-то игру или случайный, с целью взять игрушек побольше, безотносительно к их назначению);
- адекватность использования игрушек, т.е. соответствие использования предмета его назначению (неадекватное использование: ребенок рвет, ломает, облизывает, сосет, пытается взять предмет в рот; нелепые действия с предметами, не диктуемые их качеством или логикой игры);
- возможность организации и уровень самостоятельности игры (манипуляции, процессуальная игра, игра с элементами сюжета);
- характер игры (однообразная, творческая);
- поведение во время игровой деятельности (эмоциональные реакции, речевое сопровождение, возможность переключения на другие игры, реакция на участие взрослого).

Отсутствие игры в ситуации обследования не является показателем отклонений в развитии, так как эта ситуация для ребенка необычна. Показательны отношение к игрушкам, характер уровня игры. Если у ребенка отсутствует интерес к игрушкам или он пользуется ими неадекватно, не способен сам организовать игру,

а при помощи взрослого только повторяет действия, можно думать о снижении умственного развития. Отсутствие возможности развернуть сюжетную игру у детей старше 4 лет говорит об отклонении в развитии, а игра на уровне манипуляции в том же возрасте свидетельствует о глубоком отставании в развитии. Наличие этих особенностей при учете других показателей может указывать на снижение интеллекта.

Психолого-педагогическое изучение ребенка дошкольного возраста завершается составлением характеристики, отражающей развитие изученных сфер деятельности, а также характерологические особенности. В приложении 4 приведен пример оформления документов по результатам обследования ребенка дошкольного возраста.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите основные особенности развития ребенка дошкольного возраста.
2. Какие факторы необходимо учитывать при отборе методик для диагностического обследования дошкольника?
3. Назовите уровни ориентировочно-познавательных действий, характерные для ребенка дошкольного возраста.
4. Каковы основные параметры умственного развития дошкольника?
5. Какие компоненты включает в себя понятие «психологическая готовность к школе»?

Литература

Основная

Дети-сироты: Консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А.Стребелевой. — М., 1998.

Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. — М., 2000.

Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка: Комплект рабочих материалов / Под общ. ред. М. М. Семаго. — М., 1999.

Дополнительная

Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. — М., 1997.

Практикум по патопсихологии / Под ред. Б. В. Зейгарник, В. В. Николаевой, В.В.Лебединского. — М., 1987.

4.4. Психолого-педагогическое изучение детей школьного возраста

4.4.1. Особенности развития

В школьном возрасте ребенок должен принять новые социальные требования. Поступление в школу ставит перед ним задачи, реше-

ние которых возможно лишь при достаточно зрелом психофизическом развитии. В этом возрасте формируется новый вид деятельности, требующий от ребенка физической выносливости и умственного напряжения — это учебная деятельность. Появляются связанные с ней новые мотивы и потребности. Очень важно, чтобы к началу школьного обучения у ребенка была сформирована необходимая база: физическое здоровье; достаточный уровень развития всех психических функций; эмоционально-волевая зрелость; сформированность навыков общения со сверстниками и взрослыми; достаточный запас знаний и представлений об окружающем мире, владение элементами грамоты, счета; познавательная активность, интерес к занятиям.

На основе указанных предпосылок в процессе школьного обучения начинают формироваться новые качества, необходимые для учебной деятельности. В младшем школьном возрасте появляются такие психические новообразования, как произвольность деятельности, навыки волевой регуляции. Ребенок овладевает способностью контролировать свои действия, планирует их, поэтому деятельность становится целенаправленной. В процессе обучения все больше психических новообразований отмечается в развитии познавательных процессов. Расширяется объем внимания, способность к его концентрации и распределению; более точным, полным и дифференциальным становится восприятие, формируется воображение. Важным новообразованием является способность ребенка пользоваться приемами запоминания (опосредованная память). Благодаря становлению более высокого уровня мышления школьник овладевает знаково-символической деятельностью. Наряду с наглядными формами мышления, которые были ведущими в дошкольном возрасте, в младшем школьном возрасте ребенок начинает производить мыслительные операции на основе представлений, отвлекаясь от конкретных зрительных объектов. Все большую роль начинает играть слово; развивается словесно-логическое мышление.

Все эти новообразования необходимо учитывать при проведении психолого-педагогической диагностики детей школьного возраста.

4.4.2. Особенности психолого-педагогического изучения младших школьников

Следует иметь в виду, что в зависимости от поставленных диагностических задач психолого-педагогическое обследование может быть проведено либо только дефектологом, либо и дефектологом, и психологом. Современная вузовская подготовка специалистов-дефектологов дает необходимый для работы объем психологических знаний и умений. Однако в сложных дифференциально-диаг-

ностических случаях обязательным должно быть проведение психологического обследования специалистом-психологом. Психолог выясняет причины рассеянности, забывания; искаженноеTM в протекании мыслительных операций, в построении выводов, умозаключений и т.д. При характеристике личности им устанавливаются особенности протекания эмоционально-волевых процессов (наличие аффектных вспышек, депрессивных состояний, неадекватных реакций; степень внушаемости, наличие негативизма и др.). Обязательно выявляются интересы и потребности ребенка, адекватность его притязаний, самооценки, критичность по отношению к себе и другим; сформированность коммуникативных функций; нарушения в поведении и характере личности. При психологическом обследовании выявляется актуальный уровень развития, устанавливаются потенциальные возможности ребенка, а также взаимозависимости процессов, обеспечивающих познавательную деятельность и влияющих на эмоционально-волевую сферу и личность.

Эти же сведения могут быть получены дефектологом и в ходе педагогического обследования при определении степени сформированноеTM значимых функций для овладения школьными навыками, при выявлении причин имеющихся трудностей в обучении.

Необходимо также отметить, что наряду со специфическими методами обследования, которые имеются в арсенале психолога и дефектолога, есть и общие методы психолого-педагогического обследования, которыми они пользуются: изучение документации; изучение работ детей (рисунков, тетрадей и т.д.); беседа с ребенком и родителями; наблюдение за ребенком в процессе его деятельности; экспериментально-психологические методики. Безусловно, каждый из специалистов (психолог и дефектолог) использует эти методы с акцентом на те сведения, которые им надо получить. Подробнее с этими методами психолого-педагогического исследования можно познакомиться в специальной литературе.

Итак, в каких случаях возникает потребность в проведении психолого-педагогической диагностики детей школьного возраста?

Как правило, поводом становится неуспеваемость ребенка или отклонения в его поведении. Педагоги и родители ждут ответа на вопросы, что с ребенком, каковы причины нарушений и, главное, как ему помочь? Вот почему психолог и дефектолог должны не только поставить психолого-педагогический диагноз, но и разработать конкретные практические рекомендации по работе с ребенком.

Решая эти задачи, предстоит разграничить часто сходные по своим внешним проявлениям состояния. Так, неуспеваемость может быть результатом как отставания в умственном развитии, так и неподготовленности к школьному обучению. Она может быть вызвана также нарушениями в работе анализаторов, слабым соматическим здоровьем ребенка; если при этих обстоятельствах не

соблюдается режим нагрузки в семье или завышаются требования педагогов, то следствием может быть не только неуспеваемость, но и срывы в поведении. Остановимся кратко на некоторых неблагоприятных обстоятельствах.

Одна из наиболее распространенных причин неуспеваемости — это неподготовленность детей к школьному обучению, несформированность психических процессов и навыков деятельности. Дети не приучены подчиняться требованиям, не умеют доводить дело до конца, быть внимательными в процессе выполнения задания. Они неусидчивы, нецеленаправленны в работе, их познавательные интересы не сформированны. Неумение общаться с детьми и взрослыми приводит к переживаниям, а иногда и к конфликтам. Появляется негативное отношение к школе. В тех случаях, когда эти факторы не учитываются, игнорируются индивидуальные особенности учащихся и т.д., неуспеваемость перерастает в педагогическую запущенность.

Часто причиной неуспеваемости являются неблагоприятные условия жизни ребенка в семье: отсутствие контроля и помощи в учебе со стороны родителей, несоблюдение режима дня, конфликтная ситуация в семье и пр. Особенно тяжелые последствия наблюдаются в тех случаях, когда социально-педагогическое неблагополучие имеет место в ранние месяцы и годы жизни ребенка. Если в раннем и дошкольном возрасте дети были лишены эмоционально-положительного контакта с родителями, другими взрослыми и детьми, когда им длительное время приходилось находиться в дошкольных учреждениях интернатного типа, могут возникнуть нарушения познавательной деятельности, вызванные социальными факторами. У таких детей запас знаний и способностей к приобретению новых знаний ниже, чем у их сверстников, поэтому уже в 1 классе они оказываются в числе неуспевающих. Именно эти социально и педагогически запущенные дети ошибочно направляются на медико-педагогические комиссии, комплектуемые специальные школы VIII вида. Следует помнить, что педагогически запущенные дети в эти школы не принимаются — им должна быть оказана помощь в условиях массовой школы.

Неуспеваемость может быть связана также и с астеническим состоянием ребенка, вызванным длительной болезнью, вследствие чего ребенок быстро устает, ослабляется его память, внимание, нарушается поведение. Но все эти проявления не носят стойкого характера и не имеют в основе органических нарушений. Во всех подобных случаях для преодоления неуспеваемости требуется создание благоприятных условий жизни, прежде всего охранительного педагогического режима.

Наиболее сложными в диагностическом отношении являются дети с задержкой психического развития (ЗПР), которые также

оказываются неуспевающими уже в первые годы обучения. В настоящее время эта категория детей глубоко и всесторонне изучена как с клинической, так и с психолого-педагогической стороны, поэтому мы не останавливаемся подробно на этиологии и основных признаках данных нарушений, а указываем лишь наиболее существенные для дифференциальной диагностики особенности психической деятельности детей с задержкой развития.

В зависимости от происхождения (церебрального, конституционального, соматогенного, психогенного) и времени воздействия на организм ребенка вредоносных факторов при задержке психического развития имеют место разные варианты отклонений в эмоционально-волевой сфере и в познавательной деятельности.

Задержки психического развития церебрального происхождения при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах встречаются чаще других и представляют наибольшую сложность при отграничении их от умственной отсталости.

Исследования В.И.Лубовского, К.С.Лебединской, М.С.Певзнер, Н.А.Цыпиной и др. показывают, что при задержке психического развития имеет место неравномерность формирования психических функций, причем отмечается как повреждение, так и недоразвитие отдельных психических процессов. При изучении психических процессов и возможностей обучения детей с задержкой психического развития (Т.В.Егорова, Г.И.Жаренкова, В.И.Лубовский, Н.А.Никашина, Р.Д.Триггер, Н.А.Цыпина, С.Г.Шевченко, У.В.Ульянова, Л.В.Кузнецова и др.) выявлен ряд специфических особенностей в их познавательной, личностной, эмоционально-волевой сфере и поведении: повышенная истощаемость (и как результат — низкая работоспособность), незрелость эмоций, слабость воли, психопатоподобное поведение, ограниченный запас общих сведений и представлений, бедный словарь, трудности звукового анализа, несформированность навыков интеллектуальной деятельности. Игровая деятельность также сформирована неполностью. Восприятие характеризуется замедленностью. В мышлении обнаруживается недостаточность словесно-логических операций. При предъявлении задания в наглядно-действенном плане качество его выполнения значительно улучшается. Для оценки уровня развития мышления при психолого-педагогическом обследовании важно сопоставить результаты работы ребенка со словесным и наглядным материалом.

У этих детей страдают все виды памяти, отсутствует умение использовать вспомогательные средства для запоминания. Необходим более длительный период для приема и переработки сенсорной информации; внимание нестойкое.

Кроме этого, отмечается низкий навык самоконтроля, что особенно проявляется в процессе деятельности. К началу школьного обучения у таких детей, как правило, не сформированы основ-

ные мыслительные операции — анализ, синтез, сравнение, обобщение, они не умеют ориентироваться в задаче, не удерживают ее условие, не планируют свою деятельность. Но в отличие от умственно отсталых детей у них выше обучаемость, они лучше используют помощь и способны применять показанный способ действия при выполнении аналогичных заданий. Учитывая это, необходимо при дифференцированной диагностике строить обследование детей в форме обучающего эксперимента.

При обследовании чтения, письма, счета они часто обнаруживают ошибки такого же типа, что и умственно отсталые дети, но тем не менее у них имеются качественные отличия. Так, при слабой технике чтения дети с задержкой психического развития пытаются понять прочитанное, прибегая, если надо, к повторному чтению. У умственно отсталых детей нет желания понять, поэтому их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным. В письме отмечается неудовлетворительный навык каллиграфии, небрежность и т.п., что, по мнению специалистов, может быть связано с недоразвитием моторики, пространственного восприятия. Дети с ЗПР испытывают трудности при звуковом анализе слов. У умственно отсталых детей все эти недостатки выражены грубее.

При обследовании математических знаний обнаруживаются трудности в овладении составом числа, счетом с переходом через десяток, в решении задач с косвенными вопросами и т.д., но, как уже говорилось, помощь более эффективна, чем в случае умственно отсталых детей.

Таковы некоторые особенности детей с задержкой психического развития, которых нередко направляют на медико-педагогические комиссии.

Кажущееся сходство с умственной отсталостью может быть и при нарушениях работы анализаторов, которые создают определенные трудности в познавательной деятельности детей, а в условиях школьного обучения ведут к неуспеваемости. Поэтому отграничение этих нарушений от умственной отсталости является актуальной задачей.

Даже незначительные нарушения функций анализаторов могут привести к неполному, а иногда искаженному отражению внешнего мира, к обеднению круга представлений, неадекватному поведению, если не будут использованы компенсаторные возможности центральной нервной системы и специальные технические средства (слуховые аппараты, очки и пр.). Так, снижение слуха может вызвать определенные трудности при обучении ребенка в школе, особенно при овладении грамотой. Дети со сниженным зрением не видят строки, путают сходные по начертанию изображения и т.д. Неадекватные его состоянию требования быстро утомляют ребенка, ухудшая его общее состояние и делая безуспешным обучение в обычных школьных условиях.

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

При отграничении состояний, вызванных нарушением функций анализаторов, от умственной отсталости необходимо выяснить, что первично доминирует в отставании: умственная отсталость является ведущим и первичным дефектом, а снижение слуха, зрения лишь сопутствует ей, или же отставание наступило в результате нарушения функций анализаторов. Важно учитывать время поражения анализатора: чем раньше возник болезненный процесс, тем тяжелее последствия. В зависимости от диагноза будет решаться вопрос, в какой специальной школе нуждается ребенок.

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

Известны разные виды речевых нарушений, имеющих различную степень выраженности в зависимости от силы и времени поражения. У таких детей нормальный интеллект, но имеются затруднения в овладении чтением, письмом, у некоторых из них отмечается общее недоразвитие речи. При сохранном слуховом анализаторе у этих детей страдает фонематический слух, что приводит к трудностям в обучении (они нечетко воспринимают обращенную к ним речь, не дифференцируют сходные звуки, поэтому испытывают сложности при звуко-буквенном анализе и т.д.). Тяжелые нарушения фонематического слуха приводят к недоразвитию всей речевой функции. На овладение грамотой влияют и нарушения произношения. Все это следует учитывать при проведении логопедического обследования.

Сохранность интеллекта детей с нарушениями речи отчетливо видна при выполнении заданий, которые не требуют ее участия (наглядные методики с «безречевыми» инструкциями). У этих детей живая реакция, адекватное поведение, что прежде всего и отличает их от умственно отсталых.

Трудности определения умственной отсталости заключаются в том, что в отличие от других аномалий (глухота, слепота) нет абсолютно объективного критерия для ее выявления, шкалы, по которой ее можно было бы измерить.

Контрольные вопросы

- 1. Что следует понимать под умственной отсталостью?**
- 2. От каких внешне сходных состояний следует отграничивать умственную отсталость?**

3. Чем отличается умственная отсталость от замедленного психического развития?

4. В чем заключается отличие умственной отсталости от отставания, вызванного нарушениями функций анализаторов?

5. Чем отличается умственная отсталость от состояний, вызванных нарушениями речи?

Литература

Основная

Власова Т. А., Певзнер М. С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. — М., 1967.

Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости // Собр. соч.: В 6 т. — М., 1984. - Т. 5. - С. 231-256.

Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А.Власовой, В.И.Лубовского, Н.А.Цыпиной. — М., 1984.

Лурия А. Р. Умственно отсталый ребенок. — М. 1960. — Гл. I, V.

Марковская И. Ф. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. — М., 1993.

Отбор детей во вспомогательную школу / Сост. Т.А. Власова, К.С.Лебединская, В.Ф. Мачихина. — М., 1983. — Гл. 1.

Практикум по психологии умственно отсталого ребенка / Сост. А. Д. Виноградова. - М., 1985. - С. 18-27

Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка/ Подред. А.Р.Лурия. — М. 1956. — С. 129—196.

Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. — М. 1986. - Гл. II.

Ульянова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. - М, 1990. - Гл. VI. - С. 134-173.

Дополнительная

Добролюбов Н.А. Ученики с медленным пониманием // Избр. пед. произв. - М., 1952.

Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Под ред. Ж. И. Шиф. - М. 1965.

4.5. Психолого-педагогическое изучение подростков с нарушениями развития

4.5.1. Особенности развития

Подростковый возраст — это переходный период между детством и взрослостью, период развития ребенка с особыми, присущими только этому возрасту чертами. В подростковом возрасте происходят резкие качественные изменения анатомо-физиологического состояния ребенка и его психики.

Структуры организма ребенка начинают развиваться быстро и неравномерно, в этот возрастной период происходит половое созревание. Бурные психофизиологические изменения делают психику особенно уязвимой к воздействию вредоносных биологических и социальных факторов, повышают риск возникновения психических заболеваний. Именно в подростковом возрасте формируются разнообразные акцентуации характера, которые при неблагоприятных обстоятельствах могут развиваться в психопатии; возникают выраженные нарушения поведения.

В познавательной сфере также происходят резкие сдвиги. Бурно развиваются сложные формы аналитико-синтетической деятельности, абстрактное мышление, воображение.

Центральный фактор психического развития в этом возрасте — становление нового уровня самосознания, что приводит к резким колебаниям в отношении к себе, к неустойчивости самооценки. Для подростков характерны эмоциональная нестабильность, несдержанность, колебания настроения, связанные с появлением чувства «взрослости», упрямство, проявления негативизма. Повышенная ранимость может сочетаться с отсутствием сострадания к другим; развязность и грубость — с застенчивостью и робостью.

Подростковый возраст — период формирования мировоззрения, системы ценностей, интересов («второе рождение личности», по А.Н.Леонтьеву). С одной стороны, подросток стремится утвердить свою индивидуальность, с другой — принадлежать группе, соответствовать ее ценностям, причем принятие групповых норм часто идет некритично. Активно идет развитие рефлексии, самоанализа. Анализируются отношения и со взрослыми, сверстниками, в результате чего могут появиться страхи социального характера, протестные реакции и пр.

Таким образом, даже для нормально развивающегося подростка типичны изменения эмоционально-волевой сферы, увеличивается риск появления девиантного поведения, аффективных нарушений. У детей с отклонениями в развитии дисгармонии подросткового возраста встречаются чаще и выражены значительно, происходит взаимовлияние специфических нарушений и общих изменений психики, характерных для этого возраста, усиливается влияние неблагоприятных социальных факторов на психическое развитие. Все это может привести к стойкой дезадаптации.

4.5.2. Цели и задачи психолого-педагогического изучения подростков с нарушениями развития

Специфика подросткового возраста у детей с отклонениями в развитии определяет задачи их психолого-педагогического изучения, несколько отличающиеся от задач изучения детей более младшего возраста. Основными задачами являются следующие.

Во-первых, квалификация особенностей психики, выявление сохранных и нарушенных функций, иерархии нарушений для определения характера отклонений в развитии. Для диагностики детей подросткового возраста это не самая главная задача, поскольку обычно такого рода диагностическая работа проводится раньше, и к 11—12 годам ребенок обычно уже находится в соответствующем учреждении (специальной коррекционной школе, интернате и пр.). В то же время потребность в диагностике может возникнуть и в более старшем возрасте. Известны случаи неточной (а иногда и неправильной) диагностики, в результате чего ребенок оказывался в не соответствующем профилю нарушений учреждении (например, в школу или класс для детей с тяжелой умственной отсталостью направляли ребенка с легкой умственной отсталостью или даже слабослышащего). О необходимости уточнения диагноза можно судить, например, по несоответствию учебных успехов ребенка среднему уровню достижений данной категории детей с нарушениями развития (причем успехи могут быть не только очень низкими, но и очень высокими). Другим показателем может быть, например, выраженная социальная дезадаптация, невозможность приспособиться к школьному коллективу. Уточнение состояния ребенка предоставит ему, хоть и с запозданием, возможность обучаться в учебном учреждении соответствующего профиля.

Во-вторых, исследование и квалификация состояния психики подростка для выявления причин частных трудностей в обучении (неуспеваемости по отдельным предметам), нарушений поведения и социальной адаптации в целом. Что касается трудностей в обучении, то они вполне возможны и в том случае, когда ребенок учится в соответствующей школе, но имеет ряд индивидуальных особенностей психики, препятствующих усвоению отдельных предметов (нерезко выраженные нарушения пространственной ориентировки, моторики; недостаточная мотивация и пр.). Выявление конкретных причин трудностей в обучении поможет найти индивидуальный подход к ребенку, «подстроиться» к его возможностям, а в том случае, если нарушения устранимы, — провести коррекционную работу.

Очень важно своевременно выявить причины нарушений поведения. Как известно, они могут быть биологического и социального характера; нередко неблагоприятные социальные факторы усиливают действие биологических (например, психопатоподобных нарушений при умственной отсталости). Зачастую нарушения поведения подростков с отклонениями в развитии связаны с чувством собственной неполноценности, ущербности. Таким образом, необходимо исследовать не только самого ребенка (особенности эмоционально-волевой сферы, личности и межличностных отношений), но и микросоциальную среду — семью, класс. Боль-

шое значение может иметь диагностика взаимоотношений с педагогами. Правильно проведенный анализ причин нарушений социальной адаптации поможет в разработке программы коррекционных мероприятий.

В-третьих, диагностика структуры психической деятельности с целью профориентации. Подростковый возраст — период самоопределения. И очень важно помочь подростку с отклонениями в развитии правильно оценить свои возможности и выбрать профессиональный путь. Здесь диагностическая работа имеет свою специфику. Прежде всего важно выявить характер профессиональных интересов подростка (т. е. какая сфера трудовой деятельности его привлекает) и степень их сформированное™ (у детей с отклонениями в развитии профессиональные интересы часто слабо выражены и неадекватны их способностям). Кроме того, выводы по результатам исследования должны строиться с учетом прогноза развития тех или иных функций и способностей, который в свою очередь зависит не только от структуры нарушений познавательной деятельности, но и от сохранных звеньев психики, системы установок и ценностей. Желательно также, чтобы на основании диагностики профессионально значимых качеств в случае необходимости могла проводиться коррекционная работа.

4.5.3. Особенности процедуры проведения психологического исследования подростков с нарушениями развития

Психологическое исследование подростков с нарушениями развития опирается на те же принципы, что и изучение детей более младшего возраста. Вместе с тем сама процедура исследования, подбор конкретных диагностических методик имеют ряд особенностей. Здесь при установлении контакта с ребенком очень важно учитывать особенности подросткового возраста — тенденцию к самостоятельности, чувство Я. Хотя у подростков с отклонениями в развитии эти черты выражены в меньшей степени, чем у нормально развивающихся детей, следует все же принимать их во внимание.

У подростков могут быть и выраженные аффективные всплески, негативизм, особенно при неудаче в установлении контакта, поэтому таким детям требуется бережный, не форсированный подход. Спокойное, уважительное отношение к подростку — важный фактор, обеспечивающий его сотрудничество в ходе исследования.

Существуют и специфические особенности, которые необходимо учитывать в ходе установления контакта, поиска верного тона в общении с подростком. Так, дети с гиперкинетической формой детского церебрального паралича могут быть растормо-

женными, не всегда соблюдают дистанцию в общении со взрослыми, тогда как дети с гемипаретической формой сенситивны, тормозимы; подростки с нарушениями слуха более активны, стеничны по сравнению со слабовидящими и незрячими.

При изучении подростков существенно расширяется арсенал диагностических методик, поскольку за период школьного обучения дети далеко продвинулись в своем развитии. Здесь используются классические экспериментально-психологические методики, причем в полном варианте. Так, например, если в дошкольном возрасте методика «Предметная классификация» проводится лишь в два этапа и с использованием не всего набора карточек, то в подростковом возрасте она применяется целиком, в три этапа. К тем методикам исследования познавательной сферы, которые используются в более младшем возрасте (например, «Исключение лишнего предмета»), добавляются новые, недоступные младшим детям («Простые аналогии», «Сложные аналогии»).

Поскольку в целом улучшается интеллектуальное и речевое развитие детей, становится возможным использование довольно сложных методов исследования личности и межличностных отношений — опросников, проективных тестов.

Вместе с тем, хотя исследование личности и межличностных отношений в подростковом возрасте — чрезвычайно важная задача, следует помнить о необходимости тщательного подбора методик исследования с учетом речевых и интеллектуальных особенностей ребенка. Возможности применения многих методик все же остаются ограниченными.

Так, например, при предъявлении опросников важно быть уверенным, что подросток понимает значение вопроса полностью: в противном случае время будет потрачено зря, а результаты — недостоверны. Уровень же понимания текста не всегда можно с легкостью определить: так, ребенок с нарушениями слуха может не знать какого-то ключевого слова в вопросе, а ответ по типу «да—нет» все же даст. Кроме того, на достоверность полученных данных влияет и общий уровень социального развития подростка, его осведомленность о социальных явлениях. Например, в широко распространенном опроснике Айзенка ЕРС> есть вопрос: «Считаете ли Вы, что люди затрачивают слишком много времени, чтобы обеспечить свое будущее, откладывая сбережения, страхуя свою жизнь?». Понятно, что далеко не все подростки с отклонениями в развитии имеют понятие о страховании. Это касается и детей-сирот, проживающих в детских домах и испытывающих недостаток знаний по различным социальным вопросам. Поэтому использование таких опросников, как Патохарактерологический диагностический опросник для подростков Личко (ПДО), опросники Кеттелла, Айзенка и др., возможно лишь в том случае, когда есть уверенность в их доступности для понимания.

Выяснить это можно, например, следующим образом. Прежде чем предъявить опросник, нужно проанализировать, какие вопросы могут оказаться трудными для понимания (значения слов, предлагаемые ситуации в целом), а затем в беседе задать ряд вопросов, чтобы определить, насколько ребенок понимает значение слова или содержание ситуации. Если это понимание неполное, но интеллектуально ребенок достаточно сохранен, можно ненавязчиво пояснить ему ситуацию и лишь затем попросить его заполнить опросник (или ответить устно, что считается менее желательным, так как в чем-то нарушает конфиденциальность — ведь взрослый в этом случае слышит конкретные ответы на конкретные вопросы, а не просто обрабатывает итоговый список ответов «да—нет», «верно—неверно»; это может смущать подростка и приводить к недостоверным ответам). Делать же пояснения в процессе заполнения опросника нельзя, так как в этом случае ребенку навязывается та или иная трактовка ситуации другим человеком.

Значительные ограничения существуют и в применении так называемых проективных методик исследования личности и межличностных отношений. Чем ниже уровень интеллектуального и речевого развития, тем меньше возможность использования такого рода методик, тем беднее их арсенал.

Всю совокупность проективных методик можно условно разделить на три группы.

Методики, относящиеся к первой Группе, требуют при их выполнении наибольшей речевой и интеллектуальной активности, способности к воображению. Это такие методики, как Тест цветowych пятен Роршаха, Тематический апперцепционный тест (ТАТ, в детском варианте — САТ). Суть этих тестов состоит в том, что ребенку предъявляется малоструктурированный стимульный материал (симметричные цветочные пятна в тесте Роршаха, нечеткие сюжетные картины в ТАТ) с инструкцией рассказать, что изображено (а в ТАТ, кроме того, — что предшествовало изображенной ситуации, чем она закончится, что думают и чувствуют персонажи). Подразумевается, что в условиях дефицита информации человек будет проецировать на данные изображения собственные личностные особенности и проблемы. Понятно, что далеко не каждый подросток с нарушениями развития (например, с умственной отсталостью или с алалией) в состоянии выполнить такое задание. Определенные трудности могут возникнуть и у детей с относительно высоким уровнем интеллектуального и речевого развития, но имеющих нарушения восприятия, пространственной ориентировки. И все же несмотря на значительную трудоемкость этих методик, они могут дать очень ценную и полезную диагностическую информацию, если применять их правильно.

К второй группе можно отнести такие проективные методики, которые требуют меньше речевой и интеллектуальной

активности, поскольку сохраняя общий принцип построения проективных методик — неопределенность стимульного материала, — они все же более структурированы, в них меньше требований к построению замысла высказывания, формированию сюжета, к мотивации ребенка в отношении выполнения заданий. К таким методикам можно отнести «Незаконченные предложения» Сакса и Леви, Фрустрационный тест Розенцвейга.

Методика Сакса и Леви представляет собой 60 незаконченных предложений, которые разделяются на 15 групп, характеризующих систему отношений человека к семье, к представителям своего и противоположного пола, к сексуальным отношениям, к прошлому и будущему и т.д. Задача обследуемого — грамматически правильно закончить предложения. Подразумевается, что он будет проецировать в ответы свою личную систему отношений.

Полезным может оказаться и тест Розенцвейга (существуют детский и взрослый варианты).

Такого рода методики для подростков с нарушениями развития несколько проще для выполнения, хотя и здесь возможны трудности, вызванные речевыми и интеллектуальными нарушениями (например, непонимание значения изображенной ситуации, предложения).

Наконец, к третьей группе проективных методик можно отнести те, которые предъявляют минимальные требования к уровню интеллектуального и речевого развития (хотя речевой комментарий подростка, как и всегда при психологическом исследовании, очень желателен). К ним относятся очень популярные сейчас рисуночные тесты («Дом—дерево—человек», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи» и ряд других). По характеру и содержанию соответствующих рисунков, сделанных испытуемым, а также (если это возможно) беседы по этим рисункам определяются отношение человека к самому себе и окружающему миру, конфликтные тенденции, типы психологических защит и многие другие личностные характеристики. Интерпретация и процедура исследования приводятся в литературе по психологической диагностике, однако при изучении подростка с отклонениями в развитии существует своя специфика, которую необходимо учитывать.

Дело в том, что наличие тех или иных нарушений приводит к необходимости делать на них определенную поправку при интерпретации данных. То, что в норме интерпретируется практически однозначно (например, положение рисунка в верхней половине листа трактуется как высокая самооценка, положение в нижней части листа — как низкая; сильный нажим на бумагу — как высокая психическая напряженность, тревожность), при диагностике подростков с отклонениями в развитии может быть объяснено целым рядом причин, что требует особой осторожности при интерпретации. Так, положение рисунка в верхней или нижней час-

ти листа может не только свидетельствовать о характере самооценки, но и о нарушениях пространственной ориентировки; сильный нажим на бумагу при рисовании может быть следствием нарушений моторики, а не проявлением тревожности. Характер рисунков бывает связан и с интеллектуальными особенностями ребенка. Поэтому анализ рисуночных тестов должен строиться с учетом всей совокупности данных о ребенке, включая результаты нейропсихологического исследования, изучения двигательной сферы и пр.

К этой же группе относятся тесты цветовых предпочтений (Тест цветовых выборов Люшера и построенный на его базе Цветовой тест отношений Эткинда). Тест Люшера основан на том предположении, что выбор цвета отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, его настроение, функциональное состояние, уровень психологического комфорта и наиболее устойчивые черты личности (см. 3.4.5). Тест Люшера привлекает многих быстротой проведения, сравнительной простотой обработки, отсутствием возрастных, речевых, интеллектуальных ограничений. Его легко могут выполнять и умственно отсталые, и интеллектуально сохранные дети. В то же время существующие содержательные интерпретации цветовых выборов имеют несколько неопределенный, подчас противоречивый, характер, поэтому необходимо производить анализ цветовой последовательности с учетом результатов применения других методик, социальной ситуации развития ребенка. В ряде случаев более ценным может оказаться не содержательный анализ, а некоторые числовые показатели, дающие возможность оценки динамики состояния ребенка.

Цветовой тест отношений Эткинда (ЦТО) построен на тех же принципах и помогает выявить отношение испытуемого к значимым для него окружающим людям (родителям, друзьям). Помимо собственного цветового выбора по Люшеру ребенка просят подобрать цвет для других людей. Таким образом он характеризует свое отношение к окружающим без помощи слов, что может дать важный диагностический материал, который не всегда можно получить, используя вербальные средства.

Для исследования личности и межличностных отношений подростков с нарушениями развития используются и экспериментально-психологические методики. Так, хорошо зарекомендовали себя методики исследования уровня притязаний Хоппе и самооценки Дембо — Рубинштейн. Они могут применяться при работе с детьми самого разного возраста и с самыми разными нарушениями. Суть методики исследования уровня притязаний состоит в том, что испытуемому предъявляются задачи разной степени сложности, а затем выявляется, насколько адекватно растут или понижаются его притязания на решение задачи той или иной сложности в зависимости от предыдущего успеха или неуспеха. Исследо-

вание самооценки по Дембо — Рубинштейн предполагает оценку испытуемым себя (или своего состояния) по ряду параметров, представленную графически. Таким образом, обе эти экспериментально-психологические методики направлены на изучение одной из важнейших структур личности — самооценки. Подробное описание этих методик приводится в рекомендованной литературе, поэтому отметим лишь особенности применения их в работе с подростками.

Исследование самооценки по Дембо—Рубинштейн может проводиться в двух вариантах — при работе со взрослыми и с детьми. При исследовании подростков можно применять и первый, и второй варианты в зависимости от уровня интеллектуального развития ребенка, его места в системе социальных связей (учится в школе, живет в интернате для детей-сирот, не посещает никаких учреждений и находится дома).

В методике Хоппе при работе с подростками особое внимание следует уделять подбору задач. В подростковом возрасте интересы дифференцируются, и необходимо подбирать для решения такие задачи, которые находятся в сфере интересов подростка для повышения его мотивации. Когда решение задачи будет значимо для него, результаты будут достовернее, и наоборот. Так, например, если подростку, интересующемуся историей, предложить решение задач по математике, то процесс формирования притязаний может быть вообще не выявлен — ребенку будет безразлично, трудную или простую задачу он не решил, и выбор следующей задачи может оказаться случайным.

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

4.5.4. Правила построения программ исследования

Предварительное составление программы психологического исследования — неотъемлемая часть процедуры психологической диагностики. Программа экспериментально-психологического исследования определяет набор конкретных методик, тактических приемов их проведения и саму последовательность предъявления.

При исследовании детей с тяжелыми нарушениями на предварительном этапе (до собственно экспериментально-психологического и/или нейропсихологического исследования) помимо обычного сбора анамнеза, анализа документов и пр. может оказаться полезным составление так называемой шкалы навыков, необходимых для социальной и бытовой адаптации, предложенной

И.Ю.Левченко (2000). Она представляет собой анализ возможностей ребенка по ряду следующих параметров.

Навыки, необходимые для социальной адаптации:

- пользование ванной;
- забота о волосах, ногтях;
- вытирание полотенцем;
- пользование общественным туалетом;
- надевание одежды и обуви и уход за ними;
- употребление основной кухонной утвари;
- умение пользоваться газовыми и электрическими плитами;
- использование шкал и мер;
- приготовление простых блюд;
- выполнение основных домашних поручений;
- простая стирка и глажение;
- пользование телефоном и умение сделать вызов срочных служб (врача, пожарных);
- самостоятельное пользование общественным транспортом и знание правил пешехода;
- овладение основными предосторожностями против возникновения пожара;
- умение обратиться за помощью в случае необходимости;
- распознавание цвета;
- понимание показаний часов с латинскими и арабскими цифрами на циферблате;
- пользование будильником;
- совершение простых счетных операций;
- устный счет;
- знание денежных купюр и монет;
- умение сделать мелкие покупки за наличный расчет;
- умение отправить письмо, написать имя и адрес;
- знание социально значимых слов и символов;
- умение правильно стоять, сидеть и ходить;
- прием лекарств по назначению, оказание элементарной первой помощи.

Социальные навыки:

- установление и поддержание отношений с окружающими, умение получать удовлетворение от этих отношений;
- умение правильно реагировать на замечания;
- проявление нормальной реакции на доброту и любовь;
- владение основными речевыми навыками;
- умение начать разговор;
- пользование формулами вежливости: «пожалуйста», «спасибо» и др.;
- умение обратиться за советом;
- умение пользоваться столовой;
- умение назначить встречу и быть вовремя при приглашении;

- умение пригласить и развлечь дома гостей;
- осознание опасности вредных привычек (курения, употребления алкоголя);

осознание моральных норм, относящихся к сексуальному поведению;

знание функций таких государственных учреждений, как милиция, больница.

Трудовые навыки:

- способность следовать простым инструкциям;
- употребление простых инструментов;
- выполнение обычных домашних обязанностей;
- способность переносить усталость;
- принятие указаний и руководства;
- принятие ответственности;
- принятие роли подчиненного;
- пунктуальность;
- умение устанавливать отношения в процессе работы.

Отдых и развлечения:

- умение организовать свободное время;
- установление дружеских отношений; участие в клубных занятиях и кружках;
- увлечение чем-либо (хобби);
- посещение библиотек и музеев;
- понимание в доступных пределах произведений искусства;
- способность танцевать;
- умение посещать кинотеатры и другие места развлечений.

Итак, после осуществления предварительной работы необходимо подобрать соответствующие методики и разработать последовательность их предъявления.

Выбору правильной последовательности предъявления методик не всегда придается должное значение, тогда как на практике это может быть очень важным фактором, определяющим информативность и достоверность исследования. Обычно вначале, после беседы, дают относительно несложные и нейтральные задания, так как на этом этапе еще идет установление контакта с подростком, «прощупывание» его возможностей и личностных реакций на исследование. Затем задания усложняются. Характер заданий лучше варьировать: например, не рекомендуется сначала предъявить все методики «на память» (напомним, что методик, изучающих исключительно одну функцию, в силу системности психики человека, не существует, и речь идет о выявлении той или иной методикой преимущественно той или иной функции), затем — «на мышление» и т.п. В случае предъявления однотипных методик скорее возникает явление пресыщаемости, ребенок быстрее устает, поскольку выполняет сходные виды деятельности.

Подбор конкретных методов исследования также требует внимания. Программа не должна быть перегружена, но в ходе ее реализации должны быть получены ответы на поставленные при обследовании ребенка вопросы. Конечно, подростки, как правило, более выносливы к длительному умственному напряжению, чем дети более младшего возраста, но все же утяжелять программу методиками «на всякий случай» нежелательно. Другое дело, когда в ходе исследования появляется подозрение на существование каких-то особых нарушений психики, что может повлечь за собой кардинальное изменение оценки характера отклонений в развитии (например, ребенок обследуется как умственно отсталый, а в ходе исследования обнаруживается искажение мышления, не свойственное данной аномалии развития). В таких случаях программа может быть дополнена соответствующими методиками и приемами, но без необходимости этого делать не следует.

По времени исследование подростка обычно не превышает 1,5 ч (а нередко оно занимает и меньше времени, если ребенок быстро истощается), поэтому в случае необходимости и при наличии возможности бывает целесообразно проводить исследование в течение нескольких дней.

Выбор методик всегда должен отвечать принципу всестороннего и целостного исследования, но при этом он в определенной степени зависит от целей и задач обследования.

Так, например, при выявлении причин трудностей в обучении в ряде случаев может оказаться полезным нейропсихологическое исследование, выявляющее тонкие нарушения корковых функций. При изучении причин нарушений поведения необходимо очень внимательно изучить не только личностные особенности подростка, но и всю систему его межличностных отношений, социально-психологическую ситуацию в семье, школе, выявить сферы дисгармонии отношений. Для этой цели могут использоваться опросники, проективные методики, социометрия (для определения положения ребенка в социальной микрогруппе).

Существенные особенности имеет исследование подростка с нарушениями развития в целях профориентации. Здесь помимо традиционных методик исследования познавательной сферы и личности используют специальные профдиагностические методики. Психика подростка оценивается с точки зрения возможности выполнения им той или иной профессиональной деятельности. В качестве дополнительных методов используют тесты способностей (общих и специальных). При этом, однако, не следует забывать, что профпригодность — динамичное образование, которое формируется в ходе деятельности, а не дано изначально; при этом уровень развития способностей не является решающим фактором. Профессиональное становление во многом зависит от мотивации, интересов, любви к своему делу, которые часто помогают компенсиро-

ровать недостаток нужных способностей или развить их. Это касается и подростков с отклонениями в развитии, в связи с чем особое внимание следует обратить именно на данные характеристики.

Многие личностные особенности подростка изучаются с помощью рассмотренных выше экспериментально-психологических методик, тестов, опросников. Существуют и специально разработанные для профориентации опросники, уже хорошо зарекомендовавшие себя в работе с некоторыми категориями подростков с отклонениями в развитии. Это прежде всего Дифференциально-диагностический опросник (ДДО). Данный опросник исходит из положения о том, что все профессии можно классифицировать по признаку предмета труда на несколько групп. Предмет труда — это система свойств и взаимоотношений вещей, явлений, процессов, которыми человек определенной профессии должен мысленно или практически оперировать (распознавать, учитывать, упорядочивать, преобразовывать, сохранять или отыскивать их). В соответствии с предметом труда мир профессий разделяется на следующие группы:

«человек—природа» (предмет труда — живые организмы, биологические, микробиологические процессы);

«человек—техника» (предмет труда — технические системы, технические и неживые предметы, материалы, энергия);

«человек—человек» (предмет труда — люди, группы, коллективы);

«человек—знак» (предмет труда — условные знаки, цифры, коды, формулы, естественные языки);

«человек—художественный образ» (предмет труда — художественные образы, их части, элементы, свойства). Результаты ответа на данный опросник помогают сориентироваться, в какой сфере находятся профессиональные интересы подростка, насколько ярко они выражены. В дальнейшем профессиональные интересы подростка соотносятся с его фактическими и потенциальными возможностями.

Направленность личности для целей профориентации можно изучать с использованием методики «Ценностные ориентации» Рокича. Система ценностных ориентации определяет содержательную сторону направленности личности, является основой отношений человека к окружающему миру и себе, ядром мотивации жизненной активности. Выделяют так называемые терминальные ценности (ценности-цели, к которым стремится человек) и инструментальные ценности (ценности-средства, убеждения в том, что какой-то образ действий или свойства личности являются предпочтительными в любой ситуации). Рекомендуемая методика позволяет выявить иерархию ценностей и ее особенности. Трудностью при применении данной методики может стать желание подростка соответствовать социальным ожиданиям, в результате чего

он будет отвечать не искренне, а «как положено». Эта трудность не возникнет, если с ребенком предварительно установлен хороший контакт, существует атмосфера доверия.

Итак, хотя не существует конкретных рецептов по составлению программ исследования, соблюдение приведенных правил и рекомендаций поможет полноценному изучению подростка с нарушениями развития.

Контрольные вопросы

- 1. Каковы основные цели психолого-педагогического изучения подростков с нарушениями развития?**
- 2. Какие возрастные особенности подростков необходимо учитывать при психологическом исследовании?**
- 3. Каковы общие принципы использования психологических методик в зависимости от характера отклонений в развитии?**

Литература

О с н о в н а я

- Левченко И.Ю.* Патопсихология: Теория и практика. — М., 2000.
- Практическая психодиагностика / Ред.-сост. Д.Я.Райгородский. — Самара, 2000.
- Рубинштейн С. Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. — СПб. 1998.

Д о п о л н и т е л ь н а я

- Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1977.

Глава 5

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА, ЗРЕНИЯ, ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ, СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

5.1. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха

Психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями слуха — неслышащих (глухих), слабослышащих — сопровождается целым рядом трудностей, связанных со специфическими особенностями их психического развития. Непонимание ребенком обращенной к нему речи, отсутствие речи или ее неразборчивость осложняют общение с ним, что ограничивает возможности применения экспериментальных методик.

Психическое развитие детей с нарушениями слуха — это особый тип развития, происходящего в специфических условиях взаимодействия с окружающим миром, относящегося к дефицитарному типу дизонтогенеза. Первичное нарушение слухового восприятия ведет к недоразвитию наиболее тесно связанных с ним функций — к недоразвитию речи, а также к замедлению развития мышления, памяти и др. Все это тормозит психическое развитие детей с нарушениями слуха. При этом замедляется формирование сложных межфункциональных взаимодействий, иерархических координации. Объем внешних воздействий на ребенка с нарушениями слуха сужен, взаимодействие со средой обеднено. Вследствие этого психическая деятельность такого ребенка упрощается, реакции на внешние воздействия становятся менее сложными и разнообразными. Компоненты психики у детей с нарушениями слуха развиваются в иных по сравнению со слышащими детьми пропорциях — наблюдается несоразмерность в развитии наглядных и понятийных форм мышления, письменная речь превалирует над устной. Асинхронии проявляются в разной степени недо-

развития одних перцептивных систем при относительной сохранности других. Так, у этих детей сохранна кожная чувствительность, при правильном обучении и воспитании компенсаторно развивается зрительное восприятие. У них отмечаются изменения в темпах психического развития по сравнению с нормально слышащими детьми: замедление психического развития через некоторое время после рождения или после потери слуха и ускорение в последующие периоды при адекватных условиях обучения и воспитания. Изменения в темпах психического развития детей с нарушениями слуха внутренне связаны со структурными особенностями их психики. Большое значение имеет сохранность других сенсорных и перцептивных систем, интеллектуальной сферы, систем регуляции.

Для диагностики особенностей психического развития детей с нарушениями слуха необходим системный подход, учет структуры нарушения в целом, всестороннее обследование психики ребенка (речи, познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей). При психолого-педагогическом изучении детей с нарушениями слуха обязательно нужно иметь сведения о семье — состав семьи, образование родителей, наличие других детей в семье, есть ли у ближайших родственников нарушения слуха. Весьма важен сбор данных о протекании внутриутробного периода жизни ребенка, об особенностях его психического развития от рождения до момента обследования, о характере получаемой им специально-педагогической помощи, условиях обучения и воспитания. Особенно важно располагать данными о состоянии слуха, результатами аудиометрии.

Можно выделить специфические задачи изучения детей с нарушениями слуха в зависимости от возраста и периода психического развития, в котором находится данный ребенок. В раннем детстве, дошкольном и младшем школьном возрасте особое внимание следует уделять особенностям развития речи и познавательной сферы, в первую очередь — формированию взаимоотношений между мышлением и речью, а также развитию движений. Выявление нарушений в данных областях необходимо для организации адекватной коррекционной работы. В подростковом и юношеском возрасте при правильной организации обучения отставание в развитии познавательной сферы обычно наблюдается в отношении самых сложных психических процессов, формирование которых зависит от уровня развития словесной речи, — словесной памяти, абстрактно-понятийного мышления, воображения. Исследование этих процессов нужно провести в первую очередь. Трудности в развитии двигательной сферы к подростковому возрасту в основном компенсируются, но некоторые особенности сохраняются и в последующем — такие, как замедленный темп выполнения движений, овладения двигательными навыками (по сравнению со слышащими), трудности сохранения статического и ди-

намического равновесия. Наличие этих особенностей нужно учитывать при профессиональной ориентации детей с нарушениями слуха. В подростковом и юношеском возрасте большое значение имеет развитие личности и самосознания как факторов, влияющих на степень компенсации данного нарушения и определяющих социально-трудовую адаптацию, поэтому их изучение особенно важно.

Диагностика уровня психического развития ребенка с нарушенным слухом в младенчестве, раннем детстве и дошкольном возрасте продолжает оставаться сложной проблемой. Трудно отграничить глухоту от частичной потери слуха, от снижения интеллекта, от речевых нарушений. При этом дети с нарушениями слуха, особенно глухие, часто квалифицируются как умственно отсталые, слабослышащие дети — как дети с сенсорной или моторной алалией. Трудности дифференциальной диагностики отдельных нарушений психического развития по отношению к детям раннего возраста обусловлены тем, что разные отклонения в развитии могут иметь сходные внешние проявления (трудности общения, отсутствие речи).

Рекомендации по обследованию детей с нарушениями слуха первых лет жизни представлены в работах А.А.Венгер, Г.Л.Выгодской, Э.И.Леонгард, Е.И.Исениной, Н.Д.Шматко, Т.В.Пелымской. Кроме того, можно использовать многие задания, представленные в пособиях по психодиагностике раннего возраста, но при предъявлении заданий и анализе результатов нужно учитывать структуру нарушения, степень и время потери слуха. При анализе психологических особенностей ребенка необходимо в первую очередь выделить те факторы, которые могут оказывать влияние на развитие познавательной сферы (на ранних этапах психического развития большее влияние оказывает само нарушение слуха, на последующих этапах — вторичные отклонения: отсутствие или отставание в развитии речи, замедленное по сравнению с нормой формирование мышления).

Основным методом изучения детей с нарушениями слуха в младенчестве и раннем детстве является наблюдение. В естественной обстановке ведется наблюдение за внешними компонентами поведения — двигательными составляющими практических и гностических действий, движениями тела и его частей, мимикой и пантомимикой, внешними проявлениями вегетативных реакций, вокализациями и речевыми актами, их характером, содержанием, направленностью, продолжительностью, фонетическими, грамматическими, лексическими особенностями речи.

При проведении психолого-педагогического изучения детей с нарушениями слуха первых 3 — 4 лет жизни необходимо учитывать следующие факторы.

1. Развитие общения (сначала его дословесных форм — вокализаций, мимики, естественных жестов, взглядов, движений тела).

У глухих детей гуление появляется позже, чем у слышащих, оно более однообразное, монотонное, хрипловатое. Ответный лепет не появляется, хотя дети издают большое количество звуков — это и неотнесенный лепет, кряхтение, чмоканье и т. д. С возрастом количество звуков уменьшается, они становятся однообразными.

У слабослышащих детей сходство в развитии речи с глухими детьми наблюдается в первые 2 — 3 года жизни, в дальнейшем все больше становятся заметными различия: у слабослышащих детей в дошкольном возрасте появляются слова, иногда — фразы, для их речи характерны фонетические искажения, ошибки в грамматическом оформлении речи.

2. Степень развития слухового восприятия. При этом необходимо иметь данные аудиологического исследования состояния слуха ребенка. Аудиограмма позволяет судить о степени снижения слуха и его диапазоне. Кроме того, нужно знать, как ребенок пользуется остаточным слухом в быту, при общении с окружающими людьми.

Реакция ребенка на погремушку позволяет рано судить о том, воспринимает ли он звуки. В дальнейшем нужно обращать внимание на интерес ребенка к звучащим игрушкам, звукам радиоприемника и телевизора.

Следует проверить способность ребенка воспринимать звуки игрушек и музыкальных инструментов. Для этого нужно взять три разнозвучающих инструмента (гармонь, свисток, колокольчик), поставить ребенка к себе лицом и произвести звуки поочередно всеми тремя предметами, а затем поставить к себе спиной и проверить возможности восприятия звуков этих инструментов.

Наконец, самое важное — проверка восприятия речи. Слух проверяют на речь шепотную, обычную разговорную и громкую. Вот как описывает эту процедуру Р. М. Боскис. Вначале проверяют слух на шепот на расстоянии не менее 5 — 6 м. Для этого следует поставить ребенка к себе спиной и шепотом произносить знакомые слова (сначала предъявляются слова, содержащие шипящие звуки, потом другие слова). Если ребенок не сможет повторить слово, произнесенное шепотом на расстоянии 6 м, нужно подойти к нему ближе на 1 м, затем еще ближе и постепенно приблизиться к нему вплотную. Если ребенок не различает слов, произнесенных шепотом у его ушной раковины, то, значит, он не воспринимает шепотную речь. Затем переходят к проверке восприятия речи обычной разговорной громкости. Процедура обследования повторяется. При подборе слов их нужно выбирать из разных областей знания, можно задать несколько простых вопросов (например: «Как зовут твою маму?»). Слова для повторения должны быть хорошо известны ребенку.

Если ребенок совсем не слышит речи разговорной громкости, то его относят к категории глухих, у которых нужно установить наличие остаточного слуха. Для этого проверяют возможности все-

приятия ребенком громкой речи. После того как установлено расстояние, на котором ребенок слышит слова, проверяют, как он слышит гласные и согласные звуки. По мнению Р. М. Боскис, исследование слуха на речевые звуки следует провести даже в том случае, если не обнаружена недостаточность слуха на слова, но замечены дефекты речи и ребенок не успевает по русскому языку.

В дальнейшем у детей с нарушенным слухом могут быть обнаружены недостатки произношения; ограниченный запас слов; недостаточное усвоение звукового состава слов, которое выражается не только в неточностях произношения, но и в ошибочном написании; неточное понимание и неправильное употребление слов; недостатки грамматического строя речи (неправильное построение предложения и согласование слов внутри него); трудности понимания устной речи и читаемого текста.

3. Особенности развития движений. Раннему нарушению слуха может сопутствовать более позднее формирование умения держать головку; небольшая задержка развития прямохождения, скомпенсированная к 1,3—1,5 годам. Отсутствие реакции на укачивание в коляске может свидетельствовать о раннем поражении вестибулярного аппарата, часто сопутствующем нарушению слуха. В раннем детстве и дошкольном возрасте отмечаются некоторая неустойчивость, трудности сохранения равновесия, недостаточная координация движений, отставание в развитии мелкой моторики, дифференцированных движений. В последующем у ребенка может наблюдаться шарканье ногами при ходьбе («походка моряка»), большое количество звуков при выполнении бытовых действий с предметами из-за отсутствия или неполного слухового контроля.

4. Характер подражания. У детей с нарушениями слуха развитие подражания замедленно. До трех лет они подражают при выполнении некоторых действий, чаще — с хорошо знакомыми предметами, однако выбор по образцу затруднен. В дошкольном возрасте способность к подражанию развивается, дети могут воспроизводить сложные действия, требующие вычленения свойств предметов, возрастает количество предметов, с которыми они могут действовать по образцу.

5. Реакция на одобрение и неудачу. Дети с нарушениями слуха до двух лет меньше реагируют на оценку их действий, не ждут ее, часто не понимают, что им показывают образец действия. В дальнейшем многие дети чересчур ориентируются на реакцию взрослого, что может препятствовать ориентировке на свойства предметов. Реакция на одобрение адекватна. С возрастом увеличивается количество исправлений при замечаниях взрослого, самостоятельные оценки неудачи и попытки внести исправления появляются уже в дошкольном возрасте.

6. Представление о самом себе. У детей с нарушениями слуха выделение себя и собственных качеств формируется позднее: они начинают указывать на себя, выделять части своего тела позже, чем слышащие дети (хотя могут это делать в отношении взрослых и игрушек).

При обследовании детей дошкольного и школьного возраста наряду с наблюдением используются экспериментально-психологические методики, все виды психологического эксперимента (лабораторный, естественный, обучающий), направленные на выявление особенностей в развитии восприятия, пространственных представлений, памяти, наглядно-действенного и словесно-логического мышления. Если дети не владеют словесной речью или владеют ею недостаточно, используется невербальная форма заданий, когда ребенок и взрослый могут не пользоваться устной речью. Условия предъявляемых заданий вытекают из характера материала или могут быть показаны с помощью естественных жестов. Если ребенок владеет жестовой речью, то ее можно использовать для объяснения инструкции. Такое предъявление или перевод широко используются американскими психологами. При этом особые требования предъявляются к отработке согласованного взаимодействия между психологом и переводчиком.

Однако вопрос об использовании жестовой речи при предъявлении инструкций довольно сложен и решается психологами по-разному. Главное — это установление соответствия при переводе, что связано с особенностями жестовой речи. Одни жесты имеют имитирующий характер (при этом одним и тем же жестом обозначается и предмет, и действия, совершаемые с этим предметом), другие основаны на наглядном описании предмета с помощью рисующего или пластического жеста. Объяснение инструкции посредством жестовой речи при обследовании особенностей познавательной сферы может содержать подсказку. Поэтому многие психологи при предъявлении инструкций рекомендуют использовать только естественные, например указательные, жесты. В качестве выхода из этой трудной ситуации Т.В.Розанова советует использовать предварительное аналогичное задание — относительно более легкое, но по существу такое же, как основное. Только после того как ребенок выполнит предварительное задание, можно переходить к основному. В более старшем возрасте возможно письменное предъявление инструкций. По мнению американских сурдопсихологов при использовании жестовой речи в процессе обследования лиц с нарушениями слуха следует учитывать и этические аспекты проблемы — личностную реакцию человека с нарушением слуха на использование жестовой речи слышащим психологом.

При обследовании детей с нарушениями слуха необходимо использовать задания на изучение всех видов восприятия, пред-

метных действий, конструирования, образной и словесной памяти, пространственных и временных представлений, всех видов мышления. При обследовании детей школьного возраста особую важность приобретает изучение навыков чтения, письма, счета и учет выявленных особенностей при разработке программы коррекционной работы.

Большое значение при обследовании детей с нарушениями слуха имеет анализ продуктов деятельности, при этом изучению подлежат материальные или материализованные результаты разных видов деятельности — изобразительной, конструирования, учебной, трудовой.

При анализе выделяется то, что ребенок делает по указаниям взрослых, и то, что он выполняет самостоятельно. На разных этапах психического развития глухих детей имеет значение анализ разнообразных продуктов деятельности: в дошкольном и младшем школьном возрасте — рисунков, аппликаций, поделок из пластилина, конструкций; в среднем школьном возрасте — письменных работ, сочинений, которые позволяют проанализировать лексические и грамматические особенности речи; в юношеском возрасте — результаты трудовой деятельности.

В настоящее время за рубежом, особенно в США, для определения уровня интеллектуального развития детей и взрослых с нарушениями слуха широко используются тесты. С этой целью создаются специальные шкалы действия, включающие задания на составление узоров, идентификацию картинок, решение головоломок из блоков, складывание фигур по образцам и т.п. Основной особенностью этих заданий является то, что решение достигается путем операций с различными элементами предметов, а использование речи минимально. Хорошо зарекомендовали себя при обследовании детей с нарушениями слуха матрицы Дж. Равена (Т. В. Розанова) и подобные им наглядные задачи. Плодотворными являются попытки использования стандартизированных шкал, широко применяемых по отношению к детям с нормальным слухом (шкала Д. Векслера, школьный тест умственного развития).

Составление заключения и психолого-педагогической характеристики по результатам обследования ребенка с нарушением слуха имеет некоторые особенности. В них необходимо отразить не только уровень интеллектуального и речевого развития, но и такие важные для организации коррекционной работы показатели, как степень потери слуха, уровень развития двигательной сферы, наличие сопутствующих нарушений. В систематизации этих данных целесообразно придерживаться следующей схемы.

1. Характеристика состояния слуха:

- степень потери слуха (глухота, частичная потеря) — использовать данные из медицинской документации;

- возраст, в котором произошло нарушение слуха: врожденное нарушение слуха, ранняя потеря слуха (в возрасте до 3 лет), нарушение слуха в более позднем возрасте;

- причины, приведшие к данному нарушению;
- наличие или отсутствие лиц с нарушениями слуха в семье.

2. Уровень развития двигательной сферы:

- особенности пантомимики (осанка, походка, индивидуальные позы);
- особенности мимики (общее выражение лица, выразительность мимических движений, характер естественных жестов);
- координация движений (крупных и мелких);
- возможности сохранения статического и динамического равновесия.

3. Познавательная сфера:

- уровень развития разных видов восприятия; анализ и синтез в процессе зрительного восприятия;

- соотношение в развитии разных видов памяти (образной и словесной), разных способов запоминания материала (механического и логического);

мышление: виды мышления, его соответствие возрастным нормам; характеристика уровня обобщений; степень развития мыслительных операций;

- развитие речи: виды речи, которыми владеет и пользуется ребенок (словесно-устная, письменная, тактильная, жестовая); состояние навыка чтения с губ; индивидуальные особенности; аграмматизмы; объем словаря (активного и пассивного); соотношение разных видов речи; в каких ситуациях используются разные виды речи;

- взаимосвязи в развитии познавательных процессов; соотношение в развитии мышления и речи.

4. Особенности ведущей деятельности (в зависимости от возраста).

5. Особенности развития личности.

6. Реакции на разные виды воздействий (поощрение, наказание, оценка).

7. Эмоциональные состояния. Особенности внешних выражений эмоций. Понимание эмоций других людей.

8. Самооценка (степень ее адекватности и устойчивости, под влиянием каких причин изменяется).

Более подробно с особенностями обследования детей с нарушениями слуха, требованиями к составлению психолого-педагогической характеристики и заключения по результатам психологического изучения ребенка с нарушением слуха можно ознакомиться в учебном пособии Т. Г. Богдановой (2002) и другой рекомендуемой литературе.

Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха поможет правильно организовать их обучение и воспитание, оп-

ределить направления коррекционной работы, способствующей достижению успешной компенсации данного нарушения и полноценному развитию познавательной сферы и личности.

Контрольные вопросы и задания

- 1. Назовите основные задачи и особенности психолого-педагогического изучения детей разного возраста с нарушениями слуха.**
- 2. Какие методы используются при обследовании детей с нарушениями слуха?**
- 3. Подберите методики для обследования уровня развития зрительного восприятия детей с нарушениями слуха.**
- 4. Каким образом можно провести проверку возможностей слухового восприятия речи у ребенка младшего школьного возраста с нарушенным слухом?**
- 5. Сформулируйте основные требования к составлению психолого-педагогического заключения по результатам обследования ребенка с нарушением слуха.**

Литература

Основная

- Богданова Т. Г.* Сурдопсихология. — М., 2002.
- Боскис Р.М.* Учителю о детях с нарушениями слуха. — М., 1988.
- Венгер А.Л., Выгодская Г.Л. Леонгард Э.И.* Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. — М., 1972.
- Миронова Э.В., Пелымская Т.В., Шматко Н.Д.* Педагогические методики выявления детей с подозрением на снижение слуха (младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст). — М., 2000.
- Розанова Т. В.* Методы психолого-педагогического изучения глухих детей со сложным дефектом // Дефектология. — 1992. — № 2, 3.

Дополнительная

- Есенина Е. И.* Родителям о психическом развитии и поведении глухих детей первых лет жизни. — М., 1999.

5.2. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями зрения

Диагностика и исследование детей с нарушениями зрения предполагает комплексное их изучение различными специалистами: офтальмологами, психологами, педагогами.

Дети с нарушениями зрения представляют большую и очень разнообразную группу как по характеристике состояния их зрения, так и по происхождению заболеваний и условиям социального развития.

Объектом исследования является незрячий (слепой), слабовидящий ребенок, а также ребенок с амблиопией и косоглазием.

В настоящее время понятие «слепой» (незрячий) рассматривается с позиции определения ведущей системы анализаторов, на основе которой ведется педагогический процесс. Поэтому к слепым относятся две категории детей: дети с визусом «О» и световосприятием, а также дети, имеющие остроту остаточного зрения до 0,04 включительно на лучше видящем глазу с коррекцией, обучение которых осуществляется на основе системы Брайля по учебникам, предназначенным для восприятия посредством осязания.

Анализ контингента детей с нарушениями зрения, обучающихся как в школах нашей страны, так и за рубежом, показывает, что его изменения имеют несколько тенденций, или направлений. Первая тенденция — существенное увеличение в специальных школах России количества детей, имеющих остаточное зрение (до 90%): лишь 3—4% детей тотально слепые, 7% — со световосприятием, 10% — с визусом выше 0,06 (Л.И.Кириллова).

Вторая тенденция — увеличение числа сложных комплексных зрительных заболеваний. Только в отдельных случаях имеются нарушения зрения, характеризующиеся единичным поражением зрительных функций. Материалы исследований детей, обучающихся в школах для слепых, показывают, что у большинства из них имеется по два-три различных глазных заболевания, что свидетельствует о дальнейшем росте этой категории детей.

Третьей тенденцией является увеличение числа дефектов, сопутствующих зрительному заболеванию, и среди них — связанных с нарушениями деятельности центральной нервной системы (ЦНС).

Так, зрительные нарушения у детей начальных классов школ для слепых в 77,6 % сопровождаются остаточными явлениями детского церебрального паралича (ДЦП), задержками психического развития, олигофренией в стадии дебильности, остаточными явлениями органических поражений ЦНС, энцефалопатиями, неврозоподобными состояниями, гидроцефалией и другими первичными нарушениями: речи, двигательной сферы и т.д.

Анализ причин слепоты и слабовидения показывает, что в 92 % случаев слабовидения и в 88 % случаев слепоты эти недостатки имеют врожденный характер, более чем в 30 % случаев они имеют наследственные формы. При этом среди причин детской слепоты четко прослеживается возрастание частоты врожденных аномалий развития органа зрения. Так, врожденная зрительная патология отмечается в работах М.И.Земцовой и Л.И.Солнцевой в 60,9 % случаев, в исследованиях А. И. Каплан — в 75 %, Л. И. Кирилловой — в 91,3 %, А.В.Хватовой — в 92 % случаев у слабовидящих и в 88 % — у слепых, И.Л. Ферфильфайн с соавт. — в 84,2 % случаев.

Врожденные заболевания и аномалии развития органа зрения могут быть следствием внешних и внутренних повреждающих фак-

торов. Примерно 30 % из них — наследственные формы (тапеторе- тинальная дегенерация, миопия, врожденная глаукома, атрофия зрительного нерва, ретролентальная фиброплазия).

В исследованиях Л. И. Кирилловой отмечаются наследственные нарушения обмена веществ в виде альбинизма; наследственные заболевания, приводящие к нарушению развития глазного яблока, — врожденный анофтальм, микрофтальм; заболевания роговой оболочки — дистрофии роговицы; наследственная патология сосудистой оболочки — аниридия, колобома сосудистой оболочки; врожденные катаракты (имелись также врожденные катаракты генетического происхождения); отдельные формы патологии сетчатки, дегенерация Штаргардта, атрофия Лебера, врожденная атрофия.

Кроме наследственных факторов у слепых и частично видящих детей имеются аномалии развития органа зрения как следствие внешних и внутренних отрицательных факторов, действовавших в период эмбрионального развития плода, — патологического течения беременности, перенесенных матерью вирусных заболеваний, токсоплазмоза, краснухи и т.д.

Состояние зрения определяет в значительной степени формирование образа внешнего мира, в соответствии с которым строится психологическая система ребенка с нарушением зрения, ее особенности, способность отразить воспринимаемый мир во всей его сложности взаимоотношений объектов и социальную жизнь людей.

Особое место в исследовании детей с нарушениями зрения занимает определение истинного состояния ребенка. Многими зарубежными и отечественными исследователями выявлено глубокое отставание в психическом развитии таких детей. В первую очередь это касается слепых детей раннего и дошкольного возраста. Так, в развитии мышления было даже отмечено отставание от нормально видящих на 4—8 лет. Однако уже в 1977 г. Д. Уоррен показал, что отставание в развитии в значительной мере определялось тем, что в экспериментальных исследованиях при тестировании не были созданы условия для точного восприятия и понимания заданий, не учитывалась специфика детей с нарушением зрения. Тесты часто просто переводились в систему Брайля.

5.2.1. Теоретические основы организации обследования детей с нарушениями зрения

Психологическое обследование детей с нарушениями зрения осуществляется на основе разработанной тифлопсихологами теории с учетом основных закономерностей нормального развития.

В ходе изучения детей с отклонениями в развитии обнаружилось, что наиболее общие закономерности развития нормального

ребенка прослеживаются и у этих детей. К ним относятся: определенная последовательность стадий развития психики; наличие сензитивных периодов в развитии психических функций; последовательность развития психических процессов; роль деятельности в психическом развитии, речи — в формировании высших психических процессов; ведущая роль обучения в психическом развитии (Л.С.Выготский, В.И.Лубовский).

Л.С.Выготский, изучая закономерности психического развития детей при различных типах аномалий, выделил общие специфические закономерности, проявляющиеся при различных типах нарушений. Он отметил, что причины, вызывающие аномалии, ведут к возникновению основного нарушения в психической деятельности* которое определяется как первичное, и как следствие — к своеобразным изменениям всего психического развития ребенка, что проявляется в формировании вторичных, третичных и т.д. нарушений психической деятельности. Им также была выделена закономерность, общая для всех детей с недостатками развития, а именно: затруднения во взаимодействии с социальной средой, нарушение связей с окружающим миром.

Общие закономерности, характерные для развития всех категорий детей с аномалиями, выражаются также в особенностях речевого общения и двигательных нарушениях, проявляющихся в разных формах в зависимости от типа аномалии. В. И. Лубовский и Ж. И. Шиф показали, что наличие первичных и вторичных дефектов существенно сокращает информацию, получаемую детьми от внешнего мира.

Влияние глубоких нарушений зрения на процесс развития связано с появлением отклонений во всех видах познавательной деятельности и сказывается на формировании личностной и эмоционально-волевой сфер ребенка. Наиболее резко нарушение зрения проявляется в снижении общего количества получаемой извне информации, в изменении ее качества. Значительное сокращение или полное отсутствие зрительных ощущений, восприятий, представлений в области чувственного познания ограничивает возможности формирования образов воображения, памяти, а также психологических систем, их структур, связей, функций и отношений внутри этих систем. Происходят качественные изменения системы взаимоотношений анализаторов, возникают специфические особенности в формировании образов, понятий, речи, в соотношении образного и понятийного в мыслительной деятельности, в ориентации и мобильности в пространстве и т.д.

Значительные изменения происходят в физическом развитии — нарушается точность движений, их интенсивность, становится специфической походка и другие двигательные акты. Следовательно, у ребенка формируется своя, очень своеобразная психологическая система, качественно и структурно не схожая ни с одной

системой нормально развивающегося ребенка, так как она включает в себя процессы, находящиеся на различных уровнях развития из-за влияния на них первичного дефекта, а также и его коррекции на основе создания новых компенсаторных путей развития. Это показывает, что и межфункциональные связи у детей с нарушением зрения осуществляются тоже иначе, своеобразно. Поэтому формирование и развитие психологической системы детей, имеющих нарушения зрения, непосредственно связано с коррекционной работой, проводящейся с ними, и с формированием у них компенсаторных процессов, начиная с раннего детства. Коррекция первичного частичного дефекта медико-педагогическими и психологическими средствами повышает компенсаторные возможности, включает в структуры каждой стадии развития связи первично нарушенного анализатора с сохранными, образуя подвижную систему, сложный ансамбль психических образований, не идентичный психологической системе ни абсолютно слепого, ни зрячего.

Таким образом, компенсация зрительной недостаточности по своей сути не является простым замещением одних функций другими, а представляет собой создание на каждом этапе развития ребенка новых сложных систем связей и взаимоотношений сенсорных, моторных, логических структур, позволяющих воспринимать и исследовать информацию от внешнего мира для адекватного его отражения и поведения в соответствии с условиями жизни и деятельности, социальными и моральными требованиями.

В зарубежной и особенно американской литературе существует большое количество тестов для определения уровня социального и интеллектуального развития слепых детей и детей, имеющих глубокие нарушения зрения. На основе анализа целого ряда тестов в 1957 г. была создана шкала социального развития слепого ребенка от рождения до 6 лет. К такого рода тестам и шкалам следует относиться как к примерной «рамке» развития слепого ребенка, поскольку изменение социальных условий, а также отношения к слепоте и слабовидению в семье и в обществе позволяют в одних случаях показать превышение уровня развития по сравнению с «рамками», а в других, особенно когда слепота и слабовидение связаны с дополнительными нарушениями, — снижение.

Период пребывания ребенка с нарушением зрения в специальном учреждении от ясельного до младшего школьного возраста включительно связан для него с несколькими кризисными периодами как общепсихологического, так и специфического тифлопсихологического характера.

Наиболее острым специфическим периодом является период осознания своего отличия от нормально видящих детей, приходящийся на средний и старший дошкольный возраст. Второй критический период связан с переходом от дошкольной системы вос-

питания к регулярному систематическому школьному обучению. Третий критический период — переход к обучению в средних классах общеобразовательной и специальной школ. Это означает для детей смену обстановки, учителей, товарищей, коллектива, появление новых требований к поведению в нем, установление связей и своей позиции в классе, переход к преподаванию предметов разными учителями-предметниками. Наличие зрительного дефекта во всех этих случаях усугубляет состояние тревожности у детей, неуверенности в своих силах и возможностях, может вызвать стрессовые состояния.

Роль тифлопсихолога, проводящего обследования детей в эти периоды, состоит в подготовке детей к переменам в их жизни и в создании вместе с воспитателями и учителями установки на преодоление трудностей и возможности их избежать или преодолеть.

5.2.2. Требования, предъявляемые при проведении обследования детей с нарушениями зрения

Существуют общие психологические требования, предъявляемые к организации и проведению обследования детей с нарушениями развития. К ним относятся: предварительное знакомство с историей развития, наблюдение за поведением и деятельностью ребенка в группе, на занятиях, в часы досуга. Особое значение придается установлению контакта с ребёнком, организации места проведения исследования, выбору методик, соответствующих его цели.

К особым, специфическим, требованиям следует отнести следующие:

- соответствующая освещенность (общая освещенность помещения должна составлять 1000 лк, на рабочем столе ребенка — 400–500 лк);
- ограничение непрерывной зрительной нагрузки (5–10 мин в младшем и среднем дошкольном возрасте и 15–20 мин в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте); режим зрительной работы устанавливается офтальмологом в соответствии с диагнозом и характером заболевания ребенка;
- смена вида деятельности на не связанную с напряженным зрительным наблюдением;
- особые требования к наглядности.

При анализе истории развития ребенка следует обратить особое внимание на его социальную зрелость, имеющую огромное значение в процессе реабилитации. Социальная зрелость такого ребенка в ранний период развития тесно связана с его биологическим созреванием, особенно с двигательным развитием и мануальной деятельностью рук. Поэтому при обследовании детей раннего возраста следует обращать особое внимание на уровень их

двигательного развития и уровень сформированное™ коммуникации. В развитии детей с нарушениями зрения коммуникация, общение и речь играют особую роль. Степень сформированности этих сторон психической деятельности ребенка свидетельствует об уровне его социального развития. Важное значение в процессе исследования также занимает изучение речи: оценка ее выразительности, эмоциональности, а также оценка мимики, жеста, позы в момент общения.

Детям с нарушением зрения свойственна меньшая познавательная активность. В связи с этим в тифлопедагогике существует практический принцип, отводящий значительно больше места педагогической помощи детям, а психолог должен выяснить, насколько ребенку свойственны интерес и внимание к окружающим предметам, лицам, к овладению простейшими нормами социального поведения.

Проблема социализации в дошкольном и младшем школьном возрасте у детей с недостатками зрения является определяющей в их абилитации. Именно отсутствие таких качеств, как самостоятельность в передвижении и самообслуживании, несформированность навыков общения с детьми и взрослыми, как знакомыми, так и незнакомыми, неумение пользоваться современной бытовой техникой, приводит к дезадаптации детей с нарушениями зрения, выявляет их неприспособленность к самостоятельной жизни в обществе, затрудняет интеграцию в массовые учебные заведения.

В последние годы в дошкольных и школьных учреждениях для детей с нарушениями зрения больше всего внимания уделялось развитию познавательных процессов, что привело к значительным успехам интеллектуального развития детей, но ослабило их социальную адаптацию. Зависимость от взрослых и товарищей, боязнь новых условий и перемен, отстранение от общества — вот то, что формируется при отсутствии должного внимания к социализации детей с нарушениями зрения с раннего возраста.

5.2.3. Особенности проведения психолого-педагогической диагностики детей с нарушениями зрения в разные возрастные периоды

Как мы уже отмечали, в процессе развития каждого ребенка с нарушениями зрения можно условно выделить три критических периода:

- осознание своего отличия от нормально видящих детей;
- переход от дошкольной системы воспитания к регулярному систематическому школьному обучению;
- переход к обучению в средних классах общеобразовательной и специальной школы.

В соответствии с указанными критическими периодами определяются и направления обследования детей с нарушениями зрения.

Период осознания своего отличия от нормально видящих детей

Проблема переживания своего дефекта в дошкольном возрасте связана с пониманием и осознанием ребенком себя, своей личности, своего *Я*, как особого, отличающегося от нормально видящих детей; пониманием того, что он не в состоянии осуществлять связи и контакты, выполнять ряд действий, основанных на зрительной перцепции. И это вызывает у детей чувство неудовлетворения собой. Поэтому первым направлением при обследовании является выяснение того, осознает ли ребенок себя как личность, имеющую свои собственные потребности и особенности.

Понимание своего дефекта или недостатка и осознание необходимости его коррекции способствует возникновению актов саморегуляции. В то же время недостаточная сформированность произвольных психических процессов и возникновение пассивной позиции по отношению к окружающему у ребенка с нарушениями зрения затрудняет и замедляет процесс становления саморегуляции. Для того чтобы определить степень и уровень возможности к саморегуляции, необходимо выяснить:

- знание ребенком своих органов чувств. Это знание формируется на основе собственных проб, проверок своих физических качеств, двигательных способностей и понимания того, что ребенку нравится или не нравится, что он может или не может сделать;
 - понимание пользы ношения очков; лечения, даже с помощью окклюзии; специальных занятий по развитию зрения; приборов, помогающих видеть и осуществлять необходимую деятельность;
 - понимание необходимости организации своего личного места для игр, занятий, отдыха;
 - желание общаться с избранными детьми и взрослыми, создавать свое личное окружение, личностное пространство;
 - понимание возможности попросить о помощи именно в то время, когда она требуется;
- появление интереса к своему внешнему виду и внешнему виду окружающих, умение оценивать его; отношение к необходимости носить очки, виду своих глаз;
- различение одежды, требующейся в разных условиях: для игры на площадке, для поездки в гости, для занятий физкультурой, для помощи по дому и т.д.;
 - осуществление самоконтроля за поведением, понимание несоответствия своего поведения в некоторых ситуациях и стремле-

ние выработать с помощью взрослого правильные и приемлемые для общества формы поведения.

Второе направление связано со специфическими проблемами социальной адаптации дошкольника с нарушениями зрения. Оно предполагает наличие и развитие навыков и качеств ребенка, помогающих ему жить в обществе, разрешая возникающие конфликты и трудности как с помощью взрослых, так и самостоятельно. Для этого психологу необходимо знать:

- как у ребенка развивается процесс расширения знаний и представлений об обществе, о других людях, об окружении; как он использует полисенсорный характер восприятия при знакомстве с людьми и окружением, не вызывает ли у него страх встреча с новыми предметами;

- как он получает информацию от других людей и использует ее; нет ли у него боязни общения с людьми; не замыкается ли он в узком кругу родных и близких;

- задает ли он вопросы, чтобы получить новую информацию, или пассивен в приобретении новых знаний;

- создает ли он свою индивидуальную систему средств получения информации, ограниченную нарушением зрения; имеет ли навыки использования окружающей обстановки, людей;

- предлагает ли он свою помощь другим детям и взрослым;

- понимает ли он, что для участия в общем деле с коллективом детей и взрослых необходимо соответствующее поведение, уважение к участникам и подчинение общественным правилам (например, ждать своей очереди, делиться материалами, игрушками и т. п.);

- использует ли зрительный контакт с людьми вне зависимости от остроты зрения и периода лечения;

- есть ли интерес к людям, находящимся за пределами семьи, интересуется ли соседями, имеет ли с ними контакт;

- узнает ли друзей не только по имени, но и по голосу, походке, одежде, росту и индивидуальным качествам, присущим только им.

Третье направление связано с необходимостью формирования знаний, навыков и психологической готовностью выйти за пределы узкого коллектива и расширить контакты с людьми и обществом, преодолевая страх перед новыми людьми, незнакомым пространством. Психолог выявляет у детей представления об обществе, социальных службах, умение пользоваться достижениями современной техники и т.д. При наблюдении и обследовании детей надлежит уделять внимание следующему:

- расширяются ли у ребенка представления об обществе; какие общественные институты он знает; знаком ли с их функциями (почта, магазин, поликлиника, пекарня, метрополитен, банк и т.д.); может ли назвать и описать некоторые профессии (медсестра, пожарный, милиционер и т.д.);

- может ли ребенок описать словесно маму, папу, соседа по дому: какой у него внешний вид, кто он по профессии, чем занимается, как зовут (полное имя, отчество и желательно фамилия);
- что знает о деньгах и их использовании;
- имеет ли представление о времени и о единицах его измерения (час, минута, утро, вечер, ночь, день, неделя, месяц, год);
- умеет ли пользоваться телефоном, может ли включать-выключать радио, телевизор, магнитофон и другие технические средства получения информации;
- знает ли транспортные средства (метро, такси, троллейбус, автобус и т.д.); как ими пользоваться; как платить за проезд.

Четвертое направление: определение сформированное™ потребности к трудовой деятельности, особенно к тем видам труда, формирование навыков к которым может быть затруднено из-за нарушений координации движений при глубоком нарушении зрения.

Период подготовки и перехода ребенка к школьному обучению

В этот период психолог должен определить:

- готовность ребенка к учебной деятельности;
- возможности ребенка в использовании в новых условиях знаний и навыков, приобретенных в предыдущий период;
- сформированность мотивации к учебной деятельности.

Особое внимание следует уделить тому, что процесс учебной деятельности у детей с нарушениями зрения в начальный период протекает в замедленном темпе, так как необходимо создать поле деятельности на основе осязания или нарушенного зрения, осязания и проприоцептивной чувствительности. Такое поле деятельности включает в себя пространственные представления, автоматизацию движения осязающей руки, контроль за течением и результативностью деятельности.

Становление учебной деятельности представляет собой длительный процесс, во время которого происходит адаптация детей к требованиям школьного обучения. Эти требования включают в себя развитие произвольности, теоретического, абстрактного мышления, что, безусловно, позволяет детям успешно решать школьные задачи. На этом же этапе важно определить:

- степень изолированности ребенка, чувство дискомфорта в новой для него ситуации;
- степень неуверенности или компетентности ребенка;
- зависимость самосознания ребенка от оценки его дефекта.

Подготовка ребенка к школе описывается во многих работах. Среди них можно выделить сборник «Подготовка ребенка к школе» (1991). Приведенные в нем тесты могут быть использованы при обследовании детей с нарушениями зрения после их адаптации по следующим параметрам:

- увеличение времени для выполнения заданий;
- увеличение размеров, контрастности изображаемых фигур;
- разгруженность фона;
- нанесение рельефности контуров или барельефного изображения.

Период перехода к обучению в средних классах общеобразовательной и специальной школ

В этот период у детей возникает рефлексия, вырабатываются собственные взгляды и мнение, возникают чувства критичности и самокритичности. Основные изменения, играющие важную роль во внутренней позиции ребенка, происходят во взаимоотношениях с другими людьми.

Общение определяет положение ребенка в коллективе и его личностное развитие. Процессы общения при нарушениях зрения являются серьезной проблемой и сложно решаются. Особенно тяжело формируются у детей неречевые средства общения. Причины этого — нечеткость образа восприятия человека и трудности подражания экспрессивно-мимическим выражениям нормально видящих. Для многих детей с нарушениями зрения характерна скованность движений, стереотипия поз, заученность и однообразность в выражении эмоциональных состояний. Многие дети проявляют вербальное, а не практическое понимание правильных жестов, действий в общении с детьми и взрослыми. Имеются также недостатки в речевых средствах межличностного общения (в культуре устной речи, в общении «лицом к лицу», в плавности речи, в связи между речевыми и неречевыми средствами общения).

В этот период психологу важно определить:

- уровень сформированности учебной деятельности, степень усвоения программного материала;
- уровень теоретического, абстрактного мышления, рефлексии; произвольность, способность к саморегуляции, сформированность познавательной мотивации;
- типы взаимоотношений и уровень коммуникативности;
- степень самоопределения и самостоятельности;
- характер и содержание самооценки;
- пробелы в знаниях с целью их коррекции.

5.2.4. Принципы адаптации диагностических методик при обследовании детей разных возрастных групп с нарушениями зрения

Проведение психологической диагностики детей с нарушениями зрения требует специальных методик, которых, к сожалению, мало. Адаптация стимульного материала при исследовании

детей с нарушениями зрения вызывается необходимостью его четкого и точного восприятия детьми и требует от тифлопсихолога знания диагноза заболевания и состояния основных зрительных функций исследуемого ребенка: остроты зрения, цветового зрения, характера зрения и др.

В связи с этим стимульный материал для обследования должен учитывать индивидуальные особенности и трудности восприятия материала каждым ребенком. Предлагаемые для обследования задания могут состоять из реальных объектов, геометрических плоскостных и объемных форм, рельефных и плоскостных изображений в контурном или силуэтном виде, выполненных в различной цветовой гамме.

Общие требования к характеру стимульного материала

Основными требованиями к характеру стимульного материала являются следующие.

Контрастность предъявляемых объектов и изображений по отношению к фону должна быть 60—100 %. Отрицательный контраст предпочтительнее, так как дети лучше различают черные объекты на белом фоне, чем белые объекты на черном.

Стимульный материал должен отвечать ряду условий:

- пропорциональность соотношений предметов по величине в соответствии с соотношениями реальных объектов;
- соотношение с реальным цветом объектов;
- высокий цветовой контраст (80—95 %);
- четкое выделение ближнего, среднего, дальнего планов и др.

Величина предъявляемых объектов определяется в зависимости от возраста и зрительных возможностей ребенка, которые уточняются совместно с врачом-офтальмологом.

Расстояние от глаз ребенка до стимульного материала не должно превышать 30—33 см, а для слепых детей — в зависимости от остроты остаточного зрения. Размер перцептивного поля предъявляемых рисунков должен составлять от 0,5 до 50°. Угловые размеры изображений — в пределах 3—35°. Фон должен быть разгружен от деталей, не входящих в замысел задания (особенно это касается заданий для детей дошкольного и младшего школьного возраста).

В цветовой гамме желательно использовать желто-красно-оранжевые и зеленые тона. Насыщенность цвета — 0,8—1,0.

Требования к стимульному материалу и организации диагностической процедуры при обследовании детей с амблиопией и косоглазием

Детям от 2 до 4 лет с амблиопией и косоглазием при остроте зрения до 0,3 рекомендуется предъявлять изображения в оранжевых, красных и зеленых тонах без оттенков, с высокой цветовой насы-

шенностью и контрастностью по отношению к предъявляемому фону. Размер предъявляемых объектов должен быть более 2 см. Предъявлять можно предметы любых форм — как плоскостные, так и объемные. При этом объемные предметы желательно предъявлять не только для зрительного, но и для осязательного обследования, которое лучше проводить ближе к полудню.

Детям этого же возраста, но с остротой зрения от 0,4 и выше предъявляются разнообразные по цвету тест-объекты с размерами также около 2 см (или меньше). Обследование ребенка можно проводить в любое время дня. Следует помнить, что при сходящемся косоглазии с дальнозоркой рефракцией ребенку нужны очки для близи.

При расходящемся косоглазии и высокой степени миопии также нужны очки для близи, а при миопии средней и слабой степени очки не требуются.

Детям от 5 до 10 лет с амблиопией и косоглазием с визусом до 0,3 с нецентральной, но устойчивой фиксацией рекомендуется предъявлять тест-объекты с размерами более 2 см преимущественно оранжевого, красного и зеленого цветов. Формы объектов обследуются и зрительно, и осязательно. Время проведения эксперимента — утро или вечер.

Детям в том же возрасте с той же остротой зрения, но с центральной и неустойчивой фиксацией, а также с нецентральной и неустойчивой фиксацией предъявляются тест-объекты тех же цветов, размеров и форм. Однако время проведения обследования желательно назначать ближе к полудню.

При обследовании должна учитываться отличительная особенность этой категории детей — трудность локализации взгляда на определенном объекте.

Детям в возрасте от 5 до 10 лет с остротой зрения от 0,4 и выше с центральной устойчивой фиксацией и с монокулярным, монокулярно-артенирующим и одновременным характером зрения, со сходящимся косоглазием можно предъявлять разнообразные объекты различных цветов и размеров. Обследование проводится в любое время дня. Особенность этой категории детей — трудности конвергенции, релаксации (расслабления). У них возникают трудности и с восприятием объемных предметов, а также изображений переднего и заднего плана. Для работы со стимульным материалом в процессе обследования детям необходимы очки для близи и упражнения на расслабление конвергенции (направление взгляда вверх и вдаль).

Детям в возрасте от 5 до 10 лет с той же остротой зрения с центральной устойчивой фиксацией и с монокулярным, монокулярно-артенирующим и одновременным характером зрения, но с расходящимся косоглазием можно предъявлять объекты различных цветов и размеров. Обследование проводится в любое время

дня. Рекомендуются очки для близи и упражнения на усиление аккомодации (направление взора вниз и вблизи).

Детям в возрасте от 5 до 10 лет с визусом от 0,4 до 1 при одновременном бинокулярном неустойчивом характере зрения и отсутствии косоглазия предъявление стимульного материала сопровождается лишь возрастными противопоказаниями.

Основной принцип адаптации методик по процедуре исследования — увеличение времени экспозиции стимульного материала.

Поскольку у детей с нарушением зрения при выполнении различных заданий возможен суксесивный способ зрительного восприятия тест-материала, требуется увеличение времени его экспозиции минимум вдвое. В зависимости от особенностей зрительной патологии время выполнения задания может быть увеличено в несколько раз (от двух до десяти).

Выполнение заданий на основе осязания требует увеличения времени экспозиции в два-три раза по сравнению с выполнением заданий на основе зрения.

Качественные параметры оценки выполнения диагностических заданий детьми с нарушениями зрения

При использовании методик, основанных на двигательных навыках, следует учитывать не быстроту и точность движений, а результативность выполнения задания. Время выполнения задания увеличивается; исключаются все тесты на исследование самих движений и двигательных навыков.

При использовании методик, основанных на речевом материале, следует предварительно выяснить, сформированы ли у ребенка реальные представления, предъявленные данным словесным материалом. Формализм речи, свойственный детям с нарушениями зрения, может проявиться в отсутствии полноценного реального представления о предмете или явлении, заявленного в слове.

При выполнении методик, связанных с элементами рисования, следует предварительно выяснить, сформировано ли у ребенка представление о предмете, насколько ребенок знает характеристики предмета, который нужно изобразить. В случае необходимости следует показать предмет и рассказать о нем. Особенно это касается слепых детей при рисовании на приборе Семевского или Клушиной.

При использовании методик, основанных на зрительном анализе и синтезе пространственных соотношений объектов, предварительно выясняют, сформировано ли у ребенка знание предлагаемых форм и объектов.

Методики с применением свободных творческих игр следует употреблять, предварительно выяснив, знает ли ребенок игруш-

ки, с которыми будет играть. Особенно это касается стилизованных игрушек, животных в одежде, сказочных персонажей. Детей сначала знакомят с действиями, которые можно производить с игрушками, а также с помещением, в котором они будут играть.

При использовании методик, основанных на подражании, учитывая отсутствие этого процесса у слепых детей и трудности его формирования у детей с глубокими нарушениями зрения, следует производить показ на самом ребенке, используя его двигательную-мышечную память и совместные действия с взрослыми.

5.2.5. Стандартизированные диагностические методики, адаптированные для работы с детьми, имеющими нарушения зрения

Методика «Коробка форм»

Направлена на определение сформированноеTM представлений о форме. Так как при выполнении заданий по этой методике возникают трудности, связанные с восприятием глубины и объемности, следует предварительно проанализировать вместе с ребенком фигуры-вкладыши, вычленив необходимую плоскость объемной фигуры так, чтобы ребенок мог идентифицировать ее с прорезью. Возможны трудности практического вкладывания фигур из-за недоразвития микрокоординации движений. Психолог должен выявить эти отличия, ставя уточняющие вопросы.

Методики «Пирамидка» и «Мисочки»

Направлены на определение сформированноеTM предметных действий и представлений о величине.

При выполнении предметных действий у детей с нарушениями зрения может страдать точность и координированность движений, что обуславливает замедленное выполнение теста. Для более адекватной оценки следует предварительно выяснить сформированность у детей понятия о величине и умение располагать предметы в сериационном ряду.

Методика «Разрезные картинки»

Направлена на выявление уровня зрительного синтеза и пространственного восприятия.

При выполнении теста следует сначала проанализировать целостную картинку и установить, сформирован ли у ребенка этот образ. Убедившись, можно приступать к воссозданию соответствующего образа и на разрезной картинке.

Методика «Конструирование по образцу»

В этой методике должны быть четко выделены различия в трех характеристиках строительных деталей: цвете, отличающейся друг от друга поверхности, а также в форме предъявления — на контрастном фоне так, чтобы ребенок мог выделить места сочленения деталей.

Методика «Свободный рисунок»

Выявляется уровень сформированное™ представлений об окружающем, уровень владения техникой рисования и развитие мелкой моторики.

Ребенку предоставляется бумага (не глянцевая), простые и цветные карандаши, фломастеры. Карандаши подбираются более контрастными по отношению к бумаге (красный, синий, зеленый, черный, коричневый). Слепые используют прибор Н. В. Клушиной.

Методика «Рисунок человека»

Результаты, полученные по этой методике, должны быть соотнесены с другими тестами, направленными на выявление сформированное™ представления об образе человека.

Методика «Дорисовывание фигур»

Эта методика может показать не только уровень развития воображения и способность создавать оригинальные образы, но и пробелы в формировании реальных образов, связанных с нарушениями зрения.

При обследовании могут быть использованы стандартизированные диагностические методики для определения уровня умственного развития и учебной деятельности детей с нарушениями зрения. Однако это возможно лишь при наличии условий, позволяющих детям решать эти задания, а именно, при адаптации материала в соответствии с общими требованиями к зрительным и тактильным возможностям детей с нарушениями зрения.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите основные задачи и особенности психолого-педагогического изучения детей разного возраста с нарушениями зрения.
2. Какие требования предъявляются к организации и проведению обследования детей с нарушениями зрения?
3. Сформулируйте требования к характеру стимульного материала, используемого для обследования детей с нарушениями зрения.
4. Какие качественные параметры используются при оценке и анализе результатов психодиагностического изучения детей с нарушениями зрения?

Литература

Основная

Григорьева Л. П., Вернадская М. Э., Блинникова И. В., Солнцева О. Г. Развитие восприятия у ребенка. — М., 2001.

Лонина В. А. Цели, задачи и содержание работы тифлопсихолога // Дефектология. — 1995. — № 1.

Плаксына Л. И. Развитие зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения. — М. 1985.

Особенности психологической помощи детям с нарушениями зрения в дошкольном учреждении / Под ред. Л. И. Солнцевой. — М., 2001.

Солнцева Л. И. Тифлопсихология детства. — М., 2000.

5.3. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата представлены следующими категориями:

- дети с церебральным параличом (ДЦП);
- с последствиями полиомиелита в восстановительной или редуальной стадии;
- с миопатией;
- с врожденными и приобретенными недоразвитиями и деформациями опорно-двигательного аппарата.

Понятие *«нарушение функций опорно-двигательного аппарата»* носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие органическое центральное или периферическое происхождение. Причинами этих расстройств могут быть генетические нарушения, а также органические повреждения головного мозга и травмы опорно-двигательного аппарата.

Клинико-психолого-педагогические особенности этой группы детей описаны в трудах М. В. Ипполитовой, Э.С.Калижнюк, Н.В.Симоновой, И.И.Мамайчук, И.Ю.Левченко и др. Большой вклад в изучение таких детей и разработку методов их реабилитации внесли также клиницисты К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова.

По степени тяжести нарушений двигательных функций и по сформированное™ двигательных навыков дети разделяются на три группы.

В первую группу входят дети с тяжелыми нарушениями. У некоторых из них не сформированы ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; другие с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений, навыки самообслуживания у них сформированы частично.

Во вторую группу входят дети, имеющие среднюю степень выраженности двигательных нарушений. Большая часть этих детей может самостоятельно передвигаться, хотя и на ограниченное расстояние. Они владеют навыками самообслуживания, которые недостаточно автоматизированы.

Третью группу составляют дети, имеющие легкие двигательные нарушения, — они передвигаются самостоятельно, владеют навыками самообслуживания, однако некоторые движения выполняют неправильно.

Помимо двигательных расстройств у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут отмечаться недостатки интел-

лектуального развития: 40 — 50% детей имеют задержку психического развития; около 10 % — умственную отсталость разной степени выраженности. В большинстве случаев эти недостатки имеют сложную природу. Они обусловлены как непосредственно поражением головного мозга, так и двигательной и социальной депривацией, возникающей в результате ограничения двигательной активности и социальных контактов. Задержка психического развития проявляется в отставании формирования мыслительных операций, неравномерности развития различных психических функций, выраженных астенических проявлениях.

Самую многочисленную группу среди детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с детским церебральным параличом.

При ДЦП, как правило, сочетаются двигательные расстройства, речевые нарушения и задержка формирования отдельных психических функций. Следует подчеркнуть, что не существует соответствия между выраженностью двигательных нарушений и степенью недостаточности других функций. Например, тяжелые двигательные нарушения могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП — с тяжелым недоразвитием отдельных психических функций.

Двигательные нарушения при ДЦП выражаются в поражении верхних и нижних конечностей (нарушение мышечного тонуса, патологические рефлексы, наличие насильственных движений, несформированность актов равновесия и координация, недостатки мелкой моторики). Тяжесть двигательных нарушений различна: некоторые дети не удерживают вертикального положения сидя и стоя, могут передвигаться только в коляске; у большинства детей дефектная походка, а многие используют ортопедические приспособления — костыли, трости и т.д.; и только немногие дети способны к передвижению на значительные расстояния без вспомогательных средств. Больные дети, у которых поражены правые конечности, вынуждены пользоваться левой рукой как ведущей, что затрудняет овладение навыками самообслуживания и графическими навыками. Тонкие движения пальцев неразвиты практически у всех детей.

Речевые нарушения, чаще всего различные формы дизартрии, выявляются у большинства больных ДЦП. Выраженность дизартрических нарушений может быть разной — от легких (стертых) форм до совершенно неразборчивой речи. В самых тяжелых случаях может наблюдаться анартрия (отсутствие речи вследствие тяжелого поражения артикуляционного аппарата). Нарушения звукопроизношения в большинстве случаев сочетаются с общим недоразвитием речи.

Наличие речевых нарушений часто снижает мотивацию к речевому общению, ведет к трудностям речевого контакта. У части

детей, преимущественно с гиперкинетической формой ДЦП, выраженные дизартрические расстройства сочетаются с нарушениями слуха. У 20 — 25 % детей имеются также нарушения зрения: сходящееся и расходящееся косоглазие, нистагм, ограничение полей зрения.

Формирование познавательных процессов при ДЦП характеризуется задержкой и неравномерным развитием отдельных психических функций. У многих детей отмечаются нарушения восприятия и формирования пространственных и временных представлений, схемы тела.

Практически у всех детей имеют место астенические проявления: пониженная работоспособность, истощаемость всех психических процессов, замедленное восприятие, трудности переключения внимания, малый объем памяти.

Следует отметить, что у большинства этих детей имеются значительные потенциальные возможности развития высших психических функций, однако физические недостатки (нарушения двигательных функций, слуха, зрения), нередко множественные, речедвигательные трудности, астенические проявления и ограниченный запас знаний вследствие социально-культурной депривации маскируют эти возможности.

Для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата характерны некоторые особенности в формировании личности: пониженный фон настроения, тенденция к ограничению социальных контактов, заниженная самооценка, уход в болезнь, ипохондрические черты характера. Это связано с двумя причинами: во-первых, с ранним осознанием физического дефекта и переживаниями своей неполноценности, а во-вторых — с неправильным воспитанием, часто встречающимся в семьях, где растут дети с двигательными нарушениями. Особенностью этого воспитания является гиперопека, ограничивающая активность и самостоятельность ребенка.

Психолого-педагогическое изучение детей с церебральным параличом представляет существенные трудности в связи с многообразием проявлений у них нарушений двигательного, психического и речевого развития. Двигательные нарушения в сочетании с нарушениями зрения и слуха, неразборчивая речь затрудняют организацию обследования ребенка и ограничивают возможности применения экспериментальных методик и тестовых заданий.

Психолого-педагогическая диагностика психофизических особенностей детей с ДЦП решает несколько задач. Наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика задержки психического развития и легкой умственной отсталости у дошкольников с церебральным параличом. Так же трудно дифференцировать умственно отсталых детей по степени тяжести интеллектуального недоразвития. Следует подчеркнуть, что у большинства

детей с ДЦП потенциально сохранены предпосылки к развитию высших форм мышления, но множественные нарушения (движений, слуха, речи и т.д.), выраженность астенических проявлений, низкий запас знаний вследствие социальной депривации маскируют их возможности, что ведет к гипердиагностике умственной отсталости.

Дифференциальная диагностика умственного развития при ДЦП очень сложна, так как необходимо учитывать все факторы, определяющие психическое развитие этих детей, в том числе сенсорную и социальную депривацию, трудности организации речевого общения, моторные затруднения. Унифицированная система дифференциальной диагностики детей с ДЦП в настоящее время не разработана, попытки ее создания у нас в стране не имели успеха — слишком велико число факторов, которые необходимо учитывать. Наиболее объективной остается диагностика, основанная на длительном наблюдении в сочетании с экспериментальными исследованиями отдельных психических функций и изучением темпа приобретения новых знаний и навыков. Такой подход к изучению психолого-педагогических особенностей ребенка с ДЦП и его потенциальных возможностей требует, во-первых, больших затрат времени, а во-вторых, высокой квалификации специалистов, осуществляющих диагностику, глубокого знания клиники заболевания и особенностей психического и речевого развития детей с церебральным параличом. К сожалению, специалисты, работающие в медико-психолого-педагогических комиссиях и консультациях, производящих комплектование специальных образовательных учреждений, часто недостаточно хорошо знают специфику нарушений развития при ДЦП и не имеют времени на длительное динамическое наблюдение. Результатом является необоснованное признание необучаемыми части детей, страдающих церебральным параличом, особенно с тяжелыми нарушениями манипулятивных функций, с неразборчивой речью, сопутствующими нарушениями слуха.

Часто задачу дифференциальной диагностики умственного развития детей с церебральным параличом удается решить только с началом школьного обучения. Именно с этой целью в школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата открывается подготовительный класс. Это особенно важно, так как дети, имеющие тяжелые двигательные нарушения, как правило, не проходят специального дошкольного обучения. Требуется продолжительное время для того, чтобы изучить их возможности и определить программу обучения. В подготовительном классе создаются необходимые условия для подготовки учащихся к дальнейшему обучению, для разработки индивидуальных коррекционных программ в соответствии со структурой нарушений познавательной и речевой деятельности. Длительное педагогиче-

ское изучение позволяет объективно дифференцировать детей по возможностям обучения.

Еще одна важная задача диагностики при ДЦП — комплексное изучение особенностей детей с целью разработки индивидуальных программ коррекционной работы с ними. В организации такого исследования важная роль принадлежит знакомству педагога, психолога, логопеда с медицинской документацией. Знание клинической картины, динамики изменения состояния ребенка под влиянием лечения, формы ДЦП, сопутствующих синдромов помогает специалисту правильно определить стратегию обследования, подобрать наиболее подходящие методики и материалы для предъявления ребенку, учесть клинические характеристики при качественном анализе результатов психолого-педагогического обследования.

Кроме того, задачами психолого-педагогической диагностики детей с церебральным параличом являются этапные исследования, позволяющие оценить изменения в состоянии ребенка под воздействием лечебных, коррекционных и воспитательных мероприятий, выявить не только положительные динамические изменения, но и недостаточный темп формирования новых умений и навыков, отсутствие положительной динамики в развитии психических процессов. Это дает возможность своевременно внести изменения в программу коррекционной работы с ребенком.

Существуют некоторые специфические задачи изучения детей, страдающих церебральным параличом, в зависимости от возраста. В раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте особое внимание следует обращать на особенности формирования познавательной деятельности, для того чтобы учесть их при организации коррекционной работы на данных этапах развития. В подростковом и юношеском возрасте нарушения познавательной деятельности обычно не носят выраженного характера и выявляются лишь при направленном нейропсихологическом исследовании. Однако их наличие часто затрудняет процесс обучения и овладения трудовыми навыками, поэтому они должны учитываться в определении трудового прогноза и трудовых рекомендациях. В подростковом возрасте задача исследования познавательной деятельности остается, но первостепенное значение приобретает изучение личностных особенностей больных ДЦП и их профессиональных намерений, так как именно эти факторы определяют социально-трудовую адаптацию.

Оценка психического развития ребенка раннего возраста с церебральным параличом до настоящего времени остается сложной проблемой. Основным методом изучения является педагогическое наблюдение, в ходе которого ребенку могут быть даны различные задания. Желательно проводить обследование в присутствии матери, так как многие дети с этим заболеванием бо-

ятся незнакомых людей и новой обстановки. Рекомендации к обследованию детей первых лет жизни представлены в работах Е.А.Стребелевой, Е. М.Мастюковой, О.В.Баженовой. Большинство заданий, представленных в соответствующих пособиях по психодиагностике раннего возраста, могут быть использованы для обследования детей с ДЦП, но при анализе результатов выполнения заданий необходимо учитывать наличие нарушений мышечного тонуса, гиперкинезов, а также двигательные ограничения. Анализируя проявления психической жизни ребенка, необходимо в первую очередь выделить те факторы, которые могут оказывать тормозящее влияние на развитие познавательной деятельности (тяжесть двигательного поражения, патология артикуляционного аппарата, нарушения зрения и слуха), и определить, что в структуре интеллектуального дефекта обусловлено поражением мозга, а что связано с нарушением моторики и анализаторов.

При проведении психолого-педагогического изучения детей первых 3 — 4 лет жизни, страдающих церебральным параличом, необходимо учитывать:

- соответствие уровня выполняемых ребенком заданий его возрасту, двигательным возможностям и степени сохранности анализаторов;
- возможности обучения ребенка, показателями которых служат темп приобретения навыков и количество упражнений, необходимое в процессе обучения;
- характер помощи взрослого и возможность ее использования;
- способность к самостоятельному выполнению заданий;
- отношение больного ребенка к заданию, его активность;
- возможность частично приспособиться к двигательному дефекту;
- использование неречевых средств коммуникации (движений глаз, мимики, жестов);
- устойчивость внимания.

Следует подчеркнуть, что обследование ребенка для определения уровня развития его познавательной деятельности необходимо проводить в удобном для него положении, максимально устраняющем влияние патологических рефлексов на мышцы конечностей, туловища, глаз.

Исследование предметной деятельности ребенка раннего возраста с церебральным параличом должно включать следующие направления:

участие ребенка в совместной деятельности (оцениваются интерес ребенка к деятельности и активность включения в игру в соответствии с двигательными возможностями, понимание функционального назначения предметов и игрушек, попытки исполь-

зовать их по назначению, умение обратиться за помощью к взрослому и использовать ее);

- подражательная деятельность (может быть исследована у детей, способных к захвату и манипулированию с предметами), в процессе которой выявляются способность ребенка подражать способам действий с предметами, осмысленность подражательных действий;

- самостоятельная деятельность (оценивается понимание назначения предметов-игрушек, адекватность производимых с ними действий, настойчивость в достижении результатов, способность обращаться за помощью и использовать ее).

Сопоставляя результаты психолого-педагогического исследования детей первых лет жизни, страдающих церебральным параличом с клиническими особенностями заболевания, к 3 — 4 годам можно выделить прогностически благоприятные и неблагоприятные признаки развития познавательной деятельности. К прогностически благоприятным признакам относятся:

- достаточно отчетливая динамика в развитии двигательных, речевых, сенсорных функций; способность ребенка накапливать опыт путем самостоятельных действий и действий, совместных со взрослыми; использовать его в доступных по двигательным возможностям практических и игровых действиях;

- активность и избирательность внимания, целенаправленность и произвольность деятельности; наличие познавательного интереса; стремление к самостоятельным действиям;

- настойчивость в овладении доступными двигательными и речевыми навыками.

Как прогностически неблагоприятные могут рассматриваться следующие признаки психического развития:

- количественное накопление сведений об окружающем и неспособность использовать эти сведения при самостоятельных действиях;

- наличие общей психической вялости или повышенной возбудимости; некритичность;

- отсутствие качественного улучшения возможности познания (не только к 3 — 4 годам, но и по достижении школьного возраста), несмотря на способность детей с улучшением двигательных возможностей адаптироваться к окружающей обстановке и овладеть бытовыми навыками.

При обследовании детей старше 3 — 4 лет наряду с наблюдением используются другие экспериментально-психологические методики, направленные на выявление нарушений в формировании восприятия, пространственных и временных представлений, наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического мышления. Эти методики описаны в работах по психодиагностике нарушенного развития (С.Д.Забрамная, Е.А.Стребелева и

др.). Для подбора методических приемов и правильной интерпретации результатов специалист должен хорошо знать и учитывать клинические особенности детей и структуру речевых и интеллектуальных нарушений при разных формах церебрального паралича.

В схему обследования детей дошкольного и младшего школьного возраста, страдающих церебральным параличом, необходимо включать задания на изучение всех видов восприятия, конструирования, пространственных и временных представлений, графических навыков. При планировании обследования школьников с церебральным параличом особую важность приобретает обследование навыков чтения, письма, счета и учет выявленных нарушений при выработке программы коррекционной работы.

В настоящее время за рубежом, где широко применяются тесты для обследования детей с ДЦП и другими тяжелыми нарушениями моторики, все более широко используют адаптированные варианты стандартизированных шкал, в которых экспериментатор сам действует с тестовым материалом, а испытуемый дает ответ устно, указательным жестом или кивком. Этот подход плодотворен и в тех случаях, когда необходимо обследовать ребенка с двигательными нарушениями и сниженным слухом. Проводя обследование больного, который может сам действовать с тестовым материалом, но имеет выраженные нарушения речи и слуха, желательно инструкции и ответы для выбора предъявить ему напечатанными на карточках, а в исследование включить задания, не требующие речевой активности.

Составление заключения и психолого-педагогической характеристики по результатам обследования ребенка или подростка с церебральным параличом имеет некоторые особенности. В этих документах необходимо отразить не только уровень интеллектуального и речевого развития, но и такие важные для организации коррекционной работы показатели, как способ передвижения, уровень развития манипулятивной функции и навыков самообслуживания, наличие сопутствующих нарушений. В систематизации этих данных целесообразно придерживаться такой схемы.

1. Нарушения двигательной сферы:

- удерживает вертикальное положение (сидя, стоя);
- передвигается (в коляске, с костылями, с опорой на трость, самостоятельно в пределах помещения, самостоятельно на значительные расстояния);
- ведущая рука (правая, левая);
- развитие манипулятивной функции (резко ограничена; частично ограничена; не ограничена);
- участие пораженной руки в игре и процессах самообслуживания (функция отсутствует; выполняет поддерживающую роль; принимает участие в выполнении простых двигательных актов; принимает участие в выполнении сложных двигательных актов).

2. Уровень развития навыков самообслуживания:

- навыки личной гигиены: умывание, чистка зубов, расчесывание волос (не владеет; частично владеет; полностью владеет);
- самообслуживание в одевании и раздевании:

а) раздевание (не владеет; частично владеет; полностью владеет);

б) одевание (не одевается; одевается с помощью; одевается сам, кроме застегивания пуговиц и шнуровки обуви; одевается полностью);

- самообслуживание при приеме пищи (сам не ест; сам ест твердую пищу — хлеб, пряник; сам пьет из кружки; сам ест ложкой; полностью пользуется столовыми приборами).

3. Нарушения зрения (близорукость, аномалии рефракции, косоглазие, нистагм, ограничение взора вверх, ограничение полей зрения).

4. Нарушения слуха (степени снижения слуха).

Данные о нарушениях зрения и слуха специалист может получить из медицинской документации.

5. Степень разборчивости речи:

- из-за грубых нарушений звукопроизношения непонятна окружающим;
- понятна только близким людям;
- разборчивость речи несколько снижена;
- дефекты звукопроизношения не мешают пониманию речи ребенка.

Особенности логопедического обследования ребенка с дизартрией, которая отмечается у большинства детей с ДЦП, представлены в параграфе 3.5.

Более подробно с особенностями психологического и логопедического изучения детей с двигательными нарушениями можно ознакомиться в учебном пособии И. Ю. Левченко и О. Г. Приходько (2001) и монографии Э. С. Калижнюк (1987).

В приложении 4 даны образцы характеристики и заключения на ребенка с ДЦП.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите основные задачи и особенности психолого-педагогического изучения детей с двигательными нарушениями на разных возрастных этапах.

2. Какие методы используются для обследования детей с двигательными нарушениями?

3. Подберите методики для обследования мелкой моторики, пространственных представлений, графических навыков у детей с ДЦП.

4. Укажите особенности логопедического обследования детей с ДЦП.

5. Какие качественные показатели развития ребенка с двигательными нарушениями необходимо отразить в характеристике и психологическом заключении?

Литература

Основная

Данилова Л. Л. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. — М. 1977.

Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. — Киев, 1987.

Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. — М., 2001.

Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб., 2001. - С. 104-161.

Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. — М., 1985.

Дополнительная

Бадалян Л. О., Журба Л. Т. Тимонина О. В. Детские церебральные параличи. — Киев, 1988.

5.4. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы (с ранним детским аутизмом)

Дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы представляют собой полиморфную группу, характеризующуюся различными клиническими симптомами и психолого-педагогическими особенностями. Наиболее тяжелые эмоциональные нарушения встречаются при синдроме раннего детского аутизма (РДА); в некоторых случаях эмоциональные нарушения сочетаются с умственной отсталостью или задержкой психического развития. Эмоционально-волевые нарушения характерны также для детей и подростков, больных шизофренией.

Представленные ниже рекомендации по обследованию аутичных детей и подростков могут использоваться и при изучении детей с эмоциональными нарушениями другой этиологии.

5.4.1. Общая характеристика нарушений у аутичных детей

Особенности эмоционально-волевой и коммуникативно-потребностной сфер

Аутичным детям, страдающим первазивным расстройством психики, свойственна повышенная гиперстезия (повышенная чувствительность) к различным сенсорным раздражителям: температурным, тактильным, звуковым и световым. Обычные краски

действительности для аутичного ребенка чрезмерны, неприятны. Подобное воздействие, поступающее из окружающей среды, воспринимается аутичным ребенком как травмирующий фактор. Это формирует повышенную ранимость психики детей. Сама окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, оказывается для аутичного ребенка источником постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта.

Человек воспринимается аутичным ребенком как элемент окружающей среды, который, как и она сама, является для него сверхсильным раздражителем. Это объясняет ослабление реакции аутичных детей на человека вообще и в частности на близких. С другой стороны, отвержение контактов с близкими лишает аутичного ребенка истинно человеческой психологической поддержки. Поэтому родители ребенка, и в первую очередь мать, выступают часто в качестве эмоциональных доноров.

Ярким проявлением «социального одиночества» аутичного ребенка и дефицитарности его потребностей в социальных связях является отсутствие стремления к установлению глазного контакта и наличие немотивированных, необоснованных страхов, возникающих при его контактах с социумом. Взгляд аутичного ребенка, как правило, обращен в пустоту, он не фиксируется на собеседнике. Чаще этот взгляд отражает внутренние переживания аутичного ребенка, а не интерес к внешнему миру. Характерна парадоксальность реакции аутичного ребенка на человеческое лицо: ребенок может не смотреть на собеседника, но его периферическое зрение обязательно отметит все, даже малейшие движения, сделанные другим человеком. В младенческий период лицо матери вместо «комплекса оживления» может вызвать у ребенка испуг. По мере взросления отношение аутичного ребенка к этому эмоциональному фактору практически не изменяется. Лицо человека остается сверхсильным раздражителем и вызывает гиперкомпенсаторную реакцию: избегание взгляда и прямого глазного контакта и, как следствие, отказ от социального взаимодействия.

Известно, что недостаточность первой сигнальной системы, проявляющаяся у аутичного ребенка в виде гиперстезии, и ее выраженная избирательность определяют наличие нарушений во второй сигнальной системе. Отсутствие потребности в контакте свидетельствует о том, что коммуникативно-потребностная сфера аутичного ребенка дефицитарна и зависит от степени совершенства как сенсорных, так и аффективных процессов.

Недостаточность коммуникативно-потребностной сферы аутичного ребенка проявляется и в особенностях его речи: как в мутизме, речевых штампах, эхохалиях, так и в несформированности мимики и жестов — факторах, сопровождающих речевое высказывание. Одновременно недостаточность структурных компонен-

тов коммуникативной сферы при аутизме сопровождается несформированностью у детей мотивации к общению.

Энергетический потенциал мозга обеспечивает необходимый для жизнедеятельности человеческого организма психоэмоциональный тонус. В условиях недостаточности энергетического тонизирования у аутичных детей возникает ограничение позитивных эмоциональных контактов и развиваются особые патологические формы взаимодействия с окружающим миром. В качестве такой патологической формы взаимодействия с окружающим выступают *компенсаторные аутостимуляции*. Они позволяют ребенку нейтрализовывать дискомфортные состояния и искусственно повышать свой психоэмоциональный тонус. Компенсаторные аутостимуляции проявляются стереотипно и носят название *стереотипии* — устойчивых повторений однообразных действий.

Возникновение стереотипии обусловлено потребностью аутичного ребенка придерживаться только уже знакомых устойчивых форм жизнедеятельности, не вызывающих у него опасений и страхов. Аутичный ребенок ограждает себя от дискомфортных раздражителей с помощью различных вариантов стереотипии. Подобные формы компенсации позволяют ребенку более или менее безболезненно существовать в окружающем мире.

Стереотипии могут возникать практически во всех видах деятельности аутичного ребенка. В связи с этим их проявления вариативны. Так, например, в двигательной сфере моторные стереотипии возникают в виде однообразных движений и манипуляций с объектами, которые формируют у ребенка приятные ощущения (верчение каких-либо предметов; игра только с какой-то одной игрушкой; бег или ходьба по кругу). Речевые стереотипии возникают в виде повторов отдельных слов, фраз, фраз-цитат, заимствованных из книг, навязчивых мыслей. На интеллектуальном уровне стереотипии проявляются в виде манипулирования знаком (словом или цифрой), формулой, понятием.

Стереотипии проявляются также в организации пространства (пространственные стереотипии) и быта школьной или домашней обстановки, когда любая перестановка мебели вызывает у ребенка бурный протест. Аутичный ребенок стереотипен во взаимодействии не только с окружающим, но и в отношении к себе. Его поведение пронизано стереотипными привычками (поведенческие стереотипии) и ритуальностью соблюдения правил взаимодействия с окружающим (первый урок в школе должен всегда начинаться с обязательного ритуала — определения расписания занятий, которое ни при каких обстоятельствах не может быть изменено). Одежда, которую носит аутичный ребенок, как правило, максимально удобна и маловариативна, т.е. стереотипна (ребенок носит одни и те же колготки, джинсы, ботинки и т.д.). Избирательность в еде, часто присущая аутичным детям, также

является вариантом стереотипии (пищевая стереотипия: ребенок ест только один вид супа или только чипсы и др.). Известно, что некоторые аутичные дети страдают нарушениями обменных процессов. В связи с этим у них могут возникать пищевые аллергии. В особо тяжелых случаях аутичные дети могут отказываться вообще от приема пищи.

Особые характеристики стереотипия приобретает в области установления коммуникативных связей (социально-коммуникативная стереотипия) и в речевом общении. Так, например, адекватные отношения, умение общаться у аутичного ребенка могут сформироваться сначала только с одним педагогом, а затем уже, постепенно, в результате длительного привыкания, и с другими лицами.

Следует отметить, что стереотипии возникают с самого начала жизни аутичного ребенка. Они являются формой его взаимодействия с окружающим миром и пронизывают всю его деятельность. Стереотипии сопровождают аутичного ребенка в процессе взросления, но не исчезают из его деятельности совсем. Аутичные подростки и юноши продолжают воспринимать окружающее стереотипно, включая в социальные связи и социальную жизнь стереотипные формы взаимодействия (избирательно и стереотипно относятся к новым знакомствам, стереотипно строят свой быт и т.д.).

Асинхрония развития при аутизме особым образом проявляется в двигательной сфере, когда познавательные процессы опережают развитие двигательных, что нарушает гетерохронный принцип. В целом отмечается недостаточность развития общей и мелкой моторики. Наличие мышечного гипотонуса определяет особенности и возможности двигательного статуса детей. Это проявляется в неловкости и нарушениях координации произвольных движений, особых трудностях в овладении элементарными навыками самообслуживания, несформированности пальцевого хвата, мелких движений кисти и пальцев рук (не могут застегнуть одежду, обувь).

Отмечается вычурность позы (с расставленными руками и на цыпочках), «деревянность» походки при движении, недостаточность и бедность мимических движений. При этом у ребенка может быть хорошо развит импульсивный бег и способность «ускользать» от взрослых, т. е. избегать дискомфортных для себя раздражителей и социальных контактов.

Одновременно при столь многих двигательных несовершенствах аутичный ребенок может в значимой для него ситуации демонстрировать удивительную ловкость и гибкость движений, например неожиданно совершать «немыслимые» по сложности действия: вскарабкаться по книжной этажерке или шкафу на самую верхнюю полку и уместиться там, сжавшись в клубок. Весьма подходящими для подобных целей, с точки зрения аутичного ребенка, могут оказаться широкие подоконники, прикрытые оконными

жалюзи, верхние полки шкафов, пожарные лестницы в здании учреждения. Желание аутичного ребенка скрыться и спрятаться от посторонних взглядов одновременно не исключает отсутствия у него критичной оценки реальной опасности для его жизни. Поэтому необходимо постоянно контролировать место пребывания аутичного ребенка и предугадывать его возможные действия.

Значительные проблемы у аутичных детей возникают в сфере самообслуживания. Развитие навыков самообслуживания представляет для аутичных детей особую проблему. Даже самые успешные дети, одаренные особыми талантами, оказываются не приспособленными к жизненным ситуациям и к быту. Навыки самообслуживания даже у них формируются медленно и не развиваются качественно, так как усваиваются стереотипно. Дети испытывают особые сложности в приеме пищи, о чем было сказано ранее, могут быть неопрятны и стереотипны в одежде, в выборе вида транспорта или маршрута поездки. Так, например, аутичный подросток или юноша, усвоивший программу, близкую к массовой, может быть повергнут в паническое состояние только из-за изменения даты или места значимой для него встречи. Все это затрудняет социальное приспособление и адаптацию аутичных детей и подростков. Поэтому самообслуживание как дисциплина, включающая формирование навыков социальной адаптации, занимает особое место в коррекционном процессе аутичных детей.

Особенности сенсорной сферы и восприятия

Восприятие аутичных детей характеризуется повышенной чувствительностью к объектам перцепции. Высокие сенсорные пороги, парадоксальность реакций (страхи) на сенсорные раздражители, чувство «неприятного» сопровождают все виды восприятия аутичного ребенка. В условиях чрезмерной сенсорной чувствительности возникает гиперкомпенсаторный механизм, который, с одной стороны, обуславливает психическую защиту, а с другой — проявляется как психическая депривация и отказ от развития когнитивных процессов, в том числе и от восприятия.

Окружающая сенсорная среда является для аутичного ребенка источником постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Формирующийся негативный сенсорный опыт отражается в особенностях эмоциональной сферы ребенка. Кроме специфических нарушений восприятия, перечисленных выше, отмечается также недостаточность перцептивных образов, что объясняется избирательностью ребенка в выборе и приеме сенсорных раздражителей.

Аутичные дети воспринимают окружающие предметы не целостно, а на основании отдельных аффективных признаков. Например, дается задание угадать, кто это: «маленький, пушистый, злой,

с длинными зубами». Аутичные дети сразу называют волка или крокодила, здоровые не дают никакого ответа. Полученные данные позволяют предполагать, что стойкие страхи способствуют формированию аффективно-отрицательных представлений об окружающем мире, что, в свою очередь, препятствует становлению стенических эмоций у ребенка.

Аутичный ребенок фиксируется лишь на позитивных, аффективно значимых ощущениях собственного организма, звуках, красках и формах предметов внешнего мира. Этим и определяется дефицитарность и недостаточность его перцептивной сферы. Возникающие нарушения предметности и целостности перцептивных образов, нарушения ориентировки в пространстве и целостной картины реального мира являются следствием повышенной сензитивности и особой избирательности восприятия как высшего психического процесса.

Особенности интеллектуального развития

Спектр интеллектуальных возможностей аутичных детей разнообразен: от нарушений интеллектуальной сферы в виде умственной отсталости до легкой задержки психического развития и проявления особой одаренности в какой-либо из отраслей знаний.

Специфика формирования перцептивной сферы влияет на развитие интеллекта. Часть детей с аутичными чертами имеют сохранный интеллект и могут обучаться по массовым программам. Среди них значительную группу составляют дети с синдромом Аспергера. У этих детей ярко проявляется парциальная одаренность, особые таланты и способности к определенным наукам, искусствам или видам деятельности.

Дети второй группы страдают незначительными нарушениями в виде дефицитарности познавательной сферы и интеллекта. Они нуждаются в обучении по специально адаптированным, но приближенным к массовым, программам. Ввиду отсутствия разработки подобных программ, как правило, используются программы для обучения детей с ЗПР для начальных классов (четырёхгодичное обучение).

Дети третьей группы имеют выраженные интеллектуальные расстройства. Они могут обучаться лишь по программам учреждений VIII вида для умственно отсталых детей (в легкой или тяжелой степени) с учетом адаптационного периода.

Оценивая качество мыслительных операций аутичных детей, можно выделить следующие нарушения:

- способность на высоком уровне оперировать, а точнее манипулировать, знаком и знаковыми формулами сочетается одновременно с тенденцией к потере связи с предметными реалиями и вычленением латентных признаков вместо главных, существен-

ных (в качестве примера таковых, как правило, выступают яркие, аффективно-значимые для ребенка раздражители); развитие мысли часто сопровождается манипулированием мыслительными операциями, при которых ребенку важна не сущность, а само течение процесса;

- ускорение и «проскальзывание» при одновременной фиксированное™ на стереотипе алгоритма мыслительной операции;
- осуществление умозаключений с опорой лишь на личностно-значимые критерии, порой парадоксальные.

Особенности речи

Речевые нарушения у аутичных детей выступают как компонент недостаточности коммуникативной сферы. Встречаются различные речевые расстройства.

Часть детей страдает мутизмом. Проявления мутизма как отсутствия речи характеризуют скорее особенности речевой коммуникации и коммуникативно-потребностной сферы в ее связи с эмоционально-волевыми процессами. Возникновение мутизма можно рассматривать как отсутствие мотивации к речевому общению, а не как собственно нарушение формирования речевой деятельности. Однако степень проявления мутизма различна.

При полном мутизме развитие импрессивной стороны речи у детей очень слабо выражено. Отдельные звуки и звукосочетания, оформленные в виде слов и фраз, не вызывают интереса у аутичного ребенка. Более того, звук как сенсорный раздражитель подается человеком, который и сам по себе может быть для аутичного ребенка повышенным стрессовым фактором. В силу того что эти дети отказываются от любых контактов на вербальном уровне, у них практически отсутствует пассивный запас слов. Слуховое внимание не развито и истощаемо. При наблюдении за такими детьми возникает ощущение, что речь, обращенная к ребенку, не вызывает у него желания ее воспринимать, имитировать или подражать ей. Человеческая речь пугает аутичного ребенка и вызывает у него полный эмоциональный дискомфорт. У некоторых детей отсутствуют даже предпосылки к речевому развитию. Как правило, такие нарушения речи чаще возникают в сопровождении интеллектуальной недостаточности.

Дети второй группы страдают частичным мутизмом. Они имеют потенциально более сохранные возможности к развитию речи в отличие от детей первой группы. Речевые возможности этих детей сравнимы с общими нарушениями речи первого уровня ОНР. У части детей этой группы нарушения колеблются между первым и вторым уровнями ОНР. Особенностью их речи в отличие от нарушений истинных детей-логопатов является необращенность их речевой продукции в социум. Речь аутичного ребенка протекает

автономно и представлена отдельными звукосочетаниями, возникающими отраженно и спонтанно при благоприятном расположении ребенка.

Речь детей третьей группы имеет более высокий уровень развития, приблизительно соотносимый со вторым или третьим уровнями ОНР. Однако отличительным свойством этой речи, так же как и у детей второй группы, является отсутствие ее обращенности к конкретному лицу, даже к самому аутичному ребенку как автору речевого высказывания. У детей этой группы усиливаются характеристики безадресной, «безликой» речи, направленной в пространство, ни к кому.

На этом этапе речевого развития аутичный ребенок сталкивается с огромной трудностью в области обозначения себя словесным знаком «я». Процесс определения и идентификации себя со словом «я» оказывается чрезвычайно мучительным для аутичного ребенка. Он свидетельствует об особых сложностях аутичного ребенка как в понимании себя, так и в формировании его личностных новообразований. При этом ребенок не называет себя и не использует местоимений первого лица. О себе ребенок говорит во втором или в третьем лице. Его речь изобилует эхолалиями, речевыми штампами, проявлениями речевой стереотипности, бесцельными манипулированиями, звукокомплексами, словосочетаниями или отрывками отдельных фраз. Характерна интонационная окраска речи: голос звучит неестественно, немодулированно, иногда фальцетом.

Развитие речи детей четвертой группы характеризуется достаточным уровнем структурного развития. Ребенок владеет развернутой фразой, способен вести длительную монологическую речь. Однако ведение диалога может вызывать особые трудности. В речи детей часто отсутствуют аграмматизмы, однако встречается много неологизмов. Могут возникать речевые стереотипии, штампы, характерно отсутствие адресата как слабое проявление автономности. Однако все эти недостатки смягчены общим высоким уровнем развития речи и могут проявляться лишь частично (в виде особого аутичного оттенка).

Следует отметить, что выделяемые четыре группы аутичных детей с речевыми нарушениями являются самостоятельной классификацией и не соотносятся с типами аутистического дизонтогенеза по К.С.Лебединской, О.С.Никольской (1991).

Воображение

Особенности воображения проявляются в игре аутичных детей, а также в их творческих работах. Рисунки аутичных детей наполнены движением. Статичность рисунка, присущая нормально развивающемуся дошкольнику, сдерживает интересы аутичного

ребенка. Он стремится уйти от статики, конкретики в скользящее движение кисти, ритм мазков, переливающуюся игру красок, блики солнечного луча. Фантазии аутичного ребенка балансируют на грани реального и нереального. Фиксация на ритме сенсорных впечатлений формирует фантастический мир, отражающий картину внутренних переживаний и интересов аутичного ребенка.

Игра детей, как правило, включает аутистические фантазии, которые имеют свою фабулу, иногда оторванную от реальности, с признаками вычурности и сказочности. Дети любят сюжеты, связанные с перевоплощением в животных. Они с большим вдохновением исполняют эти роли, причем выход из роли в реальный мир почти всегда затруднителен и граничит с аффективным взрывом.

Другая группа детей, в большей степени проявляющая интерес к точным наукам и компьютерной технике, субъективирует, одушевляет различные категории знаков, придавая им характеристики живых существ. Такие дети часто демонстрируют тенденции к созданию фантастических миров.

Внимание

Особенности непроизвольного внимания проявляются в повышенном напряжении, направленном на выявление опасности и сверхсильных раздражителей. Однако подобное длительное напряжение вызывает эмоциональную тревогу, приводящую к аффективному взрыву (плачу, уходу в себя, отказу от контактов). Все это провоцирует нестойкость непроизвольного внимания.

Произвольное внимание, связанное с учебной деятельностью, формируется с большим трудом. Трудности развития внимания определяются нарушением целенаправленности деятельности. Отмечаются нарушения устойчивости внимания. Большую роль при этом играют страхи, возникающие вследствие негативно воспринимаемых раздражителей. Ребенок соскальзывает с одного алгоритма действий на другой, не фиксируясь при этом на смысле осуществляемого действия.

Память

У детей с сохранным интеллектом могут быть хорошо развиты непроизвольная слуховая и зрительная память на логические формулы и знаки. При воспроизведении мнемических следов иногда возникают элементы фантазии в виде привнесений. Произвольное логическое запоминание формируется в зависимости от интересов ребенка и его способности к развитию целенаправленной мотивации на запоминание.

Личностное развитие

Формирование личности аутичного ребенка как завершающий этап его психического развития имеет особые характеристики. Известно, что центральным звеном в формировании личности человека является развитие его мотивационной сферы, представленной в виде сложной иерархической системы потребностей, желаний, стремлений и намерений. Известно, что уже в раннем возрасте процесс формирования психических новообразований завершается возникновением центрального личностного образования в виде системы **Я**. Исследования убедительно показывают, что психическое развитие ребенка в онтогенезе поэтапно сопровождается формированием личностных новообразований: внутренней позиции, самосознания, самооценки, целостного отношения к окружающему и к самому себе, самоопределения, понимания своего места в обществе и назначения в жизни.

Состояние психической сферы аутичного ребенка свидетельствует о недостаточности важнейшего психического механизма, определяющего формирование полноценной личности — эмоционально-волевой сферы. Именно нарушения в этой области психического развития аутичного ребенка являются основным препятствием к формированию его полноценной личности.

Специфические особенности в развитии личностных новообразований возникают в самом начале жизненного пути аутичного ребенка. Уклонения от глазного контакта с матерью и близкими; отсутствие или вялость протекания «комплекса оживления»; нежелание (вплоть до полного избегания) вступать в речевой контакт; отсутствие использования местоимения «я»; речевая стереотипность, препятствующая критичной самооценке, и многое другое определяют личностное своеобразие аутичного ребенка или подростка.

На наш взгляд, особое негативное влияние на формирование личностной зрелости аутичного ребенка оказывает нарушение понимания себя как системы **Я**, отражающееся в нарушении идентификации себя с речевым знаком — местоимением первого лица.

Комплекс личностных нарушений, имеющих место у аутичных подростков и юношей, в дальнейшем может проявиться в развитии личности по аутистическому типу или в шизоидной акцентуации характера. Личностные особенности аутичных подростков и юношей характеризуются эмоциональной холодностью, эгоизмом и эгоцентризмом, особой отгороженностью от окружающего мира людей. Аутичные подростки и юноши плохо контактируют со сверстниками, они замкнуты и скрытны. У них нарушена критичная оценка своих действий и высказываний. В целом для организации своей дальнейшей жизни они нуждаются в особом адаптивном подходе, осуществляемом по отношению к ним со стороны общества.

Типы аутистического дизонтогенеза

Степень выраженности аутистических расстройств у разных категорий детей варьирует. Согласно классификации О. С. Никольской и др. (1997), выделяют четыре категории аутичных детей.

Первая группа. Это дети наиболее глубоко аутичные. Они отличаются максимальной отрешенностью от окружающего мира, полным отсутствием потребности в контакте. У них отсутствует речь (мутичные дети) и наиболее ярко выражено «полевое» поведение. Действия ребенка при этом не являются результатом внутренних решений или каких-то обдуманных желаний. Напротив, его действиями руководит пространственная организация объектов в помещении. Ребенок перемещается по комнате бесцельно, едва касаясь предметов. Поведение детей этой группы не является отражением внутренних устремлений, а, наоборот, проявляется как эхо посторонних впечатлений.

Эти дети пресыщаемы, у них не развиваются контакты с окружающим миром, даже избирательные, точнее, они не вступают с ним в контакт. У них отсутствуют активные средства защиты: не развиваются активные формы аутостимуляции (моторные стереотипии). Аутизм проявляется в выраженной степени отрешенности от происходящего вокруг и в желании, чтобы их оставили в покое. Дети не пользуются речью, а также жестами, мимикой, изобразительными движениями.

Вторая группа. Это дети, у которых контакт нарушен в меньшей степени, однако также достаточно сильно выражена дезадаптация к среде. У них более ярко проявляются стереотипии, избирательность в еде, одежде, выборе маршрутов. Страх перед окружающими наиболее отражен в выражении лиц этих детей. Однако они уже устанавливают контакты с социумом. Но степень активности этих контактов и их характер у этих детей проявляется в чрезвычайной избирательности и фиксированности. Предпочтения формируются очень узко и жестко, характерно обилие стереотипных моторных движений (взмахов рук, поворотов головы, манипуляций разными предметами, трясения палочками и веревочками и т.д.). Речь этих детей более развита, чем у детей первой группы, они пользуются ею для обозначения своих потребностей. Однако во фразе также присутствует обилие стереотипии и речевых штампов: «дать пить», или «Коле дать пить». Ребенок копирует речевые штампы, воспринятые из внешнего мира, не называя себя в первом лице. С этой целью могут быть использованы также фразы из мультфильмов, например: «Испеки-ка ты мне, бабка, колобок».

Третья группа. Особенности этих детей проявляются в первую очередь в их экстремальной конфликтности при установлении контактов с внешним миром. Их поведение доставляет близ-

ким особые беспокойства. Конфликты могут завершаться в виде агрессии, направленной на кого-то, или даже самоагрессии. Речь этих детей развита лучше. Но она, как правило, монологична. Ребенок говорит фразой, но для себя. Его речь имеет «книжный», наученный, неестественный оттенок. Ребенок не нуждается в собеседнике. Двигательно это наиболее ловкие дети среди всех групп. Эти дети могут проявлять особые познания по некоторым дисциплинам. Но это, в сущности, манипуляции знаниями, игра какими-либо понятиями, так как проявить себя в практической деятельности эти дети могут с трудом. Они совершают мыслительные операции (например, задания по математике) стереотипно и с большим удовольствием. Подобные упражнения служат им источником положительных впечатлений.

Четвертая группа. Это особо ранимые дети. В большей степени аутизм проявляется у них не в отсутствии, а в неразвитости форм общения. Потребность и готовность к вступлению в социальное взаимодействие у детей этой группы выражены больше, чем у детей первых трех групп. Однако их незащищенность и ранимость проявляются в прекращении контакта при ощущении малейшего препятствия и противодействия.

Дети этой группы способны устанавливать глазной контакт, но он носит прерывистый характер. Дети производят впечатление робких и застенчивых. В их поведении просматриваются стереотипии, но уже больше в проявлении педантизма и стремлении к порядку.

5.4.2. Процедура психолого-педагогического изучения аутичных детей

Изучение аутичных детей представляет особые сложности из-за трудностей установления с ними взаимодействия на адекватном уровне. Поэтому особое внимание следует уделить организации обследования. Формой организации обследования аутичных детей может быть лонгитюдное, динамическое, диагностическое обследование. С этой целью организуется диагностическая группа, в которой специалисты работают индивидуально с каждым ребенком.

Другой особенностью обследования аутичных детей является его организация в виде комплексного обследования, которое, особенно на начальном этапе, целесообразно проводить одному специалисту, как правило, психологу или педагогу. Такой подход позволяет ребенку привыкнуть к новой ситуации, дает возможность ему хотя бы немного адаптироваться, снять тревожность и опасения. По мере того как ребенок будет привыкать к новой обстановке, другие специалисты (логопед, психиатр) могут постепенно включаться в процедуру: тихонько входить в кабинет или, уже находясь в нем, постепенно предъявлять себя ребенку (второй вариант предпочтительнее). Однако это требует особого ис-

кусства и осторожности, так как любое резкое движение или громко сказанное слово могут вызвать охранительную реакцию аутичного ребенка, и поставленные цели обследования окажутся недостижимыми.

В целом процедура психолого-педагогического изучения аутичных детей предполагает выделение трех этапов.

Первый этап — сбор психологического анамнеза.

Второй этап — определение уровня нарушений эмоционально-волевой сферы.

Третий этап посвящен изучению особенностей познавательной сферы аутичных детей.

Оценивая особенности эмоционально-волевой сферы аутичных детей, следует иметь в виду, что дети первых двух групп (по классификации О. С. Никольской) могут быть диагностированы только в ходе продолжительного изучения. На первом и втором этапах обследования ребенка может быть установлен лишь тип аутистического дизонтогенеза. Дети третьей группы могут быть обследованы сразу только в случае возникновения у них особой расположенности к специалисту. Изучение детей четвертой группы, учитывая их коммуникативные возможности, может включать сразу три этапа обследования.

Известно, что признаки аутизма проявляются уже в первые годы жизни ребенка. В связи с этим важное значение имеет ранняя диагностика детей с РДА, осуществляемая до 2 — 3 лет.

При проведении психолого-педагогического изучения детей первых лет жизни с этой патологией нужно учитывать следующие диагностические критерии.

1. Нарушения коммуникации:

- проявление дискомфорта при любых контактах со средой;
- отсутствие комплекса оживления (на первом году жизни ребенка) во взаимодействии с матерью;
- особенности глазного контакта и мимики;
- симбиотические связи с матерью.

2. Нарушения речи:

- мутизм (полное или частичное отсутствие речи);
- эхолалии, речевые штампы, речевые стереотипии;
- отсутствие использования местоимений первого лица;
- развитие речи, опережающее динамику двигательной сферы (фраза до 3 лет);
- преобладание монологической речи и аутодиалогов.

3. Нарушения поведения:

- «полевое» поведение;
- немотивированная агрессия к окружающим;
- аутоагрессия;
- стереотипии (поведенческие и связанные с организацией пространства и быта).

Сбор психологического анамнеза

В начале работы психолог изучает историю развития ребенка, анамнестические данные, знакомится с работами и продуктивным творчеством ребенка, беседует с его близкими. Важно определить, как развивался ребенок с первых дней жизни. При этом огромное значение имеют сведения, полученные от родителей, в первую очередь от матери. Специалисту необходимо знать, как ребенок привыкал к режимным моментам в раннем детстве, был ли слишком возбудимым или, наоборот, не реагировал на изменения обстановки; когда начал узнавать маму и отвечать ей улыбкой; имел ли место «комплекс оживления» на первом году жизни и как он протекал.

Следует установить, как реагировал ребенок на близких и чужих в раннем возрасте, спокойно ли шел на руки к чужим или выражал при этом беспокойство, и что изменилось в настоящий момент; какой была реакция ребенка на мокрые пеленки и «чужой» горшок; отмечают ли близкие особую избирательность и стереотипность ребенка в еде, одежде, организации домашнего быта. Необходимо также узнать, возникали ли у ребенка двигательные стереотипии, навязчивость и агрессивные проявления.

Важное значение имеет также информация о становлении локомоторных функций. У некоторых детей может отмечаться некоторое смещение в сроках двигательного развития.

Специалисту следует уточнить сведения о характере речевого развития ребенка. Свообразие аутичной речи может проявляться в отсутствии использования местоимений первого лица, употреблении не по возрасту сложных слов «параллелепипед», «параллелограмм», эхохалий, речевых стереотипии. У некоторых детей речь вообще может отсутствовать.

Важно также знать, чем увлекается ребенок, в какие игры играет, использует ли при этом неигровые предметы (палочки, веревочки, бумажки и др.), чему отдает предпочтения — игрушкам или неигровым предметам, играет ли ребенок всегда один или возможна совместная игра; каков мир игровых сюжетов ребенка. Изучая продукты деятельности ребенка, специалисту важно отметить связь изображаемого ребенком с предметным миром, его предпочтения и увлечения, статичность или динамику рисунков, особую «фантастичность» внутреннего мира ребенка.

Определение уровня нарушений эмоционально-волевой сферы (вариант РДА по О.С.Никольской)

Целью этого этапа является определение типа аутистического дизонтогенеза ребенка. Она достигается с помощью наблюдения за поведением и спонтанной деятельностью ребенка, что позво-

ляет на начальном уровне оценить возможные нарушения эмоционально-волевой сферы. Затем в зависимости от демонстрируемых возможностей ребенка специалист может строить дальнейшее изучение его уже в результате установления контакта и организации взаимодействия с ним.

Наблюдение за ребенком осуществляется с первого момента его появления в кабинете психолога. Оно позволяет определить многие специфические характеристики аутичного ребенка. Так, например, специалист обращает внимание на внешние признаки проявления аутичности, а именно: позу, ритм и характер движений, мимику лица. Выражение и мимика лица ребенка могут быть застывшими, что непременно характеризует первый тип аутистического дизонтогенеза.

При оценке поведения ребенка обращается внимание на его адекватность и заинтересованность или отстраненность от окружающего. Важно отметить, как ребенок реагирует на новую и непривычную для него обстановку: индифферентен, спокоен или прячется за мать, кричит, дерется, не хочет входить в кабинет, его тянут силком (третий тип аутистического дизонтогенеза).

Основной задачей второго этапа изучения аутичных детей является определение типа аутистического дизонтогенеза с помощью установления адекватно-возможных отношений между ребенком и взрослым. Адекватность контакта зависит от степени нарушения аффективной сферы ребенка. Формой организации взаимодействия может стать произвольная деятельность ребенка и подключение к ней взрослого. При соответствующем уровне развития ребенка такая совместная деятельность может перерасти в игру. В том случае, если совместную игру не удастся сформировать, специалист организует пространство кабинета таким образом, чтобы с помощью предъявляемых ребенку предметов по возможности руководить его поведением и деятельностью.

С другой стороны, изучение процесса развития игровой деятельности ребенка также позволит выявить нарушения его аффективной сферы. Так, например, важно обратить внимание на то, как действует ребенок с предметами, носят ли манипуляции аутостимуляторный характер, использует ли он предметы по игровому назначению или придает им другие смыслы; проигрывает ли короткие сюжетные эпизоды (взял мишку, положил в машинку, прокатил); испытывает ли влечение к проигрыванию сюжетов, связанных с переживанием страхов; проявляет ли интерес к исполнению ролей с перевоплощением в животных.

Оценивая особенности эмоционально-волевой и коммуникативно-потребностной сфер аутичного ребенка, следует опираться на основные критерии аутистического дизонтогенеза, выделенные в классификации О. С. Никольской.

Первый тип аутистического дизонтогенеза {уровень полевой реактивности):

- повышенная отрешенность от окружающего мира, отказ от любых контактов;
- выраженная пассивность к сенсорным раздражителям (вложенный в руку ребенка предмет или игрушка выпадает из нее);
- отсутствие зрительного контакта (взгляд не фиксируется на собеседнике, а плавно ускользает);
- наличие «полевого» поведения;
- мутизм, отсутствие потребности в вербальных контактах любого характера;
- проявление вычурности двигательных поз.

Второй тип аутистического дизонтогенеза {уровень стереотипов):

- выраженная чувствительность к воздействиям окружающей среды (силе голоса, света, температуре, прикосновениям);
- активное отвержение мира в виде аутостимуляций;
- обилие моторных стереотипии;
- наличие речевых штампов, эхохалий, речевых стереотипии;
- проявление требовательности к организации стереотипной среды обитания (проявляется в особой избирательности в еде, в ношении только какого-то одного вида одежды, в пользовании только какими-то отдельными предметами и т.д.);
- наличие страхов;
- автономная игра.

Третий тип аутистического дизонтогенеза {уровень экспансии):

- проявление выраженной конфликтности поведения;
- быстрая пресыщаемость в любой деятельности;
- выраженная избирательность в контактах;
- наличие немотивированных страхов;
- безадресная речь, не направленная на собеседника;
- отсутствие использования местоимений первого лица;
- взгляд «сквозь» человека.

Четвертый тип аутистического дизонтогенеза {уровень эмоционального контроля):

- проявление сензитивности и повышенной ранимости в контактах;
- потребность в положительной оценке и эмпатической поддержке;
- симбиотическая связь с близкими (с матерью);
- речь может носить затухающий характер;
- визуальный контакт не постоянен, имеет прерывистый характер.

В процессе изучения уровней эмоциональной регуляции ребенка специалисту необходимо внимательно отслеживать усиление

аутистических признаков (расширение вариантов аутостимуляций, усиление избирательности контакта, полный отказ от него, возникновение страхов, агрессии, самоагрессии) при его вступлении в контакт с ребенком.

Изучение особенностей познавательной сферы аутичных детей

На этом этапе решаются следующие задачи:

- выявление уровня знаний и навыков детей;
- определение программ обучения, адекватных их возможностям.

Следует помнить, что не все категории аутичных детей смогут пройти все три этапа диагностической процедуры за один прием. Дети первой и второй групп (по О. С. Никольской) не проявляют себя так, чтобы было возможно изучение их экспериментально-познавательных процессов. В силу этих обстоятельств третий этап диагностики этих детей растягивается на некоторое продолжительное время, когда им приходится несколько раз приходиться к специалисту для продолжения исследования.

В целом процедура диагностического обследования когнитивной сферы ребенка должна возникнуть естественно, плавно переходя из стадии установления контакта с ребенком в игру с ним.

Некоторые из заданий могут быть предложены ребенку в виде тестовых, например, корректурная проба, шифровка, математические задачи и др. Могут быть предъявлены также проективные методики «Рисунок семьи», «Рисунок человека», САТ. Основная же часть диагностической процедуры должна быть построена в виде продолжения игры с ребенком. Здесь следует обязательно учитывать характер предлагаемых пособий, предметов, дидактических игр и реакцию ребенка на них.

Хорошо работающий ребенок может неожиданно прекратить выполнение задания не из-за возникшего переутомления или пресыщаемое™, а из-за собственной неадекватной реакции на предъявленный ему для работы предмет — немотивированного страха перед ним. В этой связи лучше предварительно положить некоторые пособия и тестовые задания (например, бланки корректурной пробы) в разных местах кабинета, чтобы ребенок к ним постепенно привык и чтобы они не казались ему чем-то новым и неизвестным. Прекрасно, если специалисту удастся в своем кабинете организовать с ребенком игру под названием «Путешествие в сказочную страну». Перемещаясь от одного предмета к другому, ребенок будет ненароком наталкиваться на специально разложенные диагностические пособия, необходимые для обследования. Специалист постепенно и очень осторожно руководит этим процессом, обыгрывая каждый необходимый предмет и тестовое за-

дание. Можно выложить несколько пособий, предназначенных для изучения какого-либо одного процесса, учитывая специфические потребности и избирательность ребенка. Следует обязательно ориентироваться на информацию матери и близких о предпочтениях ребенка в выборе игрушек или предметов для организации его деятельности.

Чтобы объективно оценить нарушения аффективной сферы, целесообразно проводить наблюдение с целью определения динамики ее развития. Осуществляя динамическое наблюдение, специалист должен обязательно оценивать степень возрастания или убывания проявлений аутистических признаков у ребенка. Так же важно вести наблюдение за изменением способов адаптации, используемых ребенком.

Критерием позитивной динамики в развитии ребенка является возникновение в его психической деятельности признаков аффективных механизмов более высокого уровня организации эмоционально-волевой сферы. Одновременно при этом изменяются, а точнее, упрощаются способы компенсаторной аутистимуляции.

В случае регресса поведение ребенка изменяется в худшую сторону. Он становится более замкнутым и отрешенным; имеющиеся связи и контакты с окружающим миром нарушаются. Ребенок переходит в группу детей с более элементарной и ригидной организацией эмоционально-волевой и коммуникативно-потребностной сфер. При оценке динамики развития аффективной сферы специалисту следует ориентироваться на характеристику вариантов аутистического дизонтогенеза.

При определении диагностического инструментария специалисту желательно опираться на известные в диагностической практике комплекты и наборы диагностических методик и тестовых заданий, обязательно учитывая при этом возраст ребенка. В приложениях 4.3 и 4.4 представлены образцы характеристики и заключения по результатам изучения аутичных детей.

Контрольные вопросы и задания

- 1. Назовите задачи и особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы.**
- 2. Какие этапы включает психолого-педагогическое изучение аутичного ребенка?**
- 3. На какие особенности развития необходимо обратить внимание при изучении анамнеза ребенка с эмоциональными нарушениями?**
- 4. Каковы основные параметры наблюдения за поведением и деятельностью аутичного ребенка?**
- 5. Какие особенности развития ребенка с эмоциональными нарушениями должны быть отражены в характеристике и психологическом заключении?**

Литература

Основная

Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Л. М. Шипицына. — СПб. 1997.
Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте. — М., 2003.

Лебединская К. С. *Никольская О. С.* Диагностика раннего детского аутизма. — М. 1991.

Никольская О. С., *Баенская Е.Р.* *Либлинг М.М.* Аутичный ребенок: Пути помощи. — М., 1997.

Дополнительная

Питере Т. Аутизм: От практического понимания к педагогическому воздействию. — СПб., 1999.

Ткачева В. В. Психолингвистические аспекты особенностей формирования личности аутичного ребенка // Современная логопедия: Теория, практика, перспективы: Материалы Международной научно-практической конференции 12—14 сентября 2002 г. — М., 2002.

5.5. Клинико-психолого-педагогическое изучение детей со сложными нарушениями развития

Благодаря современным методам исследования у части детей с разными нарушениями развития кроме основного дефекта удастся установить наличие одного или даже двух дополнительных нарушений, значительно усложняющих психическое развитие ребенка. У большинства детей, обучающихся в специальных школах разного вида, выявляют осложненный или сложный тип нарушений; так, многие дети с выраженной умственной отсталостью имеют множественные нарушения.

Сложными нарушениями развития называют наличие двух или более выраженных первичных нарушений у одного ребенка. При этом первичные нарушения, входящие в состав сложного дефекта, связаны с повреждением разных систем организма. Так, могут сочетаться выраженные нарушения зрения и ДЦП, слуха и ДЦП, зрения и слуха, зрения и речи и т.д. Именно эти достаточно выраженные комплексные нарушения развития должны диагностироваться у детей как сложные виды нарушений как можно раньше. Именно по отношению к этим детям необходимо понимать, что сочетание таких дефектов у одного ребенка дает особую картину нарушений психического развития, которая требует особой коррекционной помощи. Однако только один вид сложного дефекта — сочетание нарушений зрения и слуха у одного ребенка, который принято относить к слепоглухоте, можно считать достаточно изученным, и только по отношению к этим детям разработаны специальные программы и методы обучения.

Одновременное поражение нескольких функций внутри одной системы организма как результат воздействия определенного неблагоприятного фактора можно назвать *осложненным дефектом*. Например, результатом перинатального поражения ЦНС может стать сочетание ликвородинамических, двигательных и поведенческих расстройств, которые могут рассматриваться как симптомы осложненной умственной отсталости. А результатом менингита, перенесенного в раннем детстве, может стать глухота, осложненная компенсированной гидроцефалией и эпилепсией или амблиопией и косоглазием. Дети с осложненным нарушением, как правило, могут успешно обучаться вместе с детьми, имеющими общий с ними основной дефект, для них нет необходимости создавать особые программы и методы обучения, достаточно бывает индивидуального подхода, учитывающего их особенности.

Исходя из этого, дискуссионной проблемой остается отнесение к сложному дефекту тех видов глубокого органического поражения ЦНС, следствием которого является глубокое отставание в умственном развитии, осложненное сенсорными, двигательными и речевыми нарушениями как результат недоразвития или локального поражения ряда областей коры головного мозга ребенка. Эти случаи часто относят к множественному виду нарушений.

Для своевременной диагностики сложного и множественного нарушения развития требуется комплексное клинико-психолого-педагогическое изучение ребенка.

Единая комплексная программа обследования детей с выраженным нарушением в психическом развитии должна включать: обязательное первичное медицинское, нейрофизиологическое и психолого-педагогическое комплексное обследование ребенка; регулярные повторные обследования состояния слуха и зрения у детей со всеми видами нарушений; регулярные повторные психолого-педагогические обследования детей.

Медицинское или клиническое обследование должно проводиться с участием врачей разных специальностей (педиатра, невролога, психиатра, офтальмолога, отоларинголога и генетика), с учетом данных лабораторных (биохимических), рентгенологического (компьютерная томография и МРТ) и других исследований. Для своевременной диагностики сложных нарушений развития у ребенка очень важны знания о причинах, которые могут привести к поражению сразу нескольких систем организма человека. Анализируя причины первичного нарушения у ребенка, принято обсуждать вероятность его наследственного либо экзогенного происхождения. Сложное и множественное нарушение развития у ребенка может быть вызвано одной или двумя причинами, разными по происхождению. Например, один дефект может иметь генетическое, а другой — экзогенное происхождение; каждый из дефектов может иметь причиной разные экзогении и т.д. Наибо-

лее изучены такие варианты сложных нарушений, когда одно заболевание (наследственное или экзогенное) может стать причиной сложного или даже множественного нарушения развития у ребенка. В последние годы все больше данных о том, что в группе множественных нарушений развития преобладают врожденные формы патологии, имеющие в большинстве случаев генетическое происхождение. Среди них все чаще встречаются наследственные заболевания обмена веществ (мукополисахаридов и др.) и хромосомные синдромы как виды сложных и множественных нарушений. Классический пример множественного дефекта хромосомного происхождения — синдром Дауна, когда кроме отставания в умственном развитии в 70 % случаев имеются легкие нарушения слуха, в 40 % — нарушения зрения, а у части детей — двойное сенсорное нарушение.

В настоящее время описано множество наследственных синдромов, при которых нарушение слуха сочетается с рядом других нарушений (с болезнями внутренних органов — эндокриной системы, сердца, почек; заболеваниями ЦНС; нарушениями скелетно-мышечной системы, кожных покровов и зрения). Особенности генетических заболеваний являются прогрессирующие, проявляющиеся одновременно нарушения разных систем организма.

К экзогенным по происхождению заболеваниям, приводящим к сложным и множественным нарушениям, относятся различные пренатально (внутриутробно) и постнатально перенесенные заболевания, наиболее известные из которых краснуха, корь, токсоплазмоз, туберкулез, цитомегаловирусная инфекция, сифилис. Такие постнатальные заболевания, как корь, скарлатина и нейроринфекции, перенесенные в детском возрасте, также могут привести к сложному дефекту. К сложному нарушению зрения и слуха с возрастом может привести тяжелый диабет и ряд других соматических заболеваний.

В последние годы отмечается рост числа детей с врожденными сложными и множественными нарушениями, появившиеся на свет глубоко недоношенными и спасенные благодаря достижениям современной медицины. Глубокая недоношенность часто бывает следствием внутриутробно перенесенной инфекции, но в большинстве случаев причины ее пока остаются неизвестными. К неясным по природе причинам множественных нарушений относят сейчас и СНАКОЕ — ассоциацию, объединяющую шесть нарушений у одного ребенка (нарушение зрения в виде колобомы радужки или сетчатки, нарушение сердечной деятельности, трудности глотания и дыхания из-за сужения или атрезии носовых отверстий — хоан, отставание в росте, недоразвитие половых органов, нарушение органов слуха).

Знание причин и особенностей проявлений заболеваний, которые могут привести к сложному нарушению развития у ребен-

ка, может существенно помочь в их диагностике, в выделении детей группы риска и организации систематического наблюдения за их развитием.

Параклиническое или нейрофизиологическое обследование может состоять из электроэнцефалографии (ЭЭГ) и объективного обследования слуха и зрения ребенка методом вызванных потенциалов. Особенно велика роль исследования слуховых вызванных потенциалов (СВП) и зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) при диагностике наличия и степени выраженности сенсорных нарушений у детей младенческого и раннего возраста, а также при трудностях контакта с более старшими детьми из-за их глубокого отставания в умственном и речевом развитии. Данные нейрофизиологического обследования ребенка могут существенно повлиять на заключение о наличии у него сложного сенсорного нарушения, о глубине и распространенности поражения мозга, о зрелости мозговых процессов.

Психолог суммирует полученные данные клинического и параклинического изучения ребенка и дополняет ими историю его развития, полученную из беседы с членами его семьи. В случае врожденного сложного нарушения он особенно внимательно собирает сведения об этапах развития ребенка, о его спонтанной, самостоятельной активности дома, о средствах общения и навыках самообслуживания. Если нарушение не врожденное, а приобретенное в определенном возрасте, он уделяет особое внимание описанию состояния ребенка до и после заболевания, приведшего к сложному нарушению. Например, по характеру и скорости восстановления нарушенных контактов со средой у ребенка с приобретенной потерей слуха и зрения можно судить о перспективах его развития.

Неспешная и не ограниченная во времени беседа с родителями позволяет оценить характер внутрисемейных отношений, уровень принятия дефекта ребенка разными членами семьи, адекватность отношения к ребенку со сложным или множественным нарушением, реальные и потенциальные возможности семьи по его обучению и воспитанию.

Психолого-педагогическое обследование ребенка со сложными нарушениями развития представляет значительные сложности. Оно обязательно должно быть комплексным и включать исследование особенностей сенсорной, двигательной, познавательной и личностной сфер ребенка, его ведущих средств общения, уровня развития предметной деятельности и навыков самообслуживания. В случаях множественного нарушения огромное значение имеют наблюдения за особенностями поведения и общения ребенка в привычной для него домашней обстановке или анализ видеоматериалов на эту тему. При обследовании в диагностическом центре нужно наблюдать поведение такого ребенка в новой обстановке

достаточно длительный срок (не менее часа), чтобы дать ему возможность привыкнуть и немного освоиться в новом помещении и с новыми людьми.

Задачей первичного комплексного диагностического обследования ребенка со сложным и множественным нарушением является описание его физического, соматического и психического состояния на момент обследования, направление на дополнительное обследование у специалистов и подготовка к нему; налаживание контакта с его родителями или людьми, их заменяющими, и предложения по его воспитанию и обучению в семье или в специальном коррекционном учебно-воспитательном учреждении. При повторном психолого-педагогическом обследовании можно судить об успехах обучения ребенка за прошедший период, а значит, и о его потенциальных возможностях.

При психолого-педагогическом обследовании детей со сложными дефектами нужно учитывать, что они могут иметь быстро прогрессирующие формы снижения зрения или слуха и находиться в связи с этим в реактивном шоковом состоянии, в ряде случаев неправильно квалифицирующегося как острая форма шизофрении. В других случаях дети, имеющие нарушения зрения и выраженную умственную отсталость или слепоту и системные нарушения речи, могут неверно квалифицироваться как слепоглухие.

Опыт показывает, что даже используя объективные методы обследования, установить степень снижения слуха и зрения в ряде случаев бывает очень сложно из-за неготовности ребенка к обследованию и трудностей контакта с ним (особенно трудно это бывает сделать по отношению к аутичным детям с выраженной умственной отсталостью). Только тесный контакт с семьей ребенка, внимательное наблюдение за его поведением может помочь разобраться в степени нарушения его зрения и слуха и подготовить к полноценному медицинскому и электрофизиологическому обследованию.

Правильная оценка зрения и слуха ребенка помогает оценить уровень его интеллектуального развития. Так, наблюдения показывают, что чем выше возможности использования ребенком остаточного зрения, тем выше возможности его интеллектуального и эмоционального развития.

Поэтому так важно при первичном обследовании выяснить, с какого возраста стало заметно ухудшение зрения и насколько это изменило поведение ребенка. Чем позже произошло снижение зрительных возможностей, тем больше зрительных впечатлений получил ребенок. Важно выяснить, как долго ребенок не видел, когда и насколько успешно прошли операции глаз (экстракция или удаление катаракты, операция по поводу глаукомы, косоглазия и пр.). Удалось ли приучить ребенка к постоянному ношению очков после операции катаракты, что совершенно необходимо

для дальнейшего развития его остаточного зрения. Удалось ли офтальмологу по месту жительства семьи определить остроту остаточного зрения, как ребенок пользуется им в хорошо знакомой обстановке, на прогулке и т.д. — ответы на все эти и многие другие вопросы можно получить у родителей ребенка в самом начале его диагностического обследования.

Известно, что умственно отсталые дети с нормальным физическим слухом часто дают нечеткие реакции на звуковые раздражители, а иногда реакции на такие раздражители, как звучание барабана, отсутствуют вовсе. Как правило, у умственно отсталых детей бывает нарушен фонематический слух, поэтому надо довольно осторожно подходить к данным о нарушении слуха у слепого или слабовидящего ребенка при малейшем подозрении на его умственную отсталость (тем более что у умственно отсталых детей часто не удается снять не только субъективную, но и объективную аудиограмму). Если нет объективной аудиограммы, доказывающей снижение или отсутствие слуха у ребенка, то окончательное суждение о состоянии его слуха нужно отложить до того времени, когда ребенка с помощью родителей удастся подготовить к аудиологическому обследованию.

Оценка сохранности предпосылок интеллектуального и эмоционального развития у ребенка со сложными сенсорными нарушениями — довольно сложная задача. Одноразовое клинико-психолого-педагогическое обследование позволяет лишь предположить наличие умственной отсталости у ребенка с врожденными или рано приобретенными нарушениями зрения и слуха. Углубленное психодиагностическое изучение таких детей требует обязательного диагностического обучения, которое может быть организовано родителями на дому по рекомендациям специалистов, а также в условиях специальной диагностической группы.

Диагностика умственной отсталости у ребенка со сложными и множественными нарушениями очень сложна, потому что ее довольно трудно отличить от выраженной педагогической запущенности, свойственной многим детям с бисенсорным дефектом, а также от специфической задержки психического развития, обусловленной потерей зрения и слуха. Только экспериментальное пробное обучение таких детей выполнению заданий в процессе диагностического обследования при сопоставлении с характером продвижений в условиях специального диагностического обучения может дать ответ на вопрос о наличии у них умственной отсталости.

Обследование такого сложного ребенка не должно быть ограничено пределами времени. Психолог обязан приложить все усилия, чтобы расположить к себе родителей ребенка, вызвать их доверие, дать им и ребенку время, чтобы освоиться в новой для них ситуации. Известно, что ситуация диагностического обследо-

вания может стать дополнительной травмирующей ситуацией у уже достаточно измученных предыдущими, часто многочисленными, медицинскими и психологическими обследованиями семей, воспитывающих ребенка со столь сложным нарушением.

Для каждого ребенка дошкольного возраста нужно учитывать возможные трудности адаптации к новому помещению, где проходит обследование, и к новым людям, его проводящим. Особенно сложное положение может возникнуть у ребенка с глубокими нарушениями зрения и слуха. Как правило, такой ребенок вообще редко выходит из дома, или эти выходы связаны с посещением медицинских учреждений, где он обследуется и лечится. Понятно поэтому, что каждый выход из дома для такого ребенка уже может быть связан с ожиданием неприятных для него процедур. Необычность новой обстановки и незнакомые запахи также могут насторожить и даже травмировать ребенка с глубокими нарушениями зрения и слуха. Все это необходимо учитывать как при организации самого обследования, так и при оценке его результатов.

Предъявляемые задания должны быть короткими, понятными и привлекательными для ребенка. Помимо выполнения ребенком заданий экспериментатора большое значение придается наблюдению за характером его поведения и за особенностями его спонтанной (самостоятельной) деятельности.

Как правило, дети с глубокими нарушениями зрения и слуха, но без интеллектуальных нарушений во время обследования ведут себя настороженно, они даже несколько напуганы новой обстановкой и новыми, незнакомыми людьми, ни на шаг не отходят от родителей, болезненно реагируют, если не замечают их рядом с собой. Однако таких детей удается довольно легко заинтересовать игрушками, вступить в контакт с ними, усадить за стол и дать задание.

Иначе могут вести себя умственно отсталые дети с выраженным бисенсорным дефектом. Одни из них смело входят в комнату и начинают по ней беспокойно расхаживать, не обращая внимания на родителей и незнакомых взрослых. Они открывают дверцы шкафов, перебирают предметы на столах, ни на чем не задерживая надолго своего внимания. В ряде случаев психолог может спокойно увести ребенка от родителей в другую комнату, просто потянув его за руку, — ребенок не показывает никакого беспокойства из-за отсутствия рядом с ним матери или других близких родственников. Другие умственно отсталые дети с выраженными сенсорными нарушениями не отходят ни на шаг от матери, при первой возможности залезают к ней на колени и крепко прижимаются, отталкивая от себя руки других взрослых. Но если психолог осторожно берет ребенка к себе на руки, тот может не заметить разницы и вести себя совершенно спокойно.

У детей с глубокими нарушениями зрения и дополнительными нарушениями довольно часто наблюдаются характерные стереотипные движения: раскачивания всем телом стоя или сидя, потряхивания руками перед глазами, подпрыгивания, шелкание языком или скрипение зубами. В более тяжелых случаях наблюдаются проявления самоагрессии — дети кусают или расцарапывают свои руки, с силой надавливают на глаза, стучат предметами по голове и т.д. Наличие подобных стереотипии не всегда свидетельствует о глубоком отставании в умственном развитии у детей с выраженным сложным сенсорным нарушением, а напротив, является показателем невротических проявлений.

Для диагностики умственного развития слепоглохих детей и детей с выраженными нарушениями зрения и слуха большое значение имеет исследование уровня овладения им предметными действиями.

Для этого бывает достаточно наблюдать, как ребенок раздевается и одевается во время обследования, как ест и пьет из чашки, как просится в туалет. Можно предложить ему во время диагностического обследования ряд бытовых предметов. Это могут быть чашка, расческа, тарелка, ложка, детский ботинок, детская шапочка, флакон из-под духов, карандаш, молоток, зеркальце, бусы и пр. Как правило, слепоглохие дети с сохранными познавательными возможностями старше 3 лет правильно берут в руки эти предметы и демонстрируют соответствующее его назначению действие (проводят по голове расческой, подносят к губам ложку, надевают на шею бусы, стучат молотком по столу, нюхают флакон с духами и даже пытаются его открыть, пускают с помощью зеркальца световые зайчики или смотрятся в него и т.д.). У более старших детей эти конкретные действия с предметами быта часто заменяются естественными изобразительными жестами «обувать», чашка — жестом «пить» и т.д.

В отличие от этого дети с глубоким отставанием в умственном развитии демонстрируют более низкий уровень овладения действием с предметами. Они либо неспецифически манипулируют с бытовым предметом, т.е. их действие не отвечает его функциональному назначению (давят ложкой на глаза, стучат ею по столу или трясут перед глазами), либо предельно конкретно повторяют предметное действие (суют ложку в рот и облизывают, подносят чашку к губам, зажимают ее края губами и запрокидывают назад голову). Они почти никогда не могут показать употребление предмета условно с помощью изобразительного жеста.

В диагностике психического развития детей со сложными нарушениями вполне применимы многие традиционные методы психолого-педагогической диагностики. Это прежде всего предметные дидактические игрушки (разновеликие стаканчики и кубики, матрешка, ящик форм, различные задания на классифика-

цию формы и величины предметов). Одним из самых употребляемых в диагностике познавательных возможностей детей со сложными нарушениями заданий является классификация объемных геометрических форм. Обычно это задание предъявляется двумя видами объемных фигур (шара и куба). Эти фигуры по очереди дают в руки ребенка, который внимательно ошупывает их вместе со взрослыми (взрослый действует руками ребенка), а затем вместе с ним раскладывает по разным коробкам. После нескольких совместных проб ребенок должен начать раскладывать фигуры самостоятельно. Затем ему дают эти формы, различные по цвету, и взрослый поощряет правильное выполнение задания по различению форм (гладит ребенка по голове и хлопает в ладоши) и отрицательным жестом указывает на ошибки. Потом задание усложняется — ребенку предлагают разложить шары и кубы, разные по величине, материалу и т.д. Это задание на классификацию предметов можно расширить, введя новые формы (цилиндр, конус и параллелепипед), которые нужно разложить по соответствующим коробкам, усложняя задание вариантами цвета, величины и материала.

В зависимости от сохранности зрения, слуха, двигательной сферы ребенка и его интеллектуальных и языковых возможностей можно пробовать предлагать ему многие из применяемых в общей психодиагностике диагностических заданий. Но при этом необходимо учитывать огромные трудности ребенка со сложным нарушением (а часто — и с отставанием в речевом развитии) в понимании и принятии инструкции по выполнению задания и выбирать диагностические задания, где инструкцию можно показать наглядно или на примере.

Другую трудность при предъявлении диагностических заданий детям со сложными и множественными нарушениями развития представляет их недостаточная мотивированность к предметной деятельности. Поэтому поиск интересных и ярких для ребенка предметов и видов деятельности составляет особую задачу для диагностики особенностей психического развития у ребенка со сложным нарушением. Так, дети с выраженными нарушениями зрения и слуха, но имеющие приличное остаточное зрение, особенно охотно выполняют задания, результатом которых является различная световая и цветовая стимуляция. В диагностике таких детей можно использовать различные светящиеся предметы, которые нужно зажечь или достать. Обычная настольная лампа или фонарик могут стать тем предметом, вокруг которого удастся организовать совместную или самостоятельную деятельность ребенка и сделать некоторые выводы о его интеллектуальных возможностях.

Для детей с сохранным слухом можно использовать любые звуковые игрушки и музыкальные инструменты.

Слепоглухие дети часто положительно воспринимают разные запахи, вибрацию от движения предметов, поток воздуха от вентилятора и других подобных устройств.

Почти все дети очень радуются любым двигательным упражнениям, кувырмам, бегу, прыжкам и т.д.

Задача психолога — выявить возможности ребенка и подобрать задания, которые позволят определить его сенсорные, двигательные и познавательные особенности в интересной для него деятельности, а также попытаться включиться в эту деятельность, чтобы вступить в контакт с ребенком и наладить с ним общение.

Контрольные вопросы и задания

- 1. Определите понятия «дети со сложными нарушениями развития»; «осложненные нарушения развития».**
- 2. Приведите примеры возможных сочетаний нарушений у детей со сложными нарушениями развития.**
- 3. В чем заключаются особенности клинико-психолого-педагогического изучения детей со сложными нарушениями развития?**

Литература

Основная

Басилова Т. А. Психология детей со сложными нарушениями развития // Основы социальной психологии / Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М, 2002. — С. 374-397.

Мещеряков А. И. Слепоглухонемые дети: Развитие психики в процессе формирования поведения. — М., 1974.

Розанова Т. В. Методы психолого-педагогического изучения глухих детей со сложными дефектами // Дефектология. — 1992. — № 2, 3.

Дополнительная

Блюмина М.Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов // Дефектология. 1980. - № 3.

Глава 6

ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ КОНСИЛИУМЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ПСИХОЛОГО-МЕДИКО- ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ КОМИССИИ И КОНСУЛЬТАЦИИ

6.1. Психолого-медико-педагогические консилиумы (ПМПк) в образовательных учреждениях

В связи с расширением сети образовательных учреждений, появлением альтернативных школ со своими учебными программами, а также предоставлением родителям права выбирать учебное заведение для своего ребенка все больше проблем стало возникать с обучением некоторых детей. В одних случаях причиной трудностей в обучении и особенностей поведения детей было несоответствие педагогических требований их психофизическим возможностям, не учитывался уровень умственного развития, соматическое и нервно-психическое состояние ребенка; в других — неготовность к школьному обучению (несформированность отдельных психических функций, навыков общения, незрелость эмоционально-волевой сферы и т.д.) и др. Все это стало основанием для поиска новых путей помощи детям. В 90-е годы XX в. по инициативе педагогов и психологов городские и окружные управления образованием стали открывать в массовых школах психолого-медико-педагогические консилиумы. В их функции входило обеспечение детям оптимальных условий обучения с учетом их возрастных и индивидуальных психофизических особенностей развития.

Опыт работы ПМПк оправдал себя, и 27.03.2000 (приказ № 27/901-6) Министерство образования Российской Федерации узаконило создание психолого-медико-педагогических консилиумов в образовательных дошкольных и школьных учреждениях любого типа (см. приложение 2). ПМПк создаются приказом руководителя образовательного учреждения при наличии необходимых специалистов. В состав ПМПк входят: учителя и воспитатели

школьного (или дошкольного) образовательного учреждения, имеющие большой опыт работы с детьми; учителя (воспитатели) специальных (коррекционных) классов (групп); психолог; педагог-дефектолог; логопед; врач-педиатр (невропатолог, психиатр); медицинская сестра. Председателем ПМПк является заместитель руководителя образовательного учреждения по учебно-воспитательной работе. Общее руководство ПМПк возлагается на руководителя образовательного учреждения.

ПМПк строит свою деятельность в соответствии с Уставом образовательного учреждения, договором с родителями, договором с психолого-медико-педагогической консультацией-комиссией (ПМПК), куда в случае необходимости можно направлять ребенка для уточнения диагноза и решения вопроса о типе образовательного учреждения, форме и программе его дальнейшего обучения и воспитания.

6.1.1. Цели и задачи ПМПк

\ Основная цель ПМПк — обеспечение в образовательном учреждении диагностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения детей с отклонениями в развитии, создание условий для их обучения и воспитания.

Для реализации этой цели необходимо решение следующих задач:

- своевременное выявление и всестороннее комплексное обследование детей, имеющих те или иные отклонения в психофизическом развитии;

- установление характера и причин выявленных отклонений (девиантное поведение, конфликтные ситуации во взаимодействии со сверстниками и взрослыми, снижение успеваемости и т.д.);

- определение потенциальных возможностей ребенка для оказания ему целенаправленной специальной (коррекционной) помощи в условиях данного образовательного учреждения либо направление его в психолого-медико-педагогическую консультацию на комиссию для решения вопроса о месте дальнейшего обучения и воспитания (определение типа учреждения, формы обучения, оптимальной для ребенка, учебно-воспитательной программы);

- разработка комплексных целевых программ индивидуального развития детей «группы риска»;

- прослеживание динамики развития (наблюдение, диагностические «срезы» в начале и в конце учебного года для уточнения образовательного маршрута, внесение соответствующих корректив);

- профилактика физических, интеллектуальных и эмоциональных перегрузок и «срывов» поведения;

- консультативная работа с родителями.

Указанные задачи выполняются силами педагогического коллектива школы (детского сада) и специалистами ПМПК при их согласованном взаимодействии.

6.1.2. Организация деятельности ПМПК

Как правило, изучение ребенка специалистами ПМПК начинается с запроса педагогов или родителей. За ребенком ведется целенаправленное наблюдение на занятиях и в свободное время (игры, прогулка и т.п.). Проводится и индивидуальное обследование с учетом возрастных и психофизических особенностей ребенка. На основе данных, полученных специалистами, на заседаниях ПМПК обсуждаются результаты и составляется коллегиальное заключение с рекомендациями об образовательном маршруте в соответствии с возможностями и особенностями ребенка, а также медицинской помощи, если таковая требуется. В тех случаях, когда образовательное учреждение, в котором находится ребенок, не может обеспечить необходимые условия или ребенок нуждается в дополнительной диагностике, его направляют (с согласия родителей) в психолого-медико-педагогическую консультацию на комиссию.

При выведении ребенка в другой вид образовательных услуг (коррекционные классы (группы), надомное обучение и др.) оформляется его педагогическая характеристика, выписки из индивидуальной карты развития, из заключений специалистов ПМПК, итоговое заключение и рекомендации ПМПК. При направлении ребенка на ПМПК копия коллегиального заключения ПМПК выдается родителям на руки, копии заключений отдельных специалистов ПМПК направляются по почте или с представителем ПМПК. В другие учреждения и организации копии заключения ПМПК направляются только по официальному запросу.

В ПМПК ведется следующая документация:

- журнал записи и учета детей, прошедших обследование специалистов консилиума;
- журнал регистрации заключений и рекомендаций специалистов и коллегиального заключения и рекомендаций ПМПК;
- карта (папка) развития обучающегося воспитанника.

Необходимо отметить, что наряду с указанными официальными документами в ряде специальных (коррекционных) школ VIII вида успешно используется «Дневник индивидуального сопровождения», разработанный коллективом учебно-воспитательного комплекса № 1836 г. Москвы. Концепция «сопровождения» и методические указания к ведению «Дневника...» разработаны специалистами Е.И.Капланской, А.В.Капланским и С.Д.Забрамной. В «Дневнике...» фиксируются сведения, анализ которых позволяет осуществить оказание своевременной и целенаправлен-

ной помощи воспитаннику в его учебной деятельности и специальной адаптации. Особенно важны эти сведения при подготовке ребенка к представлению на ПМПК. Ответственный за ведение дневника — классный руководитель, контроль осуществляет зам. директора.

В «Дневнике...» содержатся следующие разделы:

- сведения социального характера; заполняется классным руководителем на основе документов, беседы с родителями (или лицами, их заменяющими), знакомства с бытовыми условиями жизни и т.д.;

- медицинские данные; заполняется классным руководителем на основе медицинской карты, другой медицинской документации, заключения ПМПК (если ребенок был обследован комиссией). Вносятся только данные о нарушениях, симптоматике, особенностях психического и физического здоровья, непосредственно влияющих на успешность обучения и воспитания;

- психолого-педагогическая информация; заполняется классным руководителем совместно с психологом на основе обобщения заключений дефектолога, логопеда, всех преподавателей и воспитателей, работающих с ребенком. Эти сведения вносятся в таблицу дважды в учебном году, поэтому имеется возможность проследить динамику развития ребенка;

- запись педагогических наблюдений; содержит краткую фиксацию наиболее значимых для педагогов сведений (в форме безоценочных описаний);

- рекомендации; заполняется классным руководителем на основе заключений и рекомендаций ПМПК;

- сведения о работе с родителями; фиксируются в форме безоценочного описания;

- характеристики; пишутся классным руководителем (воспитателем) в произвольной форме в конце каждого года пребывания (вносятся дополнения, показывающие возрастные новообразования и результаты проводимой коррекционно-развивающей работы).

Содержание данного «Дневника...» достаточно информативно. Оно может явиться сигналом для проведения углубленного всестороннего обследования специалистами ПМПК и предоставляет им полезные дополнительные материалы о ребенке.

Периодичность проведения ПМПК определяется реальным запросом образовательного учреждения, но не реже одного раза в квартал. Очень важно, чтобы заседание было тщательно подготовлено, поэтому заранее (за 1 — 2 мес) ведущий специалист уточняет, кто из детей нуждается в углубленном изучении, определяется программа работы с ребенком и сроки представления заключений всеми специалистами ведущему специалисту (не позднее чем за три дня до заседания ПМПК). В тех случаях, когда дети обследуются на ПМПК повторно, необходимо особо оценить результаты

проведенной с ребенком индивидуальной коррекционно-развивающей работы (показать наличие и характер динамики) и наметить дальнейшую программу такой работы.

ПМПк не только помогают ребенку, родителям, но и повышают профессиональный уровень самих педагогов, обеспечивая согласованность их действий при решении проблем ребенка, и в этом одно из важнейших предназначений ПМПк.

Таким образом, ПМПк — это первая помощь ребенку в условиях учреждения, где он находится.

Однако ребенку бывает необходима более специализированная диагностическая и консультативная помощь. В этих случаях, а также при переводе детей в другую образовательную систему их направляют в психолого-медико-педагогические комиссии, деятельность которых рассматривается в следующем разделе.

6.2. Психолого-медико-педагогические комиссии и консультации

Традиционно существовали психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК), которые занимались комплектованием специальных учреждений для детей с различными нарушениями развития. Они создавались совместно органами образования, здравоохранения, социальной защиты населения. При этом для каждого типа детских учреждений (для умственно отсталых, для слепых и слабовидящих, для глухих и слабослышащих и т.д.) существовали свои ПМПК. Хотя в работе этих комиссий участвовали квалифицированные специалисты, организация и условия их работы (ограниченность времени обследования детей, невозможность при одноразовых обследованиях проследить динамику развития, отсутствие в их составе психологов и др.) не обеспечивали качества медицинской и психолого-педагогической диагностики. Нередки были случаи ошибочных диагнозов. Это в одинаковой мере относится и к медицинскому, и к психолого-педагогическому исследованию. На протяжении многих лет (1960— 1980-е гг.) велись поиски путей, дополняющих работу медико-педагогических комиссий, разрабатывались критерии и методы психолого-педагогической диагностики. Стремления дефектологов (С.Д.Забрамная, В.И.Лубовский, А.Р.Лурия, К.С.Лебединская, Ж.И.Шиф и др.) были направлены на то, чтобы сделать изучение детей более объективным.

Именно в целях совершенствования всей системы комплектования специальных учреждений для аномальных детей в 80-е гг. XX в. начали создаваться психолого-медико-педагогические консультации. В то время их открытие было результатом энтузиазма отдельных дефектологов и понимания важности данной пробле-

мы органами народного образования, здравоохранения, местными властями. Своим решением от 12 апреля 1995 Министерство образования РФ утвердило проект типового Положения о психолого-медико-педагогических консультациях. Преимущество последних перед психолого-медико-педагогическими комиссиями состояло в том, что они стали постоянно действующими (в случае необходимости можно было проводить повторное обследование детей) и, что очень важно, расширились направления деятельности по оказанию помощи детям, их родителям, педагогам.

В настоящее время в стране существуют различные организационные формы деятельности ПМПК: многопрофильные комиссии, которые комплектуют разные коррекционно-образовательные учреждения; профильные, осуществляющие комплектование учреждений одного вида; постоянно действующие и временные, образованные только на период комплектования образовательных учреждений. Типовое положение о деятельности психолого-медико-педагогической комиссии в настоящее время разрабатывается Министерством образования (см. приложение 3).

ПМПК является государственным консультативно-диагностическим, коррекционным учреждением в системе специализированной помощи детям с отклонениями в психофизическом развитии, с проблемами в обучении, общении, поведении. ПМПК выполняет функцию высшей экспертной службы при определении вида и форм обучения детей. В своей деятельности ПМПК руководствуется Международной Конвенцией о правах ребенка, а также действующими законоположениями Российской Федерации об образовании, здравоохранении, защите прав детей и распоряжениями Правительства России.

С учетом административного деления создаются республиканские, региональные, городские, областные, окружные и межрайонные ПМПК.

ПМПК решают вопросы комплектования специальных (коррекционных) учреждений, а также оказывают консультативно-диагностическую и коррекционную помощь всем, кто в этом нуждается. Обращаться в ПМПК могут как отдельные образовательные и медицинские учреждения, так и непосредственно родители, педагоги, подростки по личной инициативе. В своей деятельности ПМПК неуклонно следует принципам, разработанным отечественной дефектологией. Одним из главных является принцип гуманности, заключающийся в том, чтобы вовремя создать каждому ребенку необходимые условия, при которых тот сможет максимально развить свои способности. Этот принцип обязывает глубоко и внимательно изучать ребенка, искать пути и средства для преодоления трудностей, встречающихся на его пути. Только в том случае, если все необходимые и возможные меры помощи, оказанные детям в условиях общеобразовательных учреждений,

не дали положительных результатов, ставится вопрос о направлении их в специальные учреждения.

Обязательным является принцип комплексного изучения детей. Этот принцип обязывает учитывать при совместном обсуждении данные, полученные при обследовании ребенка всеми специалистами: врачами, дефектологами, психологами. В тех случаях, когда мнения специалистов расходятся, назначается повторное обследование ребенка. При решении самых сложных вопросов интересы ребенка должны занимать первое место. Следует отметить, что соблюдение указанного принципа при изучении детей позволяет еще до комиссии точнее определить их состояние, выявить причины имеющихся отклонений в развитии. Так, педагог может первым обратить внимание на усиливающуюся рассеянность, утомляемость, плаксивость ребенка и т.д. В свою очередь, врач поможет установить причины этих изменений и рекомендовать необходимые средства для их устранения.

Важное значение имеет принцип всестороннего и целостного изучения ребенка. Он предусматривает исследование познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения. Учитывается также физическое состояние детей, которое может существенно влиять на формирование их умственных способностей. Говоря о целостности изучения, следует помнить, что психическое развитие ребенка не определяется простой суммой развития отдельных, изолированных способностей, поэтому нельзя делать заключение о состоянии ребенка только на основании исследования его восприятия, памяти или других психических функций. Под целостностью изучения подразумевается обязательное сопоставление всех полученных о ребенке данных: об особенностях отдельных психических процессов, эмоций, воли, поведения и физического состояния.

Всестороннее, целостное изучение ребенка может быть успешным, если оно будет осуществляться в процессе его деятельности: учебной, трудовой или игровой. Необходимо, чтобы и методы, и материалы, используемые при изучении детей, были максимально индивидуализированы с учетом их возрастных и характерологических особенностей. Установленный с ребенком контакт поможет лучше выявить все качества его личности: интересы, состояние волевой сферы, целенаправленность в действиях, особенности протекания основных психических процессов и т.д.

Самым специфическим для отечественной дефектологии является принцип динамического изучения детей, согласно которому при обследовании важно учитывать не только то, что дети знают и могут выполнить в момент исследования, но и их возможности в обучении. В основе этого принципа лежит учение Л. С. Выготского о «зоне ближайшего развития» детей, их потенциальных возможностях в обучении. Чем выше умственное развитие ребенка,

тем успешнее он научится выполнять то или иное задание, переносить полученный опыт в новую ситуацию. Одно из отличий умственно отсталых детей от интеллектуально нормальных состоит в том, что они плохо используют помощь. Именно поэтому при обследовании педагог должен всегда обращать внимание, насколько улучшается работа ребенка после объяснения, как он выполняет аналогичное задание. Все обследование детей рекомендуется строить с учетом принципа обучающего эксперимента.

При оценке выполненного ребенком задания важно учитывать принцип качественно-количественного подхода, т.е. оценивать не только конечный результат, но и способ, рациональность выбранных решений задачи, логическую последовательность операции, настойчивость в достижении цели и т.п.; при этом оценка должна быть дифференцированной.

Таковы принципы, которыми следует руководствоваться при изучении детей в ПМПК.

В штатный состав ПМПК входят следующие специалисты:

врачи (педиатр, невропатолог, психиатр, отоларинголог, офтальмолог, врач по функциональной диагностике);

педагоги-дефектологи (олигофренопедагог, сурдопедагог, тифлопедагог, ортопед);

- логопед;
- психолог;
- социальный педагог;
- медицинский статистик.

Возглавляет ПМПК и руководит всей ее работой заведующий, имеющий дефектологическое образование и стаж практической работы с аномальными детьми. В его обязанности входит организация коллегиальной работы; оснащение ПМПК необходимым оборудованием; осуществление связи с учреждениями и органами образования, здравоохранения, социальной защиты населения, ассоциациями, фондами; планирование работы ПМПК и ее кадровое обеспечение.

В зависимости от условий региона (материальной базы, обеспеченности специалистами и др.) в структуре ПМПК могут создаваться самостоятельные отделы, каждый из которых выполняет определенную работу, составляющую содержание деятельности ПМПК. Сюда входят консультативно-диагностический, коррекционный и научно-методический отделы. Рассмотрим указанные направления деятельности ПМПК.

6.2.1. Консультативно-диагностическая работа

Важнейшей задачей ПМПК, а значит, и основным содержанием ее деятельности, является проведение комплексной психолого-медико-педагогической диагностики детей и подростков с

рождения до 18 лет. Ранняя диагностика необходима для оказания своевременной помощи детям, уточнения уровня и особенностей их развития, а также определения места и характера воспитания и обучения. В этих случаях решаются вопросы комплектования специальных (коррекционных) учреждений.

Следует указать, что всеми вопросами, связанными с комплектованием, занимаются психолого-медико-педагогические комиссии.

Психолого-медико-психологическая диагностика может проводиться и по просьбе родителей (или лиц, их заменяющих), педагогов для решения проблем, связанных с отклонениями в развитии ребенка. Им нужна консультация и конкретные рекомендации по оказанию помощи ребенку. Об этом виде деятельности ПМПК будет сказано ниже.

Рассмотрим организацию и содержание работы по комплектованию специальных (коррекционных) учреждений.

В тех случаях, когда в детских садах, школах педагоги и специалисты психолого-медико-педагогических консилиумов затрудняются своими силами решить вопросы, связанные с поведением, неуспеваемостью и иными проблемами детей, таких детей направляют в психолого-медико-педагогические комиссии (консультации) для уточнения психофизического состояния и определения места дальнейшего обучения и воспитания. При этом на ребенка оформляются следующие документы:

- свидетельство о рождении (предъявляется);
- подробная выписка из истории развития с заключениями врачей (педиатра, невропатолога, отоларинголога, офтальмолога, ортопеда);
- педагогическая характеристика, отражающая подробный анализ развития с указанием педагогической помощи и ее эффективности;
- письменные работы, рисунки, раскрывающие динамику развития ребенка;
- заключение психолого-медико-педагогического консилиума.

Необходимо, чтобы в педагогической характеристике не просто перечислялось, чему ребенок не научился, его недостатки, но и указывалось, каков характер затруднений, испытываемых ребенком, как ему помогали их преодолевать. В характеристике следует отметить и те положительные качества ребенка, которые могут быть использованы в дальнейшей работе с ним. В содержание характеристики должны войти формальные данные о ребенке с обязательным указанием срока пребывания его в детском саду, обучения в школе; сведения о семье; сведения об особенностях познавательной деятельности, данные о навыках самообслуживания; указания относительно основных трудностей и причин отставания; сведения об особенностях эмоцио-

нально-волевой сферы; материалы, характеризующие особенности личности.

Наличие этих сведений не является формальным требованием. Тщательное оформление материалов, характеризующих ребенка, поможет членам консультации правильное построить обследование, определит главную цель их работы как выявление и установление причин трудностей, которые больше всего мешают развитию ребенка.

В ПМПК при проведении работы по комплектованию ведутся журнал записи на ПМПК и журнал учета детей, прошедших обследование; протоколы, фиксирующие ход обследования; архив с делами детей, выведенных из системы коррекционно-развивающего обучения, и дубликаты заключения ПМПК. В журнале учета регистрируются следующие сведения:

№ п/п	Дата обследования	Фамилия, имя, отчество ребенка	Год, число, месяц рождения	Место жительства	В каких учреждениях и сколько лет воспитывался или обучался	Кем направлен в ПМПК	Повод направления в ПМПК	Краткие сведения о родителях	Диагноз и заключение ПМПК	Рекомендации ПМПК	Примечание
-------	-------------------	--------------------------------	----------------------------	------------------	---	----------------------	--------------------------	------------------------------	---------------------------	-------------------	------------

В графе «Примечание» указывается выполнение родителями рекомендаций консультации. Хотя право выбора учреждения для дальнейшего воспитания и обучения ребенка остается за ними, очень важно, чтобы члены ПМПК сделали все возможное, чтобы убедить их поступить так, как этого требуют интересы ребенка.

Журнал учета хранится в ПМПК.

Весь ход обследования ребенка в консультации фиксируется в протоколе квалифицированным специалистом (медицинским статистиком) и хранится в личном деле ребенка, которое передается в то учреждение, куда он направляется. Протоколы помогают учителям заранее познакомиться с особенностями личности, качеством знаний, особенностями психофизического развития, которые необходимо учесть с первых дней пребывания ребенка в саду или в школе. Кроме этого, протоколы необходимы для фиксирования динамики развития, особенно в тех случаях, когда ребенок повторно направляется на ПМПК. Сравнивая полученные данные с протоколом предыдущего обследования, можно судить об изменениях, происшедших за истекший период. Протокол помогает членам ПМПК составить подробное заключение о ребенке. Он остается в личном деле.

На основании данных индивидуального обследования ребенка каждым специалистом консультации составляется заключение о характере отклонений. Принимается коллегиальное решение о месте дальнейшего коррекционного воспитания и обучения с учетом его психофизических и индивидуальных особенностей. Даются конкретные рекомендации (см. приложение 4).

В тех случаях, когда ребенку рекомендовано продолжать обучение в том же учреждении, его дело возвращается в психолого-медико-педагогический консилиум, а дубликат заключения передают в архив ПМПК (хранится не менее 10 лет).

Списки обследованных детей и подростков с рекомендациями ПМПК передаются в соответствующие органы народного образования, соцздоровобеспечения и др. Родителям (лицам, их заменяющим) выдается заключение с соответствующими рекомендациями (без указания диагноза).

Направление детей в специальное учреждение осуществляется органами народного образования на основании рекомендаций ПМПК в строгом соответствии с инструкциями по приему в каждое специальное учреждение.

Такова организация работы ПМПК по комплектованию специальных (коррекционных) учреждений.

Содержание работы по комплектованию включает в себя медицинское, психолого-педагогическое и логопедическое обследование детей.

Медицинское обследование включает офтальмологическое, отоларингологическое, соматическое, неврологическое и психиатрическое исследования ребенка. При необходимости проводятся параклинические обследования (РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ, аудиография и другие лабораторные исследования). Проводится сбор анамнеза. Все эти исследования ведутся врачами. Ни дефектолог, ни психолог не вправе ими заниматься, но им важно знать, как влияют на развитие детей те или иные неблагоприятные факторы, каковы особенности их психики. Данные из истории развития ребенка, полученные врачом во время беседы с матерью, а также объективные показатели состояния ребенка по материалам врачебных заключений помогут выбрать стратегию психолого-педагогического обследования. Так, при обследовании ребенка со сниженным слухом или с нарушением речи обязательно должны использоваться задания невербального характера, а при дефектах зрения обследование строится преимущественно на речевом материале и т.д.

В ходе психолого-педагогического обследования выявляются особенности психического развития ребенка (время сензитивных периодов развития речи, движений и т.п.); выясняется, когда начали формироваться навыки опрятности, самообслуживания, общения с детьми; определяется состояние моторики, характер

игры и др. Обязательным является изучение не только отдельных психических процессов, но и личности в целом.

Если дети еще не учатся в школе, то необходимо определить их готовность к школьному обучению — установить уровень умственного развития, эмоционально-волевой и социальной зрелости. К школе ребенок должен овладеть определенным объемом знаний и представлений об окружающем мире, а также умственными операциями и навыками речевого общения, проявлять познавательную активность, у него должен быть сформирован ряд патофизических и психических функций: моторика, произвольное внимание, осмысленная память, пространственное восприятие. Очень важным свойством является способность к регуляции поведения и к самоконтролю; не менее важно наличие психологических качеств, необходимых для адаптации в детском коллективе.

В тех случаях, когда дети уже учатся в школе, следует установить характер и причины имеющихся у них трудностей в учении, вскрыть структуру дефекта. В связи с тем что на успешность обучения в значительной мере влияет обучаемость, нужно обратить на это особое внимание. Показателями обучаемости являются способность к обобщенной мыслительной деятельности, гибкость мыслительных процессов, темп усвоения учебного материала и др., а также то, как ребенок использует помощь (это один из главных показателей). Учитываются характер и мера этой помощи, возможность переноса показанного способа деятельности на аналогичное задание.

Педагогическое обследование, включающее выявление общей осведомленности, сформированность учебных навыков, знаний по письму, чтению, математике и т.д. проводит дефектолог. В своем заключении он не только отражает установленный актуальный уровень развития ребенка, но и подробно указывает необходимые приемы работы с ним. Его рекомендации полезны и педагогам, и родителям.

Психологическое обследование проводит психолог. Он анализирует причины наблюдаемых явлений, дает прогноз и рекомендации по коррекции психических функций, мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер. В заключении он указывает комплексный психологический диагноз. В случае необходимости проводится нейропсихологическое обследование.

Логопедическое обследование (в тех случаях, когда в этом есть необходимость) осуществляет логопед. Выявляя особенности развития речи, он вскрывает характер и причины имеющихся дефектов. В содержание логопедического изучения входит обследование артикуляционного аппарата, импрессивной (фонетический слух, понимание слов, простых предложений, логико-грамматических конструкций) и экспрессивной (повторной, номинативной, самостоятельной) речи. Исследуется и письменная речь детей, а также

речевая память. Логопеду необходимо выявить структуру речевого дефекта и установить уровень речевого недоразвития детей, что помогает разграничить детей с первичными речевыми нарушениями (и как следствие — с задержкой умственного развития) и детей, у которых недоразвитие речи вызвано умственной отсталостью.

Каждый из членов комиссии-консультации имеет свой участок работы, но заключение делается всеми специалистами на основе анализа всех полученных о ребенке сведений. Важно не только поставить диагноз и написать заключение, но и необходимо обосновать их, выделив основные симптомы указанного состояния. В тех случаях, когда дети направляются в специальную (коррекционную) школу, желательно дать рекомендации для работы с ними.

В процессе работы должна сохраняться спокойная и доброжелательная обстановка. Не следует создавать впечатление экзамена и усложнять положение обследуемого. Очень важно в беседах с родителями и детьми строго соблюдать нормы профессиональной этики, такта. В помещении, где проходит работа, не должно быть никаких посторонних, отвлекающих детей картин, плакатов и т.д. Даже само размещение ребенка, родителей, членов консультации за столом во время обследования имеет немаловажное значение.

При проведении психолого-педагогического обследования детей, особенно в условиях ПМПК, необходимо обратить внимание на ряд показателей, которые проявляются в ходе работы с ребенком и должны обязательно учитываться при составлении окончательного заключения о его состоянии. В их числе:

1. Эмоциональная реакция ребенка на сам факт обследования. Волнение — естественная реакция на новую обстановку и незнакомых людей. Однако должна настораживать и чрезмерная веселость, фамильярность в обращении с членами консультации, неадекватность поведения.

2. Понимание инструкции и цели задания. Выслушивает ли ребенок инструкцию до конца, делает ли попытки понять ее прежде, чем приступить к работе? Какого типа инструкция понятна детям: устная или устная с наглядным показом?

3. Характер деятельности. Следует обратить внимание на наличие и стойкость интереса к заданию, целенаправленность деятельности ребенка, умение доводить дело до конца, рациональность и адекватность способов действий, на сосредоточенность в процессе работы; учитывается общая работоспособность. Очень важным качеством деятельности ребенка является наличие самоконтроля, саморегуляции. Один из главных показателей — способность использовать помощь. Чем сильнее она выражена, тем выше обучаемость ребенка. Важно учесть меру и характер оказываемой помощи. Показателем обучаемости служит перенос показанного ребенку способа деятельности на аналогичное задание.

4. Реакция на результат работы. Правильная оценка своей деятельности, адекватная эмоциональная реакция (радость при успехе, огорчение при неудаче) свидетельствуют о понимании ребенком ситуации.

6.2.2. Методы психолого-педагогического исследования детей в ПМПК

В связи с тем что в предыдущей главе достаточно подробно раскрыты методы дифференциальной психолого-педагогической диагностики детей разного возраста, здесь мы лишь кратко выделим те, которые используются в ПМПК при решении вопросов, связанных с комплектованием специальных (коррекционных) учреждений VIII вида.

Изучение документации детей

Обследование детей в ПМПК обычно начинается с изучения сопроводительной документации (медицинские карты, характеристики) и продуктов деятельности (тетрадей, рисунков и т.п.).

Врач-невропатолог знакомит членов комиссии-консультации с имеющейся медицинской документацией: анамнезом, заключениями отоларинголога, офтальмолога, педиатра, лабораторными данными и др.; обращает внимание на имеющееся у ребенка снижение слуха или зрения и т. п. В этих случаях дефектолог заранее может подобрать соответствующий для обследования материал.

В свою очередь дефектолог, ознакомившись с педагогической документацией, сообщает членам консультации о существенных особенностях, которые следует учитывать как при налаживании контакта, так и в процессе обследования. Например, если в характеристике указаны выраженные трудности в усвоении учебной программы, то целесообразно строить обследование на заданиях игрового характера, начиная с того, которое для ребенка легче и интереснее. Изучение характеристики позволяет определить пути выявления тех качеств и свойств психической деятельности, которые в большей мере указывают на состояние ребенка и требуют уточнения.

Если ребенок учится в школе, необходимо очень внимательно проанализировать его тетради. Внешний вид тетради свидетельствует о таких качествах, как аккуратность, понимание школьных требований, интерес к самому процессу учения. Характер выполнения письменных работ может свидетельствовать об имеющихся у ребенка трудностях; это в свою очередь вызовет вопросы об их причинах. Так, несоблюдение строчек при письме может быть вызвано и нарушением моторики, и трудностями пространствен-

ной ориентировки, и просто непониманием требований и др. Ошибки при письме (перестановка, пропуск букв, недописывание слов, смешение глухих и звонких согласных и т.д.) также имеют разные причины. Важно проследить, как ребенок преодолевал эти трудности, какая помощь и в какой мере оказывалась ему учителем. Сравнивая первую и последнюю по времени заполнения тетради, можно установить динамику развития ребенка. Интересные сведения о ребенке можно получить и из его рисунков. Иногда именно рисунок становится первым сигналом о том или ином психическом неблагополучии.

Только после тщательного изучения всех материалов документации начинают непосредственное обследование ребенка.

Следует помнить, что положения общей психологии об индивидуально-типологическом, личностно-деятельностном, системно-структурном подходах, качественно-количественной оценке работы ребенка обязательны и в олигофренопсихологии при изучении детей с различными отклонениями в развитии.

Выбор и последовательность применения тех или иных методов зависят от возраста и индивидуальных особенностей обследуемого. В одних случаях олигофренопедагог или логопед выбирает метод беседы, включая в нее отдельные экспериментальные методики, в других все изучение строится на наблюдении за деятельностью ребенка в процессе игры и т.д. В обследование важно включить элементы обучения, варианты помощи, задания аналогичного характера, в которых проявляется способность ребенка к переносу показанных приемов деятельности. Необходимо чередовать задания на исследование разных форм мышления (наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического).

Начинать обследование целесообразнее с заданий средней трудности, но в ряде случаев — с заведомо легких, чтобы успешное выполнение сразу же создало у ребенка положительное отношение к последующей работе, сняло волнение, беспокойство. Это особенно важно учитывать, когда ребенок неконтактен. В процессе обследования следует создавать ситуацию эмоционального комфорта, мотивировать, поощрять ребенка, предлагать задания в непривычной форме, чтобы исключить подготовленность, «на-taskанность» в семье. Обследование перегружать нельзя.

Изучая детей с отклонениями в развитии, необходимо помнить, что главное — отграничение первичных дефектов, обусловленных биологическими причинами, от вторичных, третичных и т.д. дефектов, являющихся следствием первичного дефекта, и воздействующих на ребенка социальных факторов. К дефектам более высоких уровней (вторичным, третичным и т.д.) Л.С.Выготский относил недоразвитие высших психических функций и поведения. Очень важно учитывать соотношение первичного дефекта и дефектов более высоких уровней, а также степень их выраженности.

Следует выявлять дефекты, оказывающие наиболее негативное влияние на развитие познавательной деятельности и личности.

Метод беседы

Беседа служит средством установления контакта с ребенком, позволяя судить о его личностных качествах и поведении, помогая вскрыть причины некоторых отклонений в развитии. В ходе беседы выявляется запас сведений и точность представлений. Беседа как метод исследования должна быть целенаправленной. При установлении умственных способностей ребенка в беседе следует выявить:

- точность представлений ребенка о себе, своих родителях (имя, отчество, фамилия, возраст); способность дифференцировать понятия «семья», «родственники», «друзья» и т.д.;
- характер представлений о времени;
- представления о явлениях природы, различие времен года с учетом их признаков;
- умение ориентироваться в пространстве;
- запас сведений об окружающей среде.

Вопросы должны быть четкими и понятными, а сама беседа носить непринужденный характер. Важно соблюдать педагогический такт.

Не рекомендуется начинать беседу, если дети имеют дефекты речи, слуха или трудно вступают в контакт. В этих случаях можно воспользоваться наглядным материалом, который заинтересует ребенка и позволит выявить то, что требуется исследователю.

Метод наблюдения

Метод наблюдения — один из ведущих при изучении детей на комиссии. Наблюдение начинается с момента появления ребенка в комиссии и продолжается на протяжении всего времени обследования. Оно всегда должно проводиться целенаправленно.

Особое значение имеет наблюдение за игровой деятельностью ребенка, так как в ряде случаев оно является основным методом исследования в условиях психолого-медико-педагогических консультаций.

Свободная игра позволяет установить контакт с ребенком, особенно когда он боится обследования. Предоставив ребенку возможность заниматься с игрушками («Возьми какие хочешь игрушки и поиграй, а я пока с мамой поговорю»), фиксируются первые сведения о нем, характер эмоциональных реакций при виде игрушек (радость, выраженная или сдержанная, безразличие), способность самостоятельно выбрать игрушки и организовать игру, разумность производимых действий с игрушками, стойкость интереса к игровой деятельности. Создавая игровые ситуа-

ции, ребенок практически проводит анализ, синтез, обобщение и классификацию, отбирая именно те игрушки, которые нужны для определенного действия (отбирает предметы одежды, чтобы организовать игру с куклой; кубики, чтобы погрузить их на машину, и т.д.). В ходе производимых ребенком манипуляций наблюдают за координацией движений, состоянием моторики.

В ряде случаев (если ребенок не учится, имеется явное снижение интеллекта и др.) помимо наблюдения за свободной игровой деятельностью ребенка проводится специальное обследование с помощью игрушек. Использование различного игрового материала для исследования детей подробно описано в главах 3 и 4. В более усложненном варианте он может быть применен и при обследовании детей школьного возраста.

Метод изучения рисунков

Как уже отмечалось ранее, рисунок является важным дифференциально-диагностическим показателем при изучении детей. В тех случаях, когда рисунок, находящийся в педагогической документации ребенка, чем-то настораживает, целесообразно провести специальное исследование, предложив ребенку рисование свободное и по заданию. Способность ребенка выбрать тему, характер изображения, сам процесс рисования могут дать ценный дополнительный материал для уточнения окончательного диагноза. На это указывали С. А. Болдырева, Т. Н. Головина, И. А. Грошанков, В. С. Мухина и многие другие исследователи.

Как правило, умственно отсталые дети затрудняются выбрать тему, изображают привычные однотипные предметы, не создавая сюжета. В их рисунках на свободную тему нет замысла, фантазии. Даже когда детям дается задание, что надо нарисовать, они не всегда выполняют его в соответствии с инструкцией. Бедность и нечеткость представлений проявляются в несоблюдении форм, пропорций частей предмета, в ограниченном и не всегда верном использовании цвета. Умственно отсталые дети затрудняются объяснить рисунок. В зависимости от степени интеллектуального снижения эти недостатки менее или более выражены.

Своеобразны рисунки детей с психическими заболеваниями. Им присущи нелогичность, нелепость изображения, неадекватное, беспорядочное использование цвета, несообразность пропорций, сексуальная выраженность и др.

Так, для больных шизофренией характерны незавершенность, отсутствие основных частей, геометризация, вычурность, нагромождения и наслоения, несогласованность замысла рисунка с размерами листа, боязнь рисовать далеко от края, уплощение рисунка.

При эпилептической деменции характерны чрезмерная тщательность, излишняя скрупулезность, выраженная медлитель-

ность, трудность переключения. Дети тратят на рисунок очень много времени, застревают на вырисовывании отдельных несущественных деталей. Им сложно выделить главное, их рисунки стереотипны.

Помимо диагностических целей в условиях психолого-медико-педагогических комиссий рисунок может быть использован для установления контакта с ребенком и как «безречевая» методика в тех случаях, когда имеются трудности речевого общения.

6.2.3. Методы экспериментально-психологического исследования в ПМПК

Методы экспериментально-психологического исследования играют важную роль при изучении детей на психолого-медико-педагогических комиссиях. Они предусматривают создание определенных ситуаций, при которых актуализируются психические процессы, подлежащие специальному изучению. С помощью экспериментально-психологических методик можно вскрыть причину и механизмы тех или иных состояний.

Изучение документации и продуктов деятельности детей, беседа, наблюдение чаще всего выявляют те или иные особенности в развитии ребенка. Объяснить эти факты, понять их структуру помогает специальное экспериментальное задание, моделирующее соответствующую психическую функцию.

Если в построении экспериментальной методики и в процессе самого обследования соблюдается принцип обучающего эксперимента, то есть возможность не просто констатировать состояние ребенка и дать характеристику изучаемой психической функции, но и сделать некоторый прогноз в его развитии, а также дать рекомендации для работы с ним. Качественный анализ процесса деятельности наряду с учетом определенных количественных показателей является обязательным условием при оценке выполнения детьми экспериментально-психологических заданий.

В практических руководствах по использованию экспериментальных методик приводится их детальное описание, точно указана форма ведения протокола обследования и интерпретация результатов выполнения ребенком задания.

При обследовании детей в психодиагностических целях используется и метод тестов. Подробнее об использовании тестов см. главу 3.

Нейропсихологическое исследование

Расширение задач, стоящих перед ПМПК при обследовании детей, сделало необходимым не только установление самого факта или наличия того или иного нарушения развития, но и определение его механизма. Важно выявить структуру, качественную спе-

цифику состояния, чтобы дать прогноз и рекомендации для проведения адекватной коррекционной работы с ребенком.

Решению этих задач помогает использование нейропсихологических методик, которые способны «нащупать» наименее внешне выраженные отклонения высших психических функций и выявить их связь с определенными мозговыми структурами. Нейропсихологическое обследование проводится только психологом, прошедшим специальную подготовку.

Как показывает практика работы психолого-медико-педагогических комиссий, у специалистов еще много трудностей при комплектовании специальных учреждений. Хотя арсенал имеющихся психолого-педагогических методик достаточно велик, многие из них нуждаются в большей точности. Необходимо продолжать работу по апробированию заданий, позволяющих полнее раскрыть особенности обследуемого ребенка. При этом важно учитывать, чтобы задания-методики были не просто констатирующими (как традиционные тесты), а обучающими, направленными на формирование новых умственных действий, выявляющими «зону ближайшего развития» детей. Требуется дальнейшая разработка и обоснование критериев, которые должны стать основой дифференциальной диагностики умственной отсталости и сходных состояний.

Следует всегда помнить о социальной природе человеческой психики, о том, что познавательные способности являются продуктом прижизненного формирования, а потому и изучаться должны в условиях их становления, в разных видах деятельности.

Консультирование родителей и педагогов

При проведении медицинского и психолого-педагогического обследования детей с целью решения вопроса о типе учреждения, в котором должен находиться ребенок, могут возникать разные ситуации. В одних случаях действительно необходим перевод ребенка в специальное учреждение (специальный детский сад, специальную школу и др.). В других случаях бывает достаточно правильно организовать работу в условиях учреждений общего типа при условии помощи со стороны семьи. Если у ребенка установлено глубокое снижение интеллекта, а родители не соглашаются поместить его в детский дом для детей-инвалидов, им очень нужна помощь. Врач дает советы по проведению оздоровительных мероприятий (закаливание, зарядка, специальные упражнения, режим питания и т.д.) и, если требуется, назначает лечение. Дефектолог отмечает, на что прежде всего нужно обратить внимание в работе с ребенком. У одних детей на первый план выступает развитие их общей двигательной активности, у других — формирование произвольного внимания и т.д. Безусловно, параллельно проводится и развитие мыслительных операций, речи, форми-

рование навыков целенаправленной деятельности и др. Важно, чтобы помощь детям со стороны родителей была адекватной и имела коррекционно-развивающую направленность.

Советы дефектолога по использованию мер воспитательного воздействия, по установлению правильного отношения родителей к детям с отклонениями в развитии очень полезны, так как порой здесь имеют место крайности. В одних семьях на ребенка смотрят как на больного и несчастного, которому подчиняется вся жизнь семьи. За него делают все, даже то, что он смог бы сделать сам. Его ограждают от сверстников, боясь инфекций или насмешек. Ребенок привыкает к полной бездеятельности, не приобретает элементарных навыков самообслуживания, не умеет общаться с детьми. У него появляются неуверенность в своих силах и полная безынициативность. Бывают и другие случаи, когда к ребенку в семье предъявляют слишком высокие требования, не учитывая его психофизические возможности. Перегрузка, особенно интеллектуальная, может привести к резкому снижению работоспособности, к срывам в поведении, к появлению нежелательных черт характера. Завышенная самооценка, сформированная родителями, приводит к тому, что ребенок берется за явно непосильные для него дела, не может их выполнить, нервничает, дает агрессивные вспышки, теряет веру в свои силы. Встречаются семьи, в которых дети заброшены. Родители считают, что «все равно они ничего не могут» и совсем не уделяют им внимания. Во всех приведенных случаях нужна серьезная разъяснительная работа с родителями, которую и проводят в консультации.

Не менее важны рекомендации по подготовке ребенка к школе. Известно, что для успешных занятий в школе нужно не просто научить ребенка грамоте, а развить у него качества, обеспечивающие обучение, необходимо сформировать устойчивую произвольную и целенаправленную деятельность. Родителям следует показать, как в процессе игровых занятий можно развивать восприятие, осмысленную память, учить навыкам самоконтроля и т.д. Дефектолог обращает внимание родителей на необходимость систематической работы по развитию речи и мышления ребенка. Для этой цели предлагаются доступные игровые задания, специальные упражнения. Если состояние ребенка требует длительного наблюдения специалистов, он назначается на повторное обследование, а родителям на этот период даются рекомендации. В зависимости от состояния речевого развития логопед также дает свои советы. Психолог оказывает родителям (а если это необходимо, то и другим членам семьи) консультативную и методическую помощь в работе с ребенком.

За помощью в консультацию могут также обратиться воспитатели и учителя, работающие с детьми. Специалисты консультации, вскрыв причины и характер тех или иных трудностей, дадут

конкретные рекомендации по их преодолению, коррекции в условиях учреждений, где находятся дети.

В тех случаях, когда родители с детьми или подростки приходят в ПМПК по собственной инициативе, от них не требуется никаких документов и о результатах обследования никуда не сообщается.

Коррекционная работа с детьми

На базе ПМПК могут проводиться занятия с детьми, которые из-за особой тяжести своего состояния не могут посещать детские учреждения. Такие занятия могут быть индивидуальными и групповыми.

Содержание и методика работы с детьми в каждом конкретном случае определяются специалистами консультации исходя из психофизического развития ребенка, его возраста, поставленных задач (подготовка к школе, преодоление трудностей в усвоении того или иного материала, формирование навыков саморегуляции и т.д.).

К работе с детьми необходимо привлекать и родителей. Взаимодействие педагогов и родителей будет эффективным, если родители поймут причину проблем своего ребенка и поверят в успех работы. Важно показывать положительные качества ребенка и опираться на них в работе, создавая позитивные ситуации. Каждый из специалистов ПМПК сам определяет содержание коррекционной работы, при этом обязательна согласованность их деятельности. Существуют общие виды занятий с ребенком, которые могут использоваться специалистами в разных вариантах.

Важнейшим фактором, стимулирующим развитие высших психических функций, является развитие двигательной сферы ребенка, поэтому в коррекционной работе наряду со специальными упражнениями по ее развитию следует также заниматься укреплением мышц кистей рук, развитием мелкой моторики пальцев. Для этих целей полезны такие упражнения: лепка из глины, пластилина; сжимание поочередно левой и правой рукой сначала не тугих, а затем более тугих резиновых предметов (груши, мяча, эспандера и т.п.); шнуровка, развязывание узелков, нанизывание на проволоку пуговиц и т.п.; открывание и закрывание пузырьков; прокалывание картона по пунктирным линиям, по точкам; обводка по контурам, по трафарету, через прозрачную бумагу; штриховка, раскрашивание; вырезание; сгибание бумаги, упражнения с пальцами, занятия мозаикой и др.

Для развития ориентировки в пространстве можно рекомендовать следующие задания: определение ребенком правой-левой стороны у себя на теле, на своем изображении в зеркале, на картинке; определение местоположения предметов по отношению к себе;

ориентировка на плоскости листа бумаги (слева, справа, вверх, вниз, посередине и т.д.); симметричное дорисовывание предмета, восприятие «зашумленных» предметов, букв, цифр; составление фигур из палочек, полосок (по образу, по памяти).

Для развития памяти полезны также игры: найти предъявленные фигуры, предметы в числе других (ребенку показывают 4 — 5 предметов, а затем он должен выбрать их из 8 — 10 предметов); запомнить расположение предъявленных предметов, а затем сказать, что изменилось. Рекомендуется выкладывать узоры по памяти, повторять слова, цифры, а также тренировать преднамеренное запоминание, учить приемам запоминания.

Развитию всех видов мышления способствуют занятия рисованием (декоративным, с натуры, по воображению, тематическим), лепкой, аппликацией, конструированием и т.п. Эти занятия развивают и сенсорные способности ребенка, пробуждают познавательные интересы.

В процессе всех занятий необходимо развивать и корректировать речь детей, формировать ее планирующую и регулирующую функции. В случаях когда это необходимо, проводится логопедическая работа.

При этом следует помнить, что коррекционная работа с детьми не сводится только к развитию отдельных психических процессов, к тренировке тех или иных умений и навыков, она должна быть направлена на коррекцию всей личности.

Научно-методическая работа

Основной целью и содержанием научно-методической деятельности ПМПК является программно-методическое обеспечение психолого-педагогического и медико-социального сопровождения детей с проблемами в развитии.

Специалисты ПМПК, занимающиеся этой деятельностью (дефектолог, логопед, психолог), разрабатывают для родителей, педагогов, психологов научно-методические материалы для занятий с детьми и подростками, а также нормативную документацию, помогают в издании необходимой литературы, участвуют в организации научно-практических конференций, семинаров как на базе ПМПК, так и других учреждений; обобщают и реализуют распространение эффективного опыта работы. Они осуществляют связь с районными психолого-медико-педагогическими службами (ПМС-центрами, психолого-педагогическими центрами, центрами реабилитации и абилитации детей с сенсорной депривацией и нарушениями опорно-двигательного аппарата, центрами здоровья и другими учреждениями, имеющими иные названия). Специалисты ПМПК координируют работу дефектологов, логопедов, психологов различных детских учреждений и оказывают им необ-

ходимую консультативную и методическую помощь, анализируют состояние консультативно-диагностической и коррекционно-развивающей работы в том или ином регионе страны и разрабатывают предложения по повышению ее качества. В обязанности специалистов ПМПК входит и пропаганда необходимых медицинских, психологических, дефектологических знаний среди родителей, педагогов детских садов, школ, среди населения. Эта работа должна способствовать профилактике аномалий развития и оказанию своевременной коррекционной помощи всем, кто в ней нуждается.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие принципы лежат в основе работы ПМПК и ПМПК?
2. Какие специалисты входят в состав ПМПК?
3. Раскройте цели и задачи ПМПК.
4. Опишите структуру и направления деятельности ПМПК.
5. Какая обязательная документация оформляется на ребенка при направлении его в психолого-медико-педагогическую комиссию (консультацию)?
6. Какая документация ведется в ПМПК и ПМПК?
7. Что должно быть отражено в психолого-педагогическом заключении ПМПК?
8. Какие требования предъявляются к организации и процедуре обследования детей в ПМПК при комплектовании специальных (коррекционных) учреждений?
9. Дайте характеристику основным методам психолого-медико-педагогического обследования в ПМПК.
10. Какие показатели следует учитывать при психолого-медико-педагогическом обследовании детей?

Литература

Основная

Венгер Л. А., Выгодская Г. Л., Леонгард Э. И. Отбор в специальные дошкольные учреждения. — М., 1972.

Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Собр. соч.: В 6 т. - М., 1983. - Т. 5. - С. 257-321.

Дети-сироты: Консультирование и диагностика развития / Под ред. Е. А. Стребелевой. — М., 1998.

Забрамная С. Д. Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. М., 1993.

Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М., 1995. — Гл. III.

Забрамная С. Д. От диагностики к развитию. — М., 1998.

Забрамная С. Д., Боровик О. В. Практический материал для психолого-педагогического обследования детей. — М., 2002.

Забрамная С. Д., Боровик О. В. Развитие ребенка в ваших руках. — М., 1999.

Забрамная С.Д., Костенкова Ю.А. Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов. — М., 2000.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте. — М., 2003.

Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. — М., 2000.

Логопедическое обследование ребенка / Сост. С. Е. Большакова. — М., 1995.

Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М., 1989.

Марцинковская Т.Д. Ребенок с отклонением в развитии. Ранняя диагностика и коррекция. — М., 1992.

Принципы отбора детей во вспомогательные школы / Под ред. Г.М.Дульнева, А. Р.Лурия. — М., 1973.

Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка: Комплект рабочих материалов / Под ред. М.М.Семаго. — М., 1997.

Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — СПб., 1998.

Схема нейропсихологического обследования детей / Под ред. А.В.Семенович. — М., 1998.

Ульянова У. В. Дети с задержкой психического развития. — Н. Новгород, 1994.

Усанова О.Н. Специальная психология: Система психологического изучения аномальных детей. — М., 1990.

Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей. — М., 1998.

Дополнительная

Виноградова А.Д. Методика обследования готовности к школьному обучению. — СПб. 1993.

Волков Б. С, Волкова И. В. Методы изучения психики ребенка. — М., 1994.

Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога / Под ред. И.В.Дубровиной. — М., 1997.

Кононова М. П. Руководство по психологическому исследованию больных детей. — М., 1963.

Психолого-медико-педагогическая консультация: Методические рекомендации / Под ред. Л.И.Шипицыной. — СПб., 1999.

Романова Е.С., Потемкина О.Ф. Графические методы в психологической диагностике. — М., 1992.

Ульянова У В., Лебедева О. В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии. — М., 2002.

Шванцара Й. и др. Диагностика психического развития. — Прага, 1978.

Глава 7

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Консультирование по проблемам ребенка с нарушениями в развитии — комплексный, многоаспектный процесс, и в зависимости от его доминирующей цели он может проводиться разными специалистами. Это могут быть и психологи, в том случае, когда, исходя из цели, за основу принимается психологическая модель консультирования, и специалисты по коррекционной педагогике, логопеды и др., когда за основу принимается педагогическая или диагностическая модель консультирования. Желательно привлекать к работе и медиков, которые могут дать оценку психофизиологическому состоянию ребенка. Каждый из этих специалистов обладает важными знаниями, помогающими решить ту или иную проблему, находящуюся в сфере его компетенции.

Кроме того, можно выделить разные уровни консультирования в зависимости от возможностей специалистов — имеется в виду как их подготовка, так и чисто формальные, организационные моменты (наличие постоянного приспособленного помещения, необходимого времени, организация труда в том или ином учреждении и пр.). Так, консультирование может вестись в ряде случаев на чисто информационном уровне, когда консультант в ходе одной-двух встреч обеспечивает клиента определенными необходимыми ему сведениями (например, о том, что такое умственная отсталость или какое-либо иное отклонение в развитии его ребенка; какие существуют специализированные учреждения и т. п.). Другой уровень консультирования — обучение клиента тем или иным навыкам, умениям — поведенческим, социальным, навыкам простейшей коррекционной работы, а не просто снабжение его информацией. Третий уровень — помощь в активной пе-

рестройке системы отношений, оценки действительности, а не просто снабжение информацией или обучение.

Следует подчеркнуть, что во всех вариантах консультирования (независимо от того, какого узкого профиля специалист проводит консультацию) необходимо соблюдать этические принципы и методологические подходы психологического консультирования, поскольку психологический аспект в ситуации консультирования всегда должен учитываться.

7.1. Понятие психологического консультирования

Психологическое консультирование как одно из направлений практической психологии возникло сравнительно недавно, в 50-е гг. XX в., т.е. много позже появления других отраслей практической психологии — психологической диагностики, психологической коррекции, психотерапии. Четкую грань между понятиями «психологическое консультирование», «психотерапия», «психологическая коррекция» провести невозможно: их цели, задачи, методы тесно переплетены.

Психологическая коррекция согласно наиболее распространенному в нашей стране определению (а их, как и определений психотерапии, немало) — это деятельность психолога по исправлению тех особенностей психического развития, которые по принятой системе критериев не соответствуют некоей оптимальной модели (А.С.Спиваковская).

Психотерапия рассматривается многими как более узкое понятие, как метод лечения психических и психосоматических (т.е. вызванных психическими факторами) заболеваний. Однако сейчас это понятие расширяется, и психологическая модель психотерапии (в отличие от медицинской) подразумевает помощь людям психологическими средствами в самых разнообразных случаях психологического неблагополучия (внутренние конфликты, тревога, нарушения общения и социальной адаптации в целом и др.). При таком понимании психотерапии она очень тесно сближается с психологической коррекцией и с психологическим консультированием, и не случайно многие психологи пользуются этими терминами как синонимами.

Цель психологического консультирования — создание клиентом новых осознанных способов действия в проблемной ситуации. При этом подразумевается, что клиент психолога-консультанта — психически и психологически здоровый человек, способный отвечать за свои поступки и анализировать ситуацию.

Соответственно в психотерапии и психологической коррекции этого от клиента (пациента) может и не ожидаться. Однако на практике оказывается, что почти не бывает «абсолютно здоро-

вых» клиентов, и психолог-консультант (особенно по личностным и межличностным проблемам) в той или иной мере начинает выступать как психотерапевт.

Но в целом психологическое консультирование все же имеет свою специфику и в характере целей, и в используемых методах. С его помощью решаются не столько жизненно важные, глубинные, витальные проблемы (как в психотерапии и психологической коррекции в той части, что их сближает), сколько проблемы приспособления к ситуации. Консультант помогает клиенту по-новому взглянуть на проблему, уйти от привычных стереотипов реагирования и поведения, сделать выбор конкретной стратегии поведения. Строго говоря, в его задачу не входят коррекция патологических симптомов, обеспечение личностного роста клиента (за исключением консультирования по личностным проблемам, которое практически смыкается с психотерапией и психологической коррекцией), установление особых терапевтических отношений и т.п. Основная задача психолога-консультанта, по мнению Ю.Е.Алешиной (1994), — помочь клиенту посмотреть на свои проблемы и жизненные сложности со стороны, продемонстрировать и обсудить те стороны взаимоотношений, которые, будучи источником трудностей, обычно не осознаются и не контролируются. Основой такой формы воздействия является изменение установок клиента на других людей и формы взаимодействия с ними.

Что касается методов психологического консультирования, то специфика состоит в удельном весе их использования по ходу работы: по сравнению с психотерапией и психологической коррекцией при консультировании психолог меньше времени отводит на выслушивание (в психотерапии на это уходит основная часть времени), больше объясняет, больше информирует, больше дает советов и указаний (в психотерапии, за редкими исключениями, советы и указания не используются). Консультирование, как правило, не имеет такого регулярного характера, как психотерапия и психологическая коррекция, и часто занимает меньше времени (в среднем 5—6 встреч, хотя бывают случаи, когда процесс с большими перерывами длится годами, поскольку у клиента появляются все новые проблемы).

В зависимости от типов решаемых проблем выделяют различные виды психологического консультирования (*Алешина Ю.Е.* 1994; *Немое Р. С.*, 1999, и др.); из них основными являются:

- психолого-педагогическое (помощь в установлении адекватных детско-родительских отношений, в выборе тактики воспитания и т.п.);
- семейное (консультирование семейных пар с супружескими проблемами; членов семьи, в которых есть дети с отклонениями в развитии, алкоголики, наркоманы и др.);

- личностное (помощь в решении личностных проблем, в самопознании, в достижении целей личностного роста);
- возрастно-психологическое (контроль за ходом психического развития ребенка);
- профессиональное (помощь в профессиональном самоопределении);
- деловое (помощь руководителям в организации деятельности трудового коллектива и налаживании взаимоотношений между людьми).

Это разделение достаточно условно, на практике многие виды консультирования совмещаются (психолого-педагогическое и возрастно-психологическое, семейное и личностное, возрастно-психологическое и профессиональное и т.п.).

Процесс консультирования может осуществляться как индивидуально, так и в группе.

Позиции консультанта в ходе консультирования могут быть различны. Обычно выделяют три основные позиции.

1. Консультант как советчик. Он снабжает клиента информацией по интересующим его вопросам, дает конкретные практические советы (к каким еще специалистам можно обратиться, как вести себя в той или иной ситуации, каковы особенности того или иного возрастного кризиса и т.п.).

2. Консультант как помощник. Его задача — не давать практических советов, а помочь клиенту мобилизовать свои внутренние ресурсы, дать ему почувствовать ответственность за происходящее с ним и принять адекватное решение.

3. Консультант как эксперт. Он показывает варианты решения проблемной ситуации, оценивает вместе с клиентом их эффективность, помогает выбрать лучший.

Наиболее распространена вторая модель, но фактически чаще всего консультант периодически занимает разные позиции.

Есть и другая классификация позиций консультанта (*Алешина Ю.Е.*, 1994; *Абрамова Г. С.*, 1995).

1. Позиция «сверху». Консультант выступает в роли «гуру» — учителя жизни. Считая, что его квалификация ставит его выше клиента, он воздействует на последнего, заставляя принять свою точку зрения на проблему: он оценивает действия клиента как «правильные» и «неправильные», «хорошие» и «плохие». Клиент в данном случае пассивен, он начинает зависеть от психолога, слепо выполнять его рекомендации. В результате консультирование просто теряет всякий смысл, превращается в инструктаж, причем указания психолога отнюдь не всегда бывают конструктивными — ведь его авторитарность не позволяет ему вжиться в ситуацию клиента, а она всегда уникальна, как уникален каждый человек.

2. Позиция «снизу». В этом случае консультант идет за клиентом, куда тот пожелает. Клиент манипулирует им, подводит его к

«выгодным» для себя советам и оценкам, чтобы самому избавиться от ответственности за ситуацию. По существу, клиент за счет консультанта удовлетворяет свои сугубо «корыстные» цели (например, самооправдание), а вовсе не стремится разрешить проблему. Такая позиция консультанта также разрушает сам процесс консультирования.

3. Позиция «на равных». Эта позиция считается единственно правильной. В этом случае консультант и клиент находятся в диалогическом общении, сотрудничают для решения той или иной проблемы. При этом каждый несет свою долю ответственности за происходящее.

7.2. Методы психологического консультирования

Основной метод психологического консультирования — интервью, или беседа. Умение правильно строить и проводить интервью — необходимое условие эффективности психологического консультирования. Дополнительными методами могут быть игры, дискуссии; в зависимости от конкретных целей большее или меньшее место занимают методы психодиагностики.

Итак, как же правильно проводить интервью? Для этого нужно знать основные психологические законы общения, включая все три его стороны — прием и переработку информации, взаимодействие, взаимовосприятие. Правильно организованная беседа обеспечивает адекватное восприятие информации, полноценное взаимодействие, восприятие друг друга без предрассудков и стереотипов.

Прежде всего при проведении интервью важно помнить, что наше общение идет не только на вербальном (словесном), но и на невербальном уровне.

Существуют разнообразные средства общения на невербальном уровне. Основными являются следующие.

1. Оптико-кинестетическая система — жесты, мимика, пантомимика, общая моторика. Существуют так называемые «открытые» позы, привлекающие другого человека; «закрытые» позы, как бы говорящие: «не подходи» (например, скрещенные на груди руки); агрессивные позы (сжатые кулаки). По этим позам можно определить состояние клиента. С другой стороны, консультант должен следить и за тем, что он сам выражает с помощью мимики, жестов, поз — например, не вступают ли его уверенные и дружелюбные слова в противоречия с неуверенной или агрессивной позой, которую он принял. При затрагивании в беседе особо значимой для клиента темы может измениться его моторика — он как бы «застынет» или, наоборот, начнет беспокойно двигаться. Консультант не должен упускать из виду эти знаки.

2. Пара- и экстралингвистическая системы, т.е. качество голоса, его диапазон, тональность, а также покашливание, паузы, смех, плач. Это тоже важные средства передачи информации, позволяющие определить эмоциональное состояние собеседника, его отношение к тем или иным событиям или людям.

3. Организация пространства и времени. Для построения доверительных, неавторитарных отношений важно правильно организовать пространство во время консультирования. Это означает, что собеседники должны находиться на одном уровне (если консультант в пространстве расположен выше клиента, он таким образом как бы подчеркивает свое доминирование). Оптимальным должно быть и расстояние между консультантом и клиентом: если консультант при индивидуальном консультировании располагается слишком близко, вторгаясь в так называемое пространство интимного общения (примерно до 50 см), это может быть воспринято как агрессивное поведение; если слишком далеко (дальше 120 см) — как отстраненность, нежелание входить в личностный контакт. При групповом (семейном) консультировании эти правила также следует по возможности соблюдать. Кроме того, при этом виде консультирования большое значение приобретает организация времени — каждый из консультируемых должен находиться в непосредственном общении с консультантом примерно одинаковое время. Это нужно для того, чтобы у остальных не возникло ощущения, что консультант оказывает кому-то предпочтение или кого-то дискриминирует, а следовательно, принимает чью-то сторону (что совершенно недопустимо).

При любом варианте консультирования клиента ставят в известность о продолжительности встречи («сессии») — обычно в среднем не более 2 ч, — и лишь в случае острого психологического кризиса это время может быть увеличено. Такое ограничение во времени вносит необходимую определенность, дисциплинирует клиента, повышает его уважение к консультанту (у него, следовательно, есть и другие клиенты!). С другой стороны, оно дает ему уверенность, что отведенное время полностью посвящено ему.

4. Зрительный контакт. В ходе интервью необходимо поддерживать зрительный контакт с клиентом, причем он должен быть дозированным, т.е. не слишком длительным (долгий, пристальный взгляд может восприниматься как агрессия) и не слишком коротким. Здесь нужно учитывать индивидуальные особенности клиента — для робкого, неуверенного, замкнутого человека он должен быть короче, чем для активного, напористого. В то же время активность клиента в установлении зрительного контакта помогает определить его психологические особенности.

Все эти невербальные средства общения дополняют и углубляют речевые высказывания, а иногда и вступают в противоречия с ними. В этом случае информация, переданная невербальным пу-

тем, считается более надежной. Вербальное общение также требует соблюдения определенных правил. Прежде всего эти правила касаются словесных формулировок. Вопросы должны быть хорошо продуманы и заданы в правильной форме. Они не должны быть слишком сложными для восприятия; речь консультанта всегда должна соответствовать образовательному и культурному уровню клиента. Сами вопросы должны быть нацелены на получение конкретного, определенного ответа, не допускающего многозначных толкований. Бесполезно задавать вопросы типа «Много ли...», «часто ли...», потому что эти слова клиент и консультант могут понимать по-разному (для консультанта «часто» — это каждый день, для клиента — раз в месяц). Практикующие психологи-консультанты иногда в шутку проводят параллель между их беседой с клиентом и допросом у следователя. И в этой шутке есть доля правды: консультант восстанавливает факты жизни клиента, обращая внимание на малейшие подробности, ибо они могут оказаться ключевыми в возникновении проблемы. В ходе беседы консультант обращает внимание на особенно важные слова клиента, маркирует их и просит разъяснений; таким образом, клиент сам начинает лучше понимать свою ситуацию (**клиент:** «Я встал и медленно пошел к двери»; **консультант:** «Медленно? Почему?»).

Консультант должен избегать слов «проблема», «жалобы», так как они косвенным образом подразумевают негативную оценку ситуации — «жизнь плоха». Суть же работы консультанта состоит в том, чтобы оценка «жизнь плоха» уступила место оценке «жизнь сложна» и поиску конструктивного разрешения этих сложностей.

В современном психологическом консультировании в ходе интервью, как правило, применяют так называемое «эмпатическое слушание». Дословно «эмпатия» означает «чувствование внутри». На русский язык этот термин часто переводится как «сопереживание», но на самом деле его значение шире. Это не просто сопереживание и ни в коем случае не полное отождествление себя с клиентом; это скорее умение понимать мысли и чувства собеседника и доносить до него это понимание. Не растворяясь в клиенте, консультант тем не менее проникает в его внутренний мир, переживает и мыслит вместе с ним. При развитой эмпатии консультант проясняет и уточняет мысли и чувства клиента, а следовательно, его проблема становится более понятной. Это вовсе не означает, что консультант обязан во всем соглашаться, разделять убеждения и мнения собеседника; просто в ходе эмпатического слушания он признает право клиента на те или иные чувства и мысли, не осуждая, а принимая их как данность. Внешне процесс эмпатического слушания выглядит как перефразирование, переформулирование, а иногда и интерпретация слов кли-

Клиент: «Всякий раз, как я начинаю говорить с матерью, я теряю нить того, что хочу сказать».

Консультант: «Когда надо начать с ней разговор, ваши мысли путаются».

При более глубоком «вживании» в клиента консультант может отражать и то, что не было сказано, но подразумевалось:

Клиент: «Всякий раз, как я начинаю говорить с матерью, я теряю нить того, что хочу сказать».

Консультант: «При разговоре с ней вы боитесь "выйти из себя" и ваши мысли путаются».

Такое эмпатическое слушание создает атмосферу психологической безопасности, дает клиенту уверенность, что все, чем бы он ни поделился, будет понятно и принято без осуждения, и возможность по-новому взглянуть на себя, безбоязненно увидеть в себе какие-то новые, иногда «темные», стороны, а следовательно, и новые пути решения проблемы.

Помимо интервью используют разнообразные упражнения, игры, дискуссии, цель которых — актуализировать понимание клиентом себя, окружающих, своей проблемной ситуации. Эти методы и техники, будучи взяты из психотерапии и психологической коррекции, сами по себе не являются специфичными именно для психологического консультирования, но несколько модифицируются соответственно его тематике (например, задаются специфические темы для дискуссий в семейном консультировании).

Иногда в психологическом консультировании применяются методы психодиагностики, чаще всего — тестирование, причем тесты используются относительно простые, быстрые и удобные в обработке; допустимо и компьютерное тестирование. Тесты используются в том случае, если для решения проблемы клиента важно учесть его индивидуальные особенности, не проявляющиеся в ходе интервью. Тестирование ни в коем случае не должно проводиться до непосредственного знакомства с клиентом (чтобы не создавать атмосферу безликой, унифицированной проверки, «экспертизы» — ведь он и так взволнован ситуацией) и не должно занимать слишком большую часть процесса консультирования. Различного рода опросники могут помочь выявить скрытые тенденции реагирования на ту или иную ситуацию, установки и ценности клиента (в детско-родительских, супружеских, производственных отношениях и пр.). Иногда рекомендуют использовать тестирование для диагностики познавательной сферы человека (*Немое Р. С.* 1999). Не следует, однако, переоценивать значение психодиагностики в обычной практике консультирования и тем более опираться только на результаты тестирования, подменять беседу и взаимодействие с клиентом психодиагностическими процедурами: ведь подразумевается, что клиент — психически и психологически здоровый человек.

В некоторых случаях методы психодиагностики могут быть очень важными — например, если есть основания предполагать возможность серьезных нарушений психики. Особо важную роль психодиагностическое исследование часто играет при психологическом консультировании семей, имеющих ребенка с проблемами в развитии — здесь без квалификации нарушений психики ребенка и выявления их структуры невозможна дальнейшая работа с семьей и самим ребенком. И, разумеется, в этом случае тестированием ограничиваться нельзя, нужно проводить полное, всестороннее и целостное психологическое исследование ребенка.

7.3. Процедура психологического консультирования

Обычно выделяют несколько этапов процедуры психологического консультирования (в специальной литературе можно встретить разные названия этапов, но содержание их одинаково).

1. Начало процедуры. Установление контакта с клиентом, объяснение задач и возможностей консультирования, «настройка» на совместную работу. На этом этапе консультант помогает клиенту почувствовать себя комфортно, снимает его психологическое напряжение. Для этого нужно благожелательно встретить и усадить клиента, представиться самому и договориться о том, как консультанту называть собеседника (по имени, имени и отчеству или еще как-то). Уже на этом этапе с помощью вербальных и невербальных средств создается атмосфера психологической безопасности, эмоциональной поддержки клиента.

2. Сбор информации о контексте темы. Выделение проблемы консультирования. Это очень ответственная фаза, правильное проведение этого этапа обуславливает эффективность помощи. Консультант задает вопросы, стремясь проникнуть во внутренний мир клиента, понять особенности его реагирования на жизненные ситуации, отделить «запрос», или явное содержание жалобы, от истинной проблемы. Дело в том, что очень часто запрос и истинная проблема не совпадают (например, мать жалуется на проблемы с сыном-подростком, а в результате расспроса обнаруживается, что на самом деле проблема лежит в области супружеских отношений). Соответственно, если «довериться» клиенту и исходить из его понимания проблемы, которое он заявил сразу, можно ошибиться и оказывать психологическую помощь совсем не в той области, где это действительно нужно. В жизни люди не всегда (а вернее, очень редко) могут четко выявить причину, которая определяет их трудности. В ходе хорошо построенного интервью им это удастся лучше. Хороший расспрос учит клиента активизировать свое мышление, проясняет его мысли и чувства для него самого.

По времени этот этап может продолжаться очень долго, иногда в течение нескольких сессий, а иногда (правда, очень редко) занимает всего несколько минут. Так, например, за консультацией обратилась молодая женщина, жалующаяся на то, что ее ребенок не хочет гулять на улице, т.е. был запрос — «что с ребенком, как на него повлиять». В ходе десятиминутного интервью консультант выяснил, что ребенок охотно гуляет с отцом и не хочет гулять только с матерью. Еще через пять минут выяснилось, что ребенок вообще прекрасно сотрудничает с детьми и взрослыми — кроме матери, которую избегает. Женщина поняла (и сама об этом сказала), что дело не в ребенке, а в ней самой, и проблема лежит в неправильных установках по отношению к ребенку, в чрезмерном давлении на него. Таким образом, определилось направление работы — «что со мной, как мне изменить стиль взаимодействия с ребенком».

Для консультанта очень важно выбрать правильную линию поведения. С одной стороны, нельзя проявлять в беседе излишнюю активность — засыпать клиента вопросами, не давать договорить (консультанту и так все ясно!); навязывать свои интерпретации, оценки, объяснения; резко, без объяснения причин, менять тему разговора. Все это пугает, дезорганизует собеседника. Поэтому часто психологи-практики сначала дают клиенту немного выговориться и помогают ему невербальными средствами (например, открытой позой или техникой «зеркал» — отражением позы клиента), используют приемы так называемого «пассивного слушания» («Да, да, я понимаю», «продолжайте, я слушаю» и т.п.); если клиент скован, говорит медленно и с трудом или вообще замолкает, может помочь повторение консультантом его последней фразы или ее части — после этого человек продолжает говорить. В дальнейшем интервью сбор информации может идти более активно.

С другой стороны, чрезмерная пассивность консультанта, т.е. отсутствие вообще какой-либо реакции на слова и чувства собеседника, вызывают у того значительное напряжение, ощущение опасности, чувство, что он говорит «не то». Это приведет к нарушению контакта, невозможности сотрудничества. Помимо выделения проблемы на этом этапе консультант собирает информацию о клиенте, его сильных сторонах, с опорой на которые возможна дальнейшая работа (развито логическое мышление; есть чувство справедливости; есть явная любовь к «объекту» жалобы и т.д. и т.п.). Как правило, в ходе беседы выявляется не одна, а несколько проблем. В этом случае целесообразно выделить основную, в наибольшей степени беспокоящую клиента, и сосредоточиться на ней, а остальные отложить «на потом».

3. Обсуждение желаемого результата, или формирование «образа желаемого будущего». Эта фаза органично вплетается в пре-

дыдущую. Чего конкретно хочет клиент? Это не такой простой вопрос. Часто клиент понимает это лишь в ходе специальной работы консультанта. Поэтому консультанту важно не фиксироваться самому и не фиксировать собеседника на его «страданиях», а побуждать к размышлениям о том, чего ему хочется. При этом «образ желаемого будущего» с помощью консультанта должен стать очень конкретным, живым, наполненным красками, осязаемым. Клиент должен понять, что консультант не может сделать его счастливым, а жизнь — беспроblemной, но может помочь достичь конкретной цели (например, не реагировать болезненно на какую-то ситуацию или по-новому построить свои отношения с ребенком). Конкретизация «образа желаемого будущего» позволяет клиенту отказаться от нереальных целей и, следовательно, уже несет коррекционный заряд.

4. Коррекционное воздействие, выработка альтернативных решений достижения желаемого будущего. Консультант и клиент работают с различными вариантами решения проблемы. В зависимости от конкретных целей консультирования и от теоретической модели, которой придерживается консультант, на этой стадии даются более или менее развернутые рекомендации. Подчеркнем, что некоторые психологические школы — например, гуманистическая — категорически против прямых и конкретных житейских советов. Так, один из крупнейших специалистов в области личного консультирования Р. Мэй (1994) указывает на крайне ограниченную эффективность советов, поскольку они носят поверхностный характер и в принципе их может дать любой «житейский психолог»; консультирование, по мнению Р. Мэя, не предполагает «раздачу советов», ибо это означает вторжение в автономию личности; цель консультирования — «придать мужества и решимости». Другие специалисты не столь категоричны и считают, что совет профессионального психолога может быть очень важным, а в определенные моменты и необходимым.

В любом случае на этом этапе идет работа по переструктурированию восприятия ситуации, акцентируются противоречия в рассказе клиента. При этом обратную связь нужно давать очень осторожно, говорить о поведении, поступках человека, а не о нем самом. Консультант помогает клиенту сдвинуться с мертвой точки, развить версионное мышление, избавиться от стереотипов житейской психологии. Таких стереотипов существует множество. В частности, затрудняет развитие версионного мышления, выработку альтернативных вариантов поведения так называемая «стимульная модель мира». При стимульной модели мира (по схеме психологов-бихевиористов «стимул — реакция», т.е. на тот или иной стимул следует соответствующая реакция) человек считает, что для каждой ситуации имеется единственно возможный тип поведения, а все другие типы оценивает как неправильные, невоз-

можные, неприемлемые. При такой модели мира у человека резко сужен репертуар собственного поведения, а кроме того, он не понимает поведения других людей, если оно отличается от его собственного. Существуют и другие стереотипы, препятствующие полному восприятию ситуации. На этом этапе с клиентом могут произойти серьезные изменения: может резко измениться отношение к ситуации и к своей роли в ней. Это означает, что консультирование успешно. Консультант должен чутко улавливать эти изменения и акцентировать на них внимание клиента.

5. Завершающая стадия. На этой стадии определяется, какие конкретные практические шаги предпримет клиент, но нужно быть готовым к тому, что он ничего не предпримет. Во всяком случае, здесь подводятся итоги встречи, выделяются ключевые моменты процесса консультирования, резюмируется проделанная клиентом работа, определяются дальнейшие перспективы. В случае необходимости консультант настраивает клиента на то, что процесс еще не закончен и необходимы повторные встречи. Иногда клиенту даются домашние задания с последующим анализом их выполнения. Форма заданий может быть и серьезной (ведение дневника), и полушутливой (например, ругать своего ребенка не всегда, когда появляется причина или повод, а только в определенные часы, причем ребенок может об этом знать, — такие шуточные задания могут помочь существенно улучшить психологический климат в семье, отстраниться от мелочных придирок).

На практике обычно присутствуют все стадии, хотя их удельный вес может быть разным. При повторных встречах первые стадии занимают меньшее место. Слишком большое число встреч по какой-то одной узкой проблеме чаще всего означают, что консультант и клиент «топчутся на месте»; в таком случае ситуацию необходимо обсудить, понять причины происходящего и, возможно, временно прервать сессии, пока клиент не предпримет какие-то из намеченных шагов.

7.4. Основные принципы и стратегии консультирования

Практически при любом виде консультирования необходимо соблюдать ряд методологических и этических принципов («Семья в психологической консультации», 1989).

1. Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту, помощь и понимание. Нужно избегать восприятия другого человека на основе стереотипов и предрассудков — это формирует барьер в общении, и консультирование окажется неэффективным. Как говорят некоторые психологи: нет людей хороших и плохих — есть люди разные.

2. Ориентация на нормы и ценности клиента (они не всегда совпадают с принятыми нормами). Этот принцип требует некоторого разъяснения. Он не означает, что консультант должен разделять эти ценности, отказываться от собственных норм и убеждений в угоду клиенту. Не означает он и лицемерного «как бы согласия» с этими ценностями. Но консультант, обладающий эмпатией, оставаясь самим собой, должен уметь вставать на позицию клиента, взглянуть на ситуацию его глазами, а не просто сообщить ему, что он не прав.

3. Анонимность (конфиденциальность). Все, что происходит в кабинете консультанта, все, чем поделился во время своей исповеди клиент, остается в этом кабинете — в этом клиент должен быть уверен. Даже если консультанту необходимо посоветоваться с другим специалистом в данной области, обсудить сложный случай, это следует делать очень осторожно, избегая конкретных имен, фамилий, профессиональной принадлежности и пр. Если психолог консультирует кого-то одного из супругов или членов семьи, он не имеет права разглашать полученные от него сведения другому, т.е. он работает или с кем-то одним, или сразу совместно с несколькими членами семьи.

4. Разграничение личных и профессиональных отношений. Существует категорический запрет на продолжение консультирования (равно как и психотерапии), если отношения между психологом и клиентом перерастают в личные, неформальные (любовь, дружба). В этом случае люди становятся взаимозависимыми, и консультант теряет возможность быть объективным. Поэтому необходимо передать клиента другому специалисту.

5. Включенность клиента в процесс консультирования. В ходе консультирования клиенту должно быть интересно (мотивация на работу). Лучше всего это удастся, если консультант помогает ему постоянно делать маленькие открытия о себе и мире.

6. Запрет давать советы. Как уже говорилось, этому принципу следуют не всегда. Но в любом случае ими не надо злоупотреблять: задача консультанта — подвести клиента к решению, ориентировать на принятие собственной ответственности за происходящее, а не становиться в позицию учителя жизни.

7.5. Типичные трудности в процессе консультирования

Не вдаваясь в тонкости процесса консультирования, в нюансы контакта между консультантом и клиентом (они могут иметь определяющее значение, но не поддаются чисто словесному описанию, а познаются в ходе практической деятельности), следует

выделить ряд тех трудностей, которые можно структурировать и описать более или менее определенно.

1. «Трудные» клиенты. Далеко не все посетители психологических консультаций действительно имеют конструктивную позицию. Конечно, многим присуща деловая направленность, заинтересованность в изменении своей ситуации, готовность сотрудничать. Работа с такими клиентами протекает в основном продуктивно и осложняется лишь в тех случаях, когда клиент преувеличивает возможности консультанта, но такая позиция достаточно легко корректируется на первых этапах консультирования. Серьезные трудности возникают с другими типами клиентов. Наиболее часто встречаются следующие.

Клиент-«рантье», т.е. человек с рентными установками в отношении консультирования, стремится переложить ответственность на консультанта. Такие люди либо апеллируют к чувству жалости, описывая свои страдания, умоляя о помощи; либо почти прямо заявляют: «Теперь это ваша забота, вам за это деньги платят». Здесь важно не подыгрывать клиенту, не идти у него на поводу, а постараться скорректировать его позицию, четко описав цели и задачи консультирования, условия его эффективности, объяснить необходимость активности самого клиента; иногда работа по коррекции таких установок протекает довольно долго. В первом варианте она протекает несколько легче. Если клиент в течение какого-то времени не изменяет своей ориентации, дальнейшая работа, скорее всего, будет бесполезна.

Клиент-«игрок» обращается к консультанту скорее с целью развлечься; проблем у него может и не быть, а если и есть, он не собирается их решать. Его лозунг «Посмотрим, какой Вы специалист». В этом случае о сотрудничестве с консультантом говорить не приходится.

Клиент-«психолог» появляется у консультанта с целью научиться психологически грамотно влиять на свое окружение, манипулировать своими ближними. Собственных проблем у него нет. Работать или не работать с таким клиентом — моральный выбор консультанта.

Клиент-«эстет» эстетизирует свои проблемы, его исповедь в ходе консультирования, описание проблем очень красиво, четко, логично, законченно. Такая стройность рассказа всегда должна настораживать консультанта, это признак закрытости клиента, его неготовности к работе. В этом случае консультанту можно попробовать проговорить ситуацию, обозначить свое чувство неудовлетворенности рассказом. Можно также попросить написать свой рассказ и затем работать с текстом.

2. Ошибки консультанта.

Первый вид ошибок — неверное понимание проблемы клиента. Это может произойти из-за дефицита информации, получен-

ной в ходе консультирования. Вот почему не следует торопиться с окончательным определением проблемы, а кроме того, необходимо настаивать на максимально подробном рассказе о конкретных ситуациях. Неверное понимание проблемы возможно и из-за неправильной интерпретации полученной информации. Консультант может оказаться чрезмерно ригидным и неспособным отказаться от своей первоначальной концепции, начинает подгонять полученные факты под нее и игнорировать то, что в нее не вписывается. Кроме того, неправильная интерпретация может быть следствием таких особенностей консультанта, как идентификация себя с клиентом, предвзятое (сугубо положительное или сугубо отрицательное) отношение к нему, собственные нерешенные проблемы, если они аналогичны проблемам клиента, недостаточная чувствительность в улавливании вербальной и невербальной информации и, наконец, просто недостаточная психологическая грамотность.

Второй вид ошибок — неверные рекомендации. Причины их практически те же.

Третий вид ошибок — рекомендации в принципе верные, но нереальные. Такие рекомендации практически невыполнимы либо в силу внутренних причин (т.е. особенностей клиента), либо в силу внешних обстоятельств (нет денег, нет физической возможности). Пытаясь выполнить нереальные рекомендации, клиент теряет мотивацию к работе. Поэтому важно очень хорошо проанализировать особенности клиента и его социальной ситуации, прежде чем отважиться на конкретные практические рекомендации.

7.6. Задачи психологического консультирования семей, имеющих детей с отклонениями в развитии

В этой области можно условно выделить два крупных направления в зависимости от «объекта» работы (слово «объект» взято в кавычки неслучайно, так как подразумевается его активность в ходе консультирования) — консультирование членов семьи (прежде всего родителей) и консультирование самого ребенка. Уже из самого определения понятия психологического консультирования понятно, что оно возможно лишь начиная с определенного возраста, а конкретно — с подросткового. Только в этот период развитие самосознания и самопознания подростка позволяет ему выявлять те или иные проблемы и обращаться за помощью, причем у него не должно быть выраженных нарушений психики. При консультировании семьи с ребенком нередко тоже ведется работа (прежде всего — диагностическая), но в этом случае он более пассивен. Рассмотрим эти направления консультирования.

1. Консультирование семей, имеющих ребенка с отклонениями в развитии. В консультативно-психологической помощи семье

условно выделяют несколько моделей, из которых основными являются следующие.

А. Педагогическая модель («Семья в психологической консультации», 1989): основывается на гипотезе о недостаточной педагогической компетентности родителей и предполагает оказание им помощи в воспитании ребенка. Консультант анализирует ситуацию жалобы родителей и вместе с ними вырабатывает программу воспитательных мероприятий. Он выступает в роли специалиста, авторитета, дает советы, задания, проверяет их выполнение. Вопрос о том, что проблемы могут быть у самих родителей, напрямую не рассматривается.

Б. Диагностическая модель: основана на гипотезе о недостатке информации о ребенке у родителей и предполагает оказание помощи в виде диагностического заключения, которое поможет им принять верные организационные решения (направить в соответствующую школу, клинику и т.п.).

В. Психологическая (психотерапевтическая) модель: опирается на предположение о том, что семейные проблемы связаны с неправильным внутрисемейным общением, с личностными особенностями членов семьи, с нарушением межличностных отношений. Помощь специалиста заключается в мобилизации внутренних ресурсов семьи для адаптации к стрессовой ситуации.

Фактически при работе с семьей используются все эти модели, но важно подчеркнуть, что психологическая модель должна всегда сопровождать и в некотором смысле предшествовать другим видам помощи.

Превалирование той или иной модели зависит от конкретной задачи консультирования, а они могут быть весьма разнообразными. Основные задачи можно сформулировать следующим образом:

- помощь в выборе правильной тактики воспитания ребенка;
- помощь в обучении ребенка тем или иным навыкам;
- информирование о возрастных и индивидуальных особенностях ребенка в связи с нарушениями развития;
- помощь в адекватной оценке возможностей ребенка;
- обучение некоторым методикам коррекционной работы;
- гармонизация внутрисемейных отношений, нарушенных вследствие появления ребенка с отклонениями в развитии и негативно отражающихся на нем;
- помощь в решении личностных проблем, вызванных появлением ребенка с отклонениями в развитии (чувство неполноценности, одиночества, вины и пр.), — их наличие у членов семьи также негативно сказывается на ребенке;
- помощь в выработке схем поведения в типичных стрессовых ситуациях (неадекватное поведение ребенка в общественных местах, косые взгляды окружающих и т.п.).

Этот список можно было бы продолжить (например, помощь в принятии решения о том, отдать ли ребенка навсегда в специальное учреждение или воспитывать в семье), но чаще всего семьи нуждаются именно в вышеперечисленных видах помощи.

Методы консультирования — те же, что и обычно, но со своей спецификой. В первую очередь это касается беседы с родителями или другими взрослыми, обратившимися по поводу ребенка (*Бурменская Г.В., Карабанова О.А., Лидере А.Г. и др., 2002*).

Очень важно, чтобы консультант проявил искреннюю заинтересованность в проблемах семьи в целом и ребенка в частности. Не следует прямо критиковать действия родителей; в первые встречи это просто недопустимо. Кроме того, необходимо сориентировать родителей в возможных целях и задачах консультирования, сформировать установку на совместную работу с ребенком и консультантом, предупредить о вероятных препятствиях и трудностях. Следует проявлять осторожность при прогнозировании дальнейшего развития ребенка, избегать безапелляционных утверждений, не внушать неоправданных ожиданий.

При этом виде консультирования работа может вестись индивидуально и в группе. Хорошо зарекомендовали себя родительские семинары, группы тренинга умений и другие виды родительских групп.

Разумеется, не каждый профессиональный практический психолог может вести подобную работу. Весьма желательно, чтобы специалист к тому же имел солидную подготовку в области специальной психологии и коррекционной педагогики, хорошо представлял себе варианты аномального развития и пути помощи детям с отклонениями в развитии.

Особо следует остановиться на проблеме профессионального консультирования детей с отклонениями в развитии. Эта проблема, к сожалению, практически не разработана, хотя в ее актуальности сомневаться не приходится: ведь правильное профессиональное самоопределение — залог успешной социальной реабилитации детей. Поэтому желательно привлекать родителей к решению этой проблемы, и ранняя профконсультация как раз и проводится не столько для детей, сколько для их родителей. Она носит информационный характер (общее знакомство с миром профессий), а также направлена на приобщение родителей к формированию у подрастающего ребенка интереса к своим психофизиологическим качествам, а в конечном счете готовности к профессиональному выбору.

2. Психологическое консультирование ребенка. Такой вариант консультативной работы встречается редко и, как уже говорилось, лишь с детьми старшего возраста, относительно интеллектуально сохранными. Лишь они могут быть объектами консультации. И все же работу в этом направлении следует развивать, осо-

бенно для ряда категорий (например, для детей с нарушениями анализаторов).

В подростковом возрасте наиболее вероятны следующие проблемы:

- взаимоотношения со сверстниками;
- взаимоотношения с родителями;
- личностные проблемы в связи с дефектом (чувство неполноценности и пр.);
- проблема профессионального самоопределения.

В большинстве случаев консультирование идет обычным путем с соблюдением всех изложенных выше правил и принципов.

Последняя проблема детьми зачастую не осознается (к сожалению, и их родителями тоже). Поэтому работа консультанта заключается, во-первых, в формировании общей готовности к профессиональному самоопределению, а во-вторых, в помощи в конкретном выборе профессии.

В проведении этой работы широко используются игровые, дискуссионные методы, активизирующие подростков, корректирующие неадекватные профессиональные интересы и намерения, которые часто встречаются у детей с отклонениями в развитии, а также методы психодиагностики.

Здесь следует проявлять большую осторожность в рекомендации конкретной профессии. У детей с отклонениями в развитии профессиональные возможности часто снижены, ограничен круг доступных профессий, и чтобы не сужать этот круг еще больше, не следует рекомендовать им какую-то одну профессию, показанную по состоянию здоровья. Лучше выделить круг противопоказанных профессий (при этом необходима помощь других специалистов, в первую очередь медиков). Соответственно остальные профессии для ребенка доступны.

Профконсультирование детей с отклонениями в развитии — очень сложная проблема, и ее практическое решение в отношении каждого конкретного ребенка требует многопрофильной подготовки консультанта или привлечения смежных специалистов, но такой вид консультирования, безусловно, необходим.

7.7. Психологическое консультирование детей с отклонениями в развитии

Такой вариант консультативной работы встречается редко и, как уже говорилось, возможен с детьми старшего возраста. Лишь они (да и то далеко не все — в силу своих психологических особенностей) могут быть объектом консультирования. И все же работу в этом направлении следует развивать. В подростковом возрасте наиболее вероятны следующие проблемы:

- профессиональное самоопределение;
- взаимоотношения со сверстниками;
- взаимоотношения с родителями;
- личностные проблемы в связи с осознанием имеющегося дефекта (чувство неполноценности и т.п.).

Некоторые из этих проблем неспецифичны, и консультирование здесь осуществляется обычным путем с соблюдением всех изложенных выше правил и принципов.

Вопросы взаимоотношений со сверстниками и родителями особую остроту приобретают именно в подростковом возрасте. Это связано с кризисом подросткового возраста и появлением специфических психологических новообразований. Центральное новообразование этого возраста, согласно теории Д. Б. Эльконина, — возникновение представления о себе как «не о ребенке»; подросток стремится чувствовать себя взрослым, быть и считаться взрослым; эта последняя потребность — в том, чтобы его считали взрослым, — чрезвычайно ярко выражена. Ведущая деятельность в подростковом возрасте — общение со сверстниками; именно здесь устанавливаются нормы поведения и взаимоотношений, формируется самосознание. Соответственно у подростка возникают проблемы и в отношениях со взрослыми (которые не признают его «равным» себе), и в отношениях со сверстниками (поскольку все они становятся очень чувствительными к нюансам взаимоотношений).

При консультировании по этим вопросам помимо интервью следует активнее использовать разнообразные игры, в том числе и ролевые (например, консультант выступает в роли подростка, а сам подросток — в роли матери или сверстника, и разыгрывается беспокоящая ребенка ситуация); в групповой работе — дискуссии (например, на темы «Как добиться понимания», «Я и мои друзья» и пр.). Использование таких методов необходимо для того, чтобы повысить интерес к процедуре консультирования, сделать ее максимально живой (а не «говорильней»). Но использовать эти методы нужно обязательно с учетом индивидуальных возможностей ребенка — речевых, интеллектуальных, двигательных и др. В ходе работы консультант очень деликатно, ненавязчиво подводит подростка к пониманию причин того или иного конфликта, к осознанию участия в нем не только его родителей или сверстников, но и его самого. Групповое консультирование дает прекрасную возможность обучения подростков тактике поведения в конфликтных ситуациях с родителями и сверстниками с помощью специально разработанных игр и упражнений.

Поскольку многие проблемы межличностных отношений связаны с неумением встать на позицию другого человека, оптимизации этих отношений может способствовать обучение эмпатическому слушанию. Как показывает опыт, в норме уже четырех-

пятилетние дети, имея пример эмпатического слушания со стороны взрослого, могут овладеть им и использовать его.

В подростковом возрасте могут появиться серьезные внутриличностные проблемы, связанные с осознанием дефекта и неадекватной оценкой его роли в жизни (настоящей и будущей). Самосознание и самопознание, являющиеся характерной чертой подросткового возраста, созревание психических функций, и прежде всего мышления, могут повлечь за собой фиксацию ребенка на своих ограничениях, а не на своих возможностях, что препятствует гармоничному развитию личности. Разумеется, зачастую осознание дефекта может произойти и раньше, но именно в подростковом возрасте оно особенно выражено. Появляется чувство неполноценности, заниженная (иногда — завышенная) самооценка, не формируется жизненная перспектива. Такие личностные реакции характерны прежде всего для детей с дефицитарным вариантом дизонтогенеза, и прежде всего в условиях неблагоприятной социальной ситуации развития, при неправильном воспитании. Именно у детей этой группы, судя по немногочисленным, к сожалению, исследованиям, могут сформироваться акцентуации характера по сенситивному типу (впечатлительность, застенчивость, чувство неполноценности, крайне тяжелая реакция на неодобрение), по психастеническому типу (нерешительность, опасения за будущее, склонность к «умственной жвачке» вместо действий), астеноневротическому типу (раздражительность, склонность к аффективным вспышкам, опасения за здоровье).

На основной вопрос («Кто я? Какой я?»), появившийся в подростковом возрасте, эти дети не могут дать ответа, удовлетворяющего их. Ведь даже завышенная самооценка — это компенсация, принятие желаемого за действительное, уход от реальности.

Задача консультанта — вернуть подростка к реальности, к принятию себя таким, какой он есть. В целом работа идет по обычной схеме личностного консультирования. Цель такого консультирования — фактический личностный рост клиента. Работа такого рода чаще всего осуществляется в гуманистическом ключе, основные принципы которого (безоценочное принятие клиента, признание уникальности и целостности каждой личности, ее права на реализацию потребности в самоактуализации и опоры на свой личный опыт, а не на оценки окружающих и т. п.) позволяет повысить самооценку, сделать ее реалистичной, повысить уверенность в себе, активизировать эмоциональную и познавательную сферы.

Помощь в достижении личностной зрелости, в формировании умения с открытыми глазами смотреть на свои недостатки и достоинства, в избавлении от чувств зависти и враждебности по отношению к другим требует особого внимания консультанта к созданию атмосферы психологической безопасности, а также активного использования им эмпатического слушания.

Такова общая стратегия работы, наиболее распространенная в современном личностном психологическом консультировании. Но следует помнить и о некоторых тактических моментах, существенных при консультировании подростков с отклонениями в развитии. Очень важно фиксировать и маркировать для них любой малейший шаг в личностном росте, в познании самого себя. Кроме того, иногда может понадобиться и использование элементов косвенного внушения — например, консультант может рассказать об известных ему случаях успешного решения личностных и социально-психологических проблем при аналогичном дефекте; при групповой работе можно пригласить такого человека. Если гость выбран удачно (т.е. действительно не отягощен внутриличностными конфликтами и является зрелой и гармоничной личностью), это может стать мощным импульсом к «переоценке ценностей» и личностному росту.

И наконец, очень важна работа по профконсультированию подростков с проблемами в развитии, заключающаяся, во-первых, в формировании общей готовности к профессиональному самоопределению, а во-вторых, в помощи в конкретном выборе профессии.

Среди множества типов профконсультаций (*Пряжников Н. С.* 1996) при консультировании детей и подростков выделяются ранняя (детская), школьная и консультация старшеклассников и выпускников.

1. Ранняя профконсультация проводится заблаговременно, когда до непосредственного выбора профессии остаются еще многие годы. Она носит преимущественно информационный характер (общее знакомство с миром профессий), а также не исключает совместного обсуждения опыта ребенка в каких-то видах трудовой деятельности. Такая консультация проводится все же скорее для родителей, но может способствовать повышению у ребенка интереса к своим психологическим качествам и стремления к их развитию.

2. Школьная профконсультация направлена на постепенное формирование у подростков внутренней готовности к самоопределению. Она включает когнитивную (знание путей и способов подготовки к профессии), информационную (более глубокое знание о мире профессий), морально-волевую (подготовка к выбору, к поступку) составляющие. Этот тип консультирования в идеале направлен не на принятие окончательного решения, а на нахождение смыслов настоящей и будущей жизни.

3. Профконсультация старшеклассников и выпускников. В этом виде консультирования специалист помогает принять конкретное решение относительно дальнейшего профессионального пути или хотя бы значительно сузить варианты. При этом консультант не должен настаивать на каком-то варианте, даже если он уверен в своей правоте.

При профконсультировании детей с отклонениями в развитии используются подходы, разработанные для нормально развивающихся детей, но при этом обязательно следует учитывать специфику консультирования.

Во-первых, круг профессий, которыми молодые люди могут овладеть, значительно сужен из-за психологических и анатомо-физиологических ограничений. К тому же у нас в стране очень мало специальных приспособлений, облегчающих овладение той или иной профессией. Поэтому рекомендовать какую-либо профессию нужно с большой осторожностью.

Во-вторых, у подростков и молодых людей с ограниченными возможностями зачастую имеются неблагоприятные особенности личности и эмоционально-волевой сферы (первичные, обусловленные самой патологией, и вторичные, обусловленные социальной ситуацией развития). Они нередко пассивны, инфантильны, не ощущают личной ответственности за свою дальнейшую судьбу (в том числе и профессиональную), психологически зависимы от взрослых, их самооценка нереалистична. Потенциально опасны для правильного профессионального самоопределения такие особенности, как замедленность формирования интересов вообще и профессиональных в частности, обедненность (по сравнению с нормально развивающимися сверстниками) знаний о мире и, наконец, неадекватность профессиональных интересов и намерений, даже если они и сформировались (например, слепой или слабовидящий подросток мечтает стать астрономом, а девушка с последствиями детского церебрального паралича — актрисой). Эти особенности затрудняют консультирование, ставят дополнительные задачи — например, коррекции неадекватных профессиональных интересов и намерений.

В-третьих, при решении вопроса о конкретном профессиональном выборе консультант должен привлекать других специалистов (прежде всего клиницистов) для более точного определения психофизических возможностей подростка и прогноза его состояния.

В-четвертых, необходимо учитывать тот факт, что дети с отклонениями в развитии часто всецело полагаются на мнения и оценки родителей; те же далеко не всегда оценивают возможности и перспективы ребенка адекватно. Поэтому в ряде случаев может быть целесообразным консультирование родителей, помощь им в правильной оценке профессиональных возможностей ребенка, чтобы работать с ними совместно, с едиными установками.

Сами стратегии консультативной работы могут быть различными. До настоящего времени наиболее распространен диагностико-рекомендательный подход: сначала проводят психодиагностическое обследование подростка, анализируют результаты, часть из них (не несущие опасности его травмировать) совместно обсуждается в плане соответствия требованиям той или иной

профессии, а затем принимается решение рекомендательного характера.

В последнее время начинает развиваться другая стратегия — активизирующая. Она основана на гипотезе о том, что психолого-педагогическая работа с детьми должна строиться как взаимодействие, сотрудничество, диалог, цель которых — общая активизация ребенка, стимулирование его способности к самопознанию и осознанному выбору (*Пряжников Н. С.*, 1996).

Рассмотрим стратегии консультативной работы более подробно.

1. Диагностико-рекомендательная стратегия. По существу, это подбор человека к профессии (или наоборот) с помощью диагностических процедур. Эта стратегия исходит из положения о том, что избираемая профессия должна соответствовать возможностям человека и (желательно) — его интересам. Парадокс, правда, заключается в том, что это положение не так абсолютно верно, как кажется на первый взгляд. Дело в том, что способности человека развиваются в ходе деятельности, поэтому многие ученые считают, что далеко не всегда удастся спрогнозировать успешность трудовой деятельности конкретного человека, что профпригодность может формироваться в труде (*Климов Е.А.*, 1990). Но все же в целом это утверждение справедливо, особенно когда дело касается конкретного профессионального выбора. Тактика работы включает в себя решение трех взаимосвязанных задач:

1. Оценка психологических и анатомо-физиологических особенностей подростка с отклонениями в развитии, а также выявление его интересов и склонностей.

2. Определение требований профессии к психологическим и анатомо-физиологическим возможностям подростка.

3. Соотнесение требований профессии и возможностей подростка, коррекция (при необходимости) его профессиональных намерений.

Первая задача решается с помощью методов психодиагностики, с использованием качественно-количественного подхода в анализе результатов, а также с помощью анализа медицинской, педагогической и другой документации. Конкретные методики психологического исследования вполне традиционны, но решают специфическую задачу оценки именно профессионально значимых свойств и особенностей личности. Кроме традиционных методик используются тесты; а также разнообразные опросники профориентационной направленности, позволяющие выявить круг профессиональных интересов подростка или юноши (они могут существовать, но не осознаваться), предпочитаемых типов деятельности и т.п.

Вторая задача решается с помощью анализа документации, посвященной различным профессиям. Существуют специальные перечни профессий, в которых описан процесс труда и требуемая квалификация; исходя из этого, можно спрогнозировать, какими

качествами должен обладать работник. Для многих профессий существуют их описания в виде профессиограмм, в которых выделены санитарно-гигиенические условия труда, требования к развитости тех или иных психических функций и т.п.

Наконец, третья задача — самая трудная. Соотнесение требований профессии и психофизиологических возможностей подростка должно проводиться в одном ключе. Это означает, что консультант соотносит именно профессионально значимые качества: одна профессия требует развитого внимания, следовательно, у подростка оценивается эта функция; другая — способность к переключению с одного вида деятельности на другой, и консультант оценивает эту способность. Очень важно выделить и соотнести все профессионально значимые качества. Например, подросток с нарушениями слуха хочет стать спасателем. При этом уровень познавательной деятельности и личности может соответствовать требованиям этой профессии. Но по анатомо-физиологическим параметрам такая работа будет ему противопоказана, так как требует развитости всех анализаторов, способности ориентироваться в темноте по малейшим звукам, работать на высоте, а при нарушениях слуха эти способности страдают. Соответственно потребуются работа по коррекции неадекватных профессиональных намерений, предоставление информации о других возможных профессиях.

Чтобы коррекционная работа была эффективной, необходимо учитывать интересы ребенка и знакомить его с соответствующими профессиями. Существуют различные классификации, позволяющие разбить все множество профессий на несколько групп. У нас в стране общепринятой является классификация Е.А. Климова. В соответствии с ней все профессии разделяются по предмету труда: «человек—человек», «человек—техника», «человек—природа», «человек—знак», «человек—художественный образ». Следовательно, можно знакомить ребенка уже не со всеми профессиями (что в принципе невозможно), а с той группой, которую он предпочитает.

Основная практическая цель консультации — определить противопоказанные виды труда, а не просто рекомендовать какую-то одну показанную по состоянию здоровья профессию.

II. Активизирующая стратегия. Это стратегия преимущественно упреждающего, профилактического плана, когда школьника готовят к профессиональному и личностному самоопределению, ориентируют его на самоподготовку к профессиональному выбору. В рамках такого подхода работа с подростком идет на более глубоком уровне — фактически речь идет о личностном развитии. В наиболее полном виде эта стратегия разрабатывается Н. С. Пряжниковым (1996). Выделяются следующие этапы работы:

1. Предварительный этап. Знакомство с информацией о школьнике.

2. Общая оценка ситуации консультирования (особенности школьника, его видение проблемы).

3. Выдвижение (или уточнение выдвинутой ранее, на предварительном этапе) профконсультационной гипотезы (общее представление о проблеме клиента и возможных путях и средствах ее решения).

4. Совместное с подростком уточнение проблемы и целей дальнейшей работы.

5. Совместное решение выделенной проблемы:

- решение информационно-справочных задач (с помощью литературы — учебников, справочников, профессиограмм), причем важно стимулировать ребенка к самостоятельному поиску и анализу информации;

- решение диагностических задач (в идеале диагностика направлена на самопознание), причем здесь используются как традиционные методики, так и специальные активизирующие игры и упражнения; главное, чтобы они были понятны ребенку;

- морально-эмоциональная поддержка ребенка (с использованием психотерапевтических и психокоррекционных техник);

- принятие конкретного решения.

6. Совместное подведение итогов работы.

Эта общая схема не является жесткой, зависит от конкретного случая, и хотя ориентирована на здоровых детей, с соответствующей адаптацией вполне может применяться и при консультировании детей с нарушениями развития.

Активизирующий подход может быть полезным в тех довольно распространенных случаях, когда у подростка вообще не сформированы профессиональные интересы и склонности. Задача активизации детей с отклонениями в развитии вообще очень важна, поскольку при неправильном воспитании у них очень часто отмечается пассивная жизненная позиция, затрудняющая социальную адаптацию.

Профконсультирование детей с нарушениями развития — очень важная и почти не разработанная проблема, и ее практическое решение в отношении каждого конкретного ребенка требует многосторонней подготовки консультанта — знания мира профессий и их психологических требований; профессиональных ограничений, накладываемых дефектом; основ психотерапии и психологической коррекции и пр. Иногда может понадобиться помощь других специалистов (например, клиницистов). Но такой вид консультирования, безусловно, необходим.

Контрольные вопросы и задания

1. Определите взаимосвязь между психолого-педагогической диагностикой и психологическим консультированием в системе сопровождения ребенка с ограниченными возможностями развития.

2. Какими факторами определяется выбор стратегии психологического консультирования? Какие данные диагностики необходимо учитывать при этом?

3. В чем заключаются особенности психологического консультирования родителей ребенка с проблемами в развитии? Подростка с проблемами в развитии?

Литература

Основная

Абрамова Г. С. Введение в практическую психологию. — Екатеринбург, 1995.

Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — М., 1994.

Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидере А. Г. и др. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков. — М., 2002.

Мэй Р. Искусство психологического консультирования. — М., 1994.

Немое Р. С. Основы психологического консультирования. — М., 1999.

Пряжников Н. С. Профессиональное и личностное самоопределение. — М.; Воронеж, 1996.

Семья в психологической консультации / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. — М. 1989.

Дополнительная

Абрамова Г. С. Практикум по психологическому консультированию. — Екатеринбург, 1995.

Климов Е.А. Как выбирать профессию. — М., 1990.

Глава 8

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Важную роль в разработке программы индивидуального психолого-педагогического сопровождения ребенка с нарушениями развития играет учет особенностей семейного воспитания, привлечение родителей к коррекционно-развивающему процессу.

Часто решение этой важной задачи возможно только на основе хорошего знания психологических особенностей родителей и особенностей внутрисемейных отношений. Эти данные могут быть получены в ходе психологического обследования родителей, воспитывающих ребенка с нарушениями развития.

Родители детей с проблемами в развитии часто имеют специфические личностные особенности, возникающие из-за переживаний состояния ребенка (В. В.Ткачева, И. Ю.Левченко). Следствием этих переживаний является пониженный фон настроения, потеря жизненных перспектив, нарушение здоровья психосоматического характера, необоснованные надежды на исцеление ребенка и т.д. Личностные особенности родителей затрудняют установление продуктивного контакта с педагогами и препятствуют их эффективному участию в коррекционно-педагогическом процессе.

Выявить психологические возможности родителей, их скрытые переживания, особенности семейного воспитания и взаимоотношений в семье помогает психологическое изучение их личности. Такое исследование может провести психолог образовательного учреждения, руководствуясь предложенными ниже рекомендациями. Результаты психологического изучения семьи дополняют данные социально-педагогического обследования и помогут оптимизировать работу по вовлечению родителей в коррекционно-педагогический процесс.

8.1. Методы изучения семьи

В рамках экспериментального исследования семей, в которых воспитываются дети с нарушениями развития, могут использо-

ваться как малоформализованные методики, так и методики высокого уровня формализации. Диагностический инструментарий, в качестве которого применяются указанные методики, должен строиться на следующих принципах:

- исследование проводится комплексно с целью максимального охвата возможных параметров личности членов семьи и особенностей их взаимоотношений с социумом;

- в рамках исследования осуществляется качественный и сравнительный анализ факторов, выявляемых с помощью диагностического инструментария;

получаемые результаты должны быть объективны и строго детерминированы.

8.1.1. Малоформализованные методики

На начальном этапе диагностической процедуры в качестве малоформализованной методики применяется беседа-интервью, в рамках которой изучается история жизни семьи ребенка и спектр основных ее проблем. В процессе ведения беседы соблюдаются следующие правила:

- тщательно фиксируются объективные внешние проявления испытуемого или испытуемых;

- реализуется наблюдение непрерывного процесса, а также отдельных его компонентов;

- запись проводится избирательно.

При изучении семьи с помощью беседы-интервью могут быть оценены как эмоционально-личностные особенности обследуемой группы детей, так и некоторые индивидуально-психологические характеристики их родителей. На основании наблюдаемых личностных реакций последних, тона разговора, вибрации (дрожания) голоса, работоспособности и других качеств, наиболее часто встречающихся в повседневном общении, могут подтвердиться данные о характерологических изменениях личности, поведенческих реакциях, особенностях темперамента, силе — слабости, уравновешенности — неуравновешенности, подвижности — инертности нервных процессов, полученные путем использования формализованных методик.

По форме беседа-интервью может быть:

- свободной, когда она проводится без строгой детализации вопросов, но имеет определенный предмет обсуждения;

- стандартизированной, когда тщательно регламентируется порядок ее проведения;

- частично стандартизированной (структурированной), объединяющей первую и вторую формы.

Существенно важным для проведения беседы-интервью с родителями является то, что предметом взаимодействия, определя-

ющим отношения психолога и обследуемого избирается внутренний мир родителя. Беседа-интервью — это один из специальных методов анализа уникальной ситуации переживаний родителя с целью формирования в его сознании альтернативных вариантов действий, переживаний, чувств, мыслей, целей. Конечной целью беседы-интервью должно стать возникновение потребности в осуществлении изменений в понимании главного вопроса — принятии проблем ребенка. У родителей может проявиться и тенденция к переструктурированию ценностных ориентации, связанных с этой проблемой. Поэтому процесс беседы-интервью должен быть направлен на то, чтобы при обсуждении особо значимых для родителя тем позитивно изменять его отношение к ним. Для этого следует переставлять акценты таким образом, чтобы родитель, ведомый психологом, как бы сам обретал желаемый выход.

Наша практика свидетельствует о том, что для обеспечения положительных результатов беседы-интервью полезнее избирать свободную или частично стандартизированную форму. Отказ от стандартизированной формы беседы-интервью объясняется тем, что испытуемыми такая форма контакта чаще всего отвергается. Частично структурированное интервью может включать и определенные темы для обсуждения.

8.1.2. Формализованные методики

Комплексное изучение особенностей личностных характеристик родительско-детских пар в семьях, воспитывающих ребенка с нарушениями развития, требует создания экспериментальных условий для исследования и с этой целью использования стандартизированных методик изучения познавательной деятельности и методик личностной психодиагностики. Большая часть этих методик возникла за рубежом. Однако к настоящему моменту значительное их число адаптировано в нашей стране. Существуют и отечественные методики, направленные на изучение этих характеристик. Особенности познавательной деятельности исследуются с помощью специальных методик, направленных на выявление характеристик высших психических процессов (восприятия, внимания, мышления, речи, памяти). К методикам диагностики личности чаще относят:

- личностные опросники;
- проективные методики;
- клинико-психолого-диагностические методики.

Применение стандартизированных методик обычно предполагает использование следующих критериев:

- жесткая регламентация процедуры, т.е. точное соблюдение инструкции, строго определенных способов предъявления стимуль-

ного материала, невмешательство исследователя в деятельность испытуемого и др.;

- стандартизация единых требований к процедуре эксперимента и единых критериев оценки результатов;

независимость результатов от влияния экспериментальной ситуации и личности психолога;

- надежность и точность психологических измерений, их согласованность при первичном и повторном применении методики на одних и тех же испытуемых;

- валидность (пригодность методики для обследования той или иной характеристики объекта, т. е. соответствие методики измеряемому явлению).

8.1.3. Методики изучения отношений ребенка к родителям и к социуму

С целью изучения сферы взаимоотношений ребенка с родителями и другими лицами чаще всего используются следующие проективные методики:

- методика Р. Жили;
- методика «Чернильные пятна» Г. Роршаха;
- методика «Детский апперцептивный тест» (САТ);
- рисуночные методики — «Рисунок семьи», «Нарисуй себя», «Дом—дерево—человек», «Несуществующее животное» и др.;
- методика изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга;
- методика «Два дома», методики самооценки «Лесенка» и «Оцени себя», адаптированные к детскому возрасту Т.Д. Марцинковской.

Проективная методика Р. Жили в адаптированном варианте И.Н. Гильяшевой и Н.Д. Игнатевой предназначена для исследования социальной приспособленности ребенка, особенностей его личностных отношений с окружающими, некоторых поведенческих характеристик и черт личности. Использование наглядно-вербального подхода в работе с методикой позволяет применять ее при исследовании различных категорий детей, имеющих психофизические недостатки.

Методики «Чернильные пятна» Г. Роршаха и САТ — наиболее распространенные проективные методики. По критерию ответной реакции они относятся к так называемым «тестам на структурирование». Эти методики направлены на выявление таких аспектов личности ребенка, как индивидуальный когнитивный стиль, способы аффективного реагирования и контроля, структура потребностей личности, содержание конфликтных переживаний, апперцепцию **Я** и своего социального окружения. Особой ценностью предлагаемых методик являются такие характеристики, которые позволяют вскрыть в личности как взрослого, так и ребенка запрещенные (социумом) или запрещаемые (им самим) мотивы.

Рисуночные методики применяют для диагностики особенностей восприятия ребенком характера семейных взаимоотношений. С помощью воспроизводимых в рисунке отношений в семье ребенок воссоздает собственное представление о характере отношения к нему родителей и близких, проявляет свои переживания и ответные реакции на неадекватные формы устанавливаемых с ним контактов.

Методика С. Розенцвейга (детский вариант) позволяет выявить особенности поведения детей в конфликтных ситуациях, экстрапунитивность и импунитивность реакций, уровень самооценки и притязаний.

8.1.4. Методики изучения особенностей личности родителей

Для определения психологических возможностей родителей, особенностей внутрисемейных отношений, характера реакций родителей на сложившуюся психогенную ситуацию (рождение в семье ребенка с нарушениями развития) необходимо изучение их характерологических свойств.

В связи с этим задачи такого изучения могут включать:

исследование личностных особенностей родителей детей с нарушениями в развитии, их интеллектуальных, эмоциональных и коммуникативных свойств;

- изучение характеристик их адаптационных механизмов, способности переносить длительный стресс;

- определение уровня тревожности, типа реакции на стресс, а также уровня предрасположенности к неврозу, психопатии, акцентуациям характера;

анализ внутрисемейных отношений и определение уровня интегрированное™ семей данной категории;

- анализ результатов определения вида психокоррекционной помощи каждой конкретной семье.

При проведении психологической диагностики целесообразно использовать методики, позволяющие выявить весь спектр личностных характеристик индивида. К таким методикам (опросникам) относятся:

- ММР1 и его модифицированные варианты СМИЛ, СМОЛ, М1ш-Мик;

- методики многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (16 ФЛО - 187, форма А; 16 ФЛО — 105, форма С);

- методика определений акцентуаций характера К.Леонгарда; методика определения «типа личности» и «вероятностных расстройств» данного типа Дж.Олдхэма и Л.Морриса;

- методика Г.Айзенка — ЕРО;

- методика Г.Айзенка — ЕР1.

Перечисленные выше методики позволяют выявить характерологические особенности, преобладающие в структуре личности родителей больных детей. Они ранжируются в соответствии с выделяемыми в них шкалами, или факторами.

С целью определения характера внутрисемейных отношений, уровня интегрированности[™] семей данного типа, выявления семейного источника психической травматизации личности могут быть использованы методики, предложенные Э.Г.Эйдемиллером:

- методика «Семейно-обусловленное состояние»;
- опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ);
- опросник «Конструктивно-деструктивная семья (КДС)»;
- методика «Наивная семейная психология (НСП)»;
- методика РАК1 Е.Шеффер и Р.Белла (блок I).

В случае выявления нарушений, близких к пограничным состояниям, или тенденции к патохарактерологическому развитию личности для подтверждения или опровержения предполагаемой гипотезы следует воспользоваться методиками, направленными на изучение отдельных психических состояний индивида. Так, например, для подтверждения депрессивных или тревожных состояний у обследуемых целесообразно использовать следующие методики:

- методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП), разработанная в Институте им. Бехтерева;
- методика измерения уровня тревожности Тейлора;
- методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге;
- методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А.Жмурова;
- методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса;
- методика измерения ригидности;
- методика диагностики уровня невротизации Л. И. Вассермана;
- методика диагностики самооценки Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина.

Содержание этих методик представлено в сборнике «Практическая психодиагностика: Методики и тесты» (1998).

Из известных проективных методик, направленных на разрешение поставленных выше целей, вероятно используемыми могут быть:

- методика изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга;
- методика аутоидентификации акцентуаций характера по словесным характерологическим портретам Э.Г.Эйдемиллера;
- тест М.Люшера;
- тематический апперцептивный тест;
- методика «(^-сортировка» В.Стефансона;
- методика «Тест описания поведения» К. Томаса.

Методика аутоидентификации акцентуаций характера по словесным характерологическим портретам Э. Г. Эйдемиллера составлена на основании клинических описаний типов характера. Испытуемому предлагается ознакомиться с содержанием карточек, на каждой из которых приведено содержание одного характерологического типа, и осуществить выбор карточки, наиболее соответствующей своему характеру.

Восьмицветный «краткий» тест Люшера является специальным психологическим инструментом для диагностики фрустрационных ситуаций и степени проявления напряженности и интенсивности стресса.

Методика «С>-сортировка» В.Стефансона используется для изучения представлений человека о себе самом. В соответствии с замыслом автора она выявляет шесть тенденций поведения человека в реальной группе: зависимость—независимость; общительность—необщительность, принятие борьбы—избегание борьбы.

Методика «Тест описания поведения» К. Томаса направлена на изучение поведения человека в конфликтных ситуациях. Модель урегулирования конфликтов представлена Томасом в виде двух составляющих — кооперации и напористости. Выделены и способы урегулирования конфликтов.

8.1.5. Методики изучения родительно-детских отношений

Задачами этого направления диагностики являются:

- установление типа родительно-детских отношений и причин их нарушений;
- изучение динамики родительно-детских отношений под воздействием коррекции;
- определение модели семейного воспитания.

Характер взаимодействия родителей с больным ребенком может быть изучен с помощью следующих методик:

- методика РАК1 Е.Шеффер и Р.Белла (блок II);
 - тест-опросник родительно-детского отношения А.Я.Варги и В.В.Столина;
- методика диагностики межличностных отношений Т. Лири;
- методика «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), варианты 3—10 лет, 11—21 год;
- методика «Чернильные пятна» Г. Роршаха.
- методика диагностики межличностных и межгрупповых отношений «Социометрия» Дж. Морено.

Первые пять методик направлены на выявление различных вариантов особенностей родительно-детских установок во взаимоотношениях с их детьми.

Методика РАК1 Е. Шеффер и Р. Белла определяет родительские позиции (в первую очередь матерей). В этой методике выделяются следующие критерии:

- понимание родительской позиции как оптимальной;
- понимание гиперопекаемых отношений к ребенку как правомерных;
- понимание отношений с ребенком как неуравновешенных;
- понимание собственной жесткой позиции как правомерной.

Методика диагностики межличностных и межгрупповых отношений «Социометрия» Дж. Морено позволяет изучить типологию социального поведения людей в условиях групповой деятельности и социально-психологическую совместимость членов конкретной группы (в данном случае — семьи больного ребенка).

8.2. Процедура психологического исследования семьи

В процедуре психологического изучения семьи можно выделить два направления. Первое направление реализуется в форме беседы-интервью и состоит из нескольких этапов. Второе направление представлено комплексным экспериментальным изучением проблем семьи.

Рассмотрим содержание первого направления.

Первый этап. Знакомство. Установление контакта и необходимого уровня доверия и взаимопонимания.

Второй этап. Определение проблемы. Здесь выделяют два подэтапа: определение проблемы со слов родителей и диагностика состояния ребенка.

Третий этап. Формулирование реальных проблем.

Четвертый этап. Определение способов, с помощью которых проблема или проблемы могут быть решены.

Пятый этап. Подведение итогов, резюме, закрепление понимания проблемы в формулировке психолога.

Первый этап и часть второго этапа (исключая диагностику состояния ребенка) проводятся психологом со всеми присутствующими членами семьи. С целью овладения полной информацией о процессах, имеющих место в данной семье, психолог устанавливает доверительный контакт с каждым из ее членов. Специальными приемами (жестами, мимикой, интонацией голоса и содержанием фраз) он настраивает близких больного ребенка на глубокое и серьезное изучение проблем семьи, а также стимулирует их собственной позицией на поиск адекватного решения. Трудности, на которые обычно жалуются родители больных детей, чаще всего касаются:

проблем ребенка, возникающих в процессе его обучения, воспитания или лечения;

- взаимоотношений ребенка с матерью (его послушание — непослушание, агрессивность — ласковость, нежность к матери);
- отношений ребенка с сибсами (здоровые дети тяготеют к больным братом или сестрой, стесняются их);
- отношений ребенка с другими детьми в школе, детском саду, на улице (здоровые дети дразнят, обижают больного ребенка, они не хотят с ним общаться; показывают на него пальцем или пристально, с повышенным интересом рассматривают его физические недостатки);
- отношений ребенка с бабушкой и дедушкой (в одних случаях бабушка и дедушка жалеют больного ребенка, «заласкивают» его, в других — мать ребенка жалуется на то, что бабушка и дедушка не желают поддерживать с больным ребенком связь; со стороны больного ребенка может проявляться грубость или агрессия по отношению к бабушке и дедушке);
- отношений ребенка с учителем, воспитателем в детском саду, в школе (родители жалуются, что учитель недооценивает, занижает возможности их ребенка);
- отношений между матерью и отцом ребенка (треть семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, — неполные);
- отношений отца (матери) к ребенку (отвержение или принятие ребенка и полное посвящение себя его проблемам);
- оценки матерью (отцом) отношения отца (матери) ребенка к нему и к нормальным сибсам (позитивная или негативная, возможно проявление чувств ревности, гнева, агрессии) и др.

Психолого-педагогическое изучение ребенка осуществляется с помощью соответствующих методик и в рамках известного в отечественной дефектологической науке традиционного подхода. В зависимости от степени выраженности нарушений в интеллектуальной, двигательной, речевой или эмоционально-волевой сферах психолог ставит перед собой задачу по изучению влияния внутрисемейных отношений на характер формирования личностных черт больного ребенка.

Содержание работы на третьем этапе включает главную цель, с которой обращаются родители ребенка к психологу. Эта цель — определение психологом реальной проблемы на основе объективного анализа данных. Практика показывает, что реальная формулировка проблемы семьи в большинстве случаев возможна лишь при ее переосмыслении и обличении в новую формулу.

На четвертом этапе психолог предлагает родителям оптимальные способы решения их проблем. К ним могут быть отнесены:

- правильный выбор программы обучения и типа специального (коррекционного) образовательного учреждения для ребенка;
- организация коррекционной работы с ребенком в домашних условиях;

- обучение родителей навыкам воспитания ребенка с отклонениями в развитии;
- формирование у ребенка адекватных отношений со всеми членами семьи и с другими лицами (в образовательном учреждении);
- изменение позиции родителей относительно «бесперспективности» развития их ребенка;
- установление позитивного климата и адекватных взаимоотношений между всеми членами семьи.

Одновременно психолог осуществляет поиск дополнительных мер, которые могут быть необходимы для решения основной проблемы. Он дает подробные разъяснения по поводу того, что надо делать и как осуществлять работу по каждому из перечисленных выше направлений.

Последний этап посвящен подведению итогов первичного психологического исследования семьи. Одновременно психолог изучает на эмпирическом уровне готовность родителей к преодолению проблем и определяет степень помощи, в которой они нуждаются.

Следует учитывать, что для достижения понимания интерпретации проблемы, даваемой консультантом, родителям необходимо время для обдумывания и для формирования нового взгляда на проблему. Одновременно у них может возникнуть неудовлетворенность результатами консультирования, особенно если их позиция подвергалась сомнению. В таком случае следует убедить родителей в необходимости проведения дополнительных бесед, а также в целесообразности проведения психодиагностической процедуры по отношению к ним самим.

Организация и проведение комплексной личностной и семейной диагностики (второе направление) может проводиться также в несколько этапов (дней) в зависимости от возникновения в этом потребности.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите задачи психологического изучения семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями развития.
2. Какие правила соблюдаются при проведении беседы с родителями проблемного ребенка?
3. Перечислите этапы работы по психологическому изучению семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями развития.
4. Какова конечная цель социально-педагогического и психологического изучения семьи ребенка с нарушениями развития?

Литература

Основная

Альманах психологических тестов. — М., 1995.

Бурлачук Р. Л. Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. — Киев, 1989.

Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей. — М., 1997.

Практическая психодиагностика: Методики и тесты. — Самара, 1998.

Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. — М., 1995.

Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. — М., 1980.

Дополнительная

Психология семейных отношений с основами семейного консультирования: Учебное пособие. — М., 2002.

Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. — 1998. — № 4.

Ткачева В. В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. — 1999. — № 3.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Примерная программа дисциплины

Психолого-педагогическая диагностика

Рекомендовано

*Министерством образования Российской Федерации для специальностей:
031500— Тифлопедагогика, 031600— Сурдопедагогика, 031700 —
Олигофренопедагогика, 031800 — Логопедия, 031900— Специальная
психология, 032000— Специальная дошкольная педагогика и психология*

1. Цель и задачи дисциплины.

Цель данной дисциплины — ознакомление студентов с методологией и практикой изучения нарушений развития и комплектования коррекционно-образовательных учреждений.

Основные задачи дисциплины:

- обеспечить студентов теоретической подготовкой по вопросам психодиагностики нарушений развития;
сформировать у студентов практические навыки своевременного выявления нарушений развития у детей;
- сформировать навыки психологического и педагогического изучения детей с учетом имеющихся нарушений;
- обеспечить усвоение нормативных и практических материалов по вопросам комплектования специальных образовательных учреждений (дошкольных и школьных).

2. Требования к уровню подготовки студента.

В результате изучения дисциплины студент должен овладеть следующими знаниями:

теоретико-методологическими основами психодиагностического процесса;

- современными подходами к организации и методическому обеспечению изучения детей с отклонениями в развитии;
- основными психодиагностическими методиками и путями анализа;
- системой отбора детей в специальные образовательные учреждения.

Студент должен уметь:

- выявлять в детской популяции детей с отклонениями в развитии;
- проводить психолого-педагогическое изучение детей с разными нарушениями;

- на основании диагностики определять пути коррекционной работы;
- квалифицированно решать вопрос о направлении ребенка в специальное образовательное учреждение (школьное или дошкольное) и об организационных формах обучения.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Вид занятий	Всего часов	Семестр
Общая трудоемкость (по ГОСВПО)	70	
Аудиторные занятия	36	
Лекции	X	
Практические занятия (семинары)	X	
Лабораторные работы	X	
Самостоятельная работа (в часах)	34 (работа с литературой)	
Указать другие виды работы, в том числе курсовые проекты, рефераты	X	
Вид итогового контроля	Экзамен	

4. Содержание дисциплины.

4.1. Разделы дисциплины и виды учебных занятий.

№ п/п	Наименование темы	Лекции	Практические занятия, семинары	Лабораторные работы
1.	Предмет, задачи, теоретико-методологические основы психолого-педагогической диагностики (ППД)	X		
2.	Методы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей	X	X	X
3.	Психолого-педагогическая диагностика в системе психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями развития	X	X	X
4.	Дифференциальная диагностика	X	X	X

Примечание. X — часы распределяются произвольно.

4.2. Содержание разделов дисциплины.

1. Предмет, задачи, теоретико-методологические основы психолого-педагогической диагностики. Место психодиагностики в психолого-педагогическом сопровождении детей с нарушениями развития. Задачи ППД: выявление детей с проблемами в развитии, определение их об-

разовательных потребностей; определение путей коррекции и компенсации нарушений; определение оптимального педагогического маршрута. Теоретико-методологическая основа ППД. Взгляды Л.С.Выготского, А.Р.Лурия, В.И.Лубовского на проблему изучения нарушений развития.

Принципы ППД: комплексность, системный анализ нарушений, динамическое изучение, качественно-количественный анализ результатов.

Роль ППД на разных этапах развития ребенка. Прогностическое значение психодиагностики нарушений развития.

2. Методы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей. Психологические средства. Основные методы ППД — наблюдение, эксперимент. Дополнительные методы — анализ документации, беседа, тестирование, анализ продуктов деятельности ребенка. Наблюдение. Естественный психолого-педагогический эксперимент. Патопсихологический эксперимент. Обучающий эксперимент. Экспериментально-психологические методики изучения познавательной деятельности и личности. Методы изучения речи.

Дифференциальная психометрия. Тестирование: репрезентативность, надежность, валидность тестов.

Нейропсихологическое изучение детей. Рисуночные тесты: их место в изучении ребенка с отклонениями в развитии.

Психодиагностическая процедура. Нормативные требования к организации и проведению обследования детей с отклонениями в развитии. Методическое обеспечение психодиагностического процесса. Заключение по результатам психологического изучения ребенка.

Особенности обследования детей в зависимости от возраста и характера нарушений (сенсорные, моторные, речевые).

Педагогическое изучение детей с отклонениями в развитии в условиях образовательного учреждения. Психолого-педагогическая характеристика на ребенка с нарушением развития: ее назначение, требования к составлению, использование в практике образовательных учреждений.

3. Психолого-педагогическая диагностика в системе психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями развития. Психолого-педагогическая диагностика и ее значение для организации психокоррекционных, психопрофилактических мероприятий, психолого-педагогического консультирования и поддержки семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями развития.

Психолого-педагогический консилиум (ПМПк) образовательного учреждения: состав, задачи, организация и содержание деятельности, документация.

Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК). Нормативно-правовая база деятельности. Цель, задачи, состав, организация работы. Оборудование для обследования детей. Документация. Особенности изучения детей в ПМПК. Психолого-педагогический диагноз.

Психолого-медико-педагогическая консультация. Задачи, организация и содержание работы.

4. Дифференциальная диагностика. Понятие «сходные состояния», «дифференциально-диагностические критерии». Задачи дифференциальной диагностики.

Значение дифференциальной диагностики для комплектования специальных образовательных учреждений и организации коррекционно-развивающего процесса.

Особенности дифференциального диагноза при интеллектуальных, речевых, сенсорных, двигательных нарушениях, при сложных (комплексных) дефектах.

Отграничение умственной отсталости от сходных состояний как важнейшая задача дифференциальной диагностики. Основные критерии отграничения умственной отсталости от сходных состояний.

4.3. Лабораторный практикум.

1. Участие в психолого-педагогическом изучении детей в специальном образовательном учреждении.

2. Изучение документации на ребенка, представленного на ПМПК.

3. Демонстрация психодиагностического обследования ребенка 6 — 9 лет с предполагаемой умственной отсталостью; обсуждение результатов, написание заключения.

5. Учебно-методическое обеспечение дисциплины.

5.1. Рекомендуемая литература.

О с н о в н а я

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

Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М. 1995.

Забрамная С.Д. От диагностики к развитию. — М. 1998.

Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М. 1998.

Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. — М., 2000.

Методы обследования речи у детей / Под общ. ред. И.Т. Власенко, Г.В.Чиркиной. - М. 1996.

Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста / Под ред. Е.А.Стребелевой. — М. 1998.

Д о п о л н и т е л ь н а я

Венгер А. А. Выгодская Г.Л., Леонгард Э.И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. — М. 1972.

Кононова М. П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей. — М., 1963.

Лебединская К. С. Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления. — М. 1991.

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Руководство по психологической диагностике. - М., 2000.

Схема нейропсихологического обследования детей / Под ред. А. В.Семенович. — М., 1998.

Усанова О.Н. Специальная психология. Система психологического изучения аномальных детей. — М. 1990.

5.2. Средства обеспечения дисциплины. Для обеспечения освоения дисциплины необходимы лаборатории, классы.

6. Материально-техническое обеспечение дисциплины. Для обеспечения данной дисциплины необходимы:

- лаборатории;
- классы, оборудование различными средствами ТСО (компьютеры, видео- и аудиоаппаратура);
- учебные и методические пособия (учебники, программы, сборники упражнений и т.д.);
- наглядные пособия.

7. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины.

7.1. Перечень примерных контрольных вопросов и заданий для самостоятельной работы.

Темы для самостоятельной работы

1. Задачи ППД.
2. Виды диагностики (общая характеристика).
3. Принципы ППД.
4. Методы ППД.
5. Роль ППД на разных этапах развития ребенка.

7.2. Примерная тематика рефератов, курсовых работ.

1. Психолого-педагогическое изучение умственно отсталых дошкольников.

2. Психолого-педагогическое изучение умственно отсталых школьников.

3. Психолого-педагогическое изучение дошкольников с ЗПР.

4. Психолого-педагогическое изучение младших школьников с ЗПР.

5. Психолого-педагогическое изучение дошкольников с ОНР.

6. Психолого-педагогическое изучение дошкольников с нарушением опорно-двигательного аппарата.

7. Психолого-педагогическое изучение школьников с нарушением опорно-двигательного аппарата.

8. Психолого-педагогическое изучение дошкольников с нарушением зрения.

9. Психолого-педагогическое изучение школьников с нарушением зрения.

10. Психолого-педагогическое изучение дошкольников с нарушением слуха.

11. Психолого-педагогическое изучение школьников с нарушением слуха.

7.3. Примерный перечень вопросов к экзамену.

1. Задачи ППД.
2. Теоретико-методологическая основа ППД нарушений развития.
3. Виды диагностики (скрининг-диагностика, психолого-педагогическая, дифференциальная диагностика).
4. Принципы ППД.
5. История развития методов изучения детей с проблемами в развитии.
6. Роль ППД на разных этапах развития ребенка.
7. Методы ППД.

8. Соотношение основных и дополнительных методов в изучении ребенка с нарушением развития.
9. Метод наблюдения. Роль педагогического наблюдения для изучения детей с проблемами в развитии.
10. Естественный психолого-педагогический эксперимент.
11. Метод эксперимента. Экспериментально-психологические методики.
12. Обучающий эксперимент, его значение для изучения детей с проблемами в развитии.
13. Тестирование, его роль в изучении детей с нарушениями развития.
14. Рисуночные тесты, их значение для психодиагностики нарушений развития.
15. Психолого-педагогический консилиум. Состав, задачи, организация и содержание работы.
16. Психолого-медико-педагогическая комиссия, нормативно-правовая база. Состав, организация и содержание работы по комплектованию специальных образовательных учреждений.
17. Организация обследования ребенка в ПМПК.
18. Дифференциальная диагностика. Ее задачи.
19. Сходные состояния. Дифференциально-диагностические критерии разграничения сходных состояний.
20. Основные критерии разграничения умственно отсталых детей и сходных состояний.

Программа составлена в соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по специальностям:

- 031500 — Тифлопедагогика,
- 031600 — Сурдопедагогика,
- 031700 — Олигофренопедагогика,
- 031800 — Логопедия,
- 031900 — Специальная психология,
- 032000 — Специальная дошкольная педагогика и психология.

Программу составила доктор психологических наук, профессор МГОПУ И.Ю.Левченко.

Программа одобрена на заседании Учебно-методического совета по специальной психологии и коррекционной педагогике.

Протокол № 1 от 14 октября 2000 г.

Приложение 2

Примерное положение о психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения (№ 27/90.1-6 от 27.03.00)

I. Общие положения.

1.1. Примерное положение о психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения регулирует деятельность психолого-медико-педагогического консилиума (в дальнейшем ПМПК) как

структурного подразделения психолого-медико-педагогической службы (далее ПМПС) в системе образования в качестве ее низового звена, оказывающего помощь детям со специальными образовательными потребностями.

1.2. ПМПк представляет собой объединение специалистов данного образовательного учреждения, составляющее ядро психолого-медико-педагогической службы образовательного учреждения, организуемое при необходимости комплексного, всестороннего, динамического диагностико-коррекционного сопровождения детей, у которых возникают трудности адаптации к условиям данного образовательного учреждения в связи с отклонениями в развитии.

1.3. ПМПк не является самостоятельным учреждением и не имеет статуса юридического лица. Специалисты ПМПк выполняют соответствующую работу в рамках основного рабочего времени, имеющихся у них функциональных обязанностей, оплаты труда, корректируя индивидуальный план работы в соответствии с реальным запросом на участие в работе консилиума. При наличии в образовательном учреждении трех и более классов, групп специального, коррекционно-развивающего (компенсирующего) типа постоянные специалисты ПМПк имеют право на 20%-ную надбавку к заработной плате.

1.4. ПМПк в своей деятельности руководствуется федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, решениями соответствующего органа управления образованием, настоящим Примерным положением, уставом общеобразовательного учреждения, договором между образовательным учреждением и родителями (законными представителями) обучающихся, воспитанников, Конвенцией ООН о правах ребенка, Законом Российской Федерации «Об образовании».

П. Цель и задачи Психолого-медико-педагогического консилиума.

2.1. Целью ПМПк является определение и организация в рамках данного образовательного учреждения адекватных условий развития, обучения и воспитания в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными особенностями, диагностированными индивидуальными возможностями ребенка в зависимости от состояния соматического и нервно-психического здоровья.

2.2. В задачи ПМПк образовательных учреждений входит:

- выявление и ранняя диагностика отклонений в развитии детей;
- выявление актуальных и резервных возможностей ребенка;

разработка рекомендаций учителю, воспитателю, родителям для обеспечения индивидуального подхода в процессе коррекционно-развивающего сопровождения;

- отслеживание динамики развития и эффективности индивидуализированных коррекционно-развивающих программ;

- определение готовности к школьному обучению детей старшего дошкольного возраста, поступающих в школу, с целью вычленения «группы риска»;

решение вопроса о создании в рамках данного образовательного учреждения условий, адекватных индивидуальным особенностям разви-

тия ребенка. При необходимости — перевод в специальный (коррекционно-развивающий, компенсирующий и т.п.) класс, выбор соответствующей формы обучения (индивидуальное, на дому; смешанное; экстернат, домашнее и др.);

- при положительной динамике и компенсации отклонений в развитии — определение путей интеграции ребенка в классы, работающие по основным образовательным программам;

профилактика физических, интеллектуальных и эмоциональных перегрузок и срывов, организация лечебно-оздоровительных мероприятий и психологически адекватной образовательной среды;

- подготовка и ведение документации, отражающей актуальное развитие ребенка, динамику его состояния, овладение школьными навыками, умениями и знаниями, перспективное планирование коррекционно-развивающей работы, оценку ее эффективности;

- организация взаимодействия между педагогическим коллективом образовательного учреждения и специалистами, участвующими в работе Психолого-медико-педагогического консилиума; при возникновении трудностей диагностики, конфликтных ситуаций, а также — отсутствии положительной динамики в процессе реализации рекомендаций ПМПк более высокого уровня.

III. Организация деятельности и состав ПМПк.

3.1. ПМПк организуется на базе любого образовательного учреждения независимо от типа и вида.

3.2. ПМПк утверждается приказом директора образовательного учреждения.

3.3. Общее руководство ПМПк возлагается на директора образовательного учреждения.

3.4. ПМПк работает во взаимодействии с вышестоящими структурными подразделениями Психолого-медико-педагогической службы.

3.5. Обследование ребенка специалистами ПМПк осуществляется по инициативе родителей или сотрудников образовательного учреждения. В случае инициативы сотрудников образовательного учреждения должно быть получено согласие на обследование родителей (иных законных представителей).

При несогласии родителей (иных законных представителей) специалистами ПМПк должна проводиться работа по формированию у них адекватного понимания проблемы, исходя из интересов ребенка. Во всех случаях согласие родителей должно быть подтверждено их заявлением. Прием подростков старше 12 лет, обратившихся к специалистам ПМПк, допускается без сопровождения родителей.

3.6. Обследование ребенка должно осуществляться с учетом требований профессиональной этики. Специалисты ПМПк обязаны хранить профессиональную тайну, в том числе соблюдать конфиденциальность информации, содержащейся в заключении.

3.7. Обследование ребенка проводится каждым специалистом ПМПк индивидуально, при необходимости — в присутствии родителей (иных законных представителей).

3.8. ПМПк имеет право затребовать следующие документы:

- свидетельство о рождении ребенка;

- подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей: педиатра, невропатолога, сурдолога, офтальмолога, ортопеда (в зависимости от имеющихся отклонений в развитии ребенка). При необходимости получения дополнительной медицинской информации о ребенке медсестра ПМПк направляет запрос соответствующим медицинским специалистам;

- педагогическое представление (характеристику);

письменные работы по русскому (родному языку), математике, рисунки и другие результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

3.9. Результаты обследования ребенка протоколируются, отражаются в заключении, которое составляется коллегиально и является основанием для реализации соответствующих рекомендаций по обучению, воспитанию, лечению, при необходимости по профориентации и трудоустройству, а также социальной и трудовой адаптации. Все сведения вносятся в журнал регистрации консилиумов и Карту развития ребенка.

3.10. В диагностически сложных или конфликтных случаях специалисты ПМПк направляют ребенка в муниципальную ПМПк либо в другие диагностико-коррекционные учреждения. Возможна также организация пробного диагностического обучения на базе уже существующих, а также вновь создаваемых специальных классов данного образовательного учреждения.

3.11. В ПМПк ведется следующая документация:

- журнал предварительной записи детей на ПМПк;
- журнал регистрации плановых и внеплановых консилиумов;

Карта развития ребенка с краткими обобщенными заключениями специалистов, окончательным коллегиальным заключением ПМПк, дневником (листом-вкладышем) динамического наблюдения, листами коррекционной работы специалистов;

- список специалистов ПМПк;
- график плановых консилиумов (не реже одного раза в четверть);
- списки классов (групп) коррекционно-развивающей, иной специальной образовательной направленности, находящихся под динамическим наблюдением специалистов ПМПк;

нормативные и методические документы, регулирующие деятельность специалистов ПМПк.

3.12. Рекомендуемый состав ПМПк: заместитель директора по учебно-воспитательной работе (председатель консилиума), прошедший спецподготовку; учитель (классный руководитель) или другой специалист, представляющий ребенка на ПМПк; учителя с большим опытом работы; учителя классов коррекционно-развивающего обучения; учитель-логопед (и/или учитель-дефектолог); педагог-психолог; врач (педиатр, невропатолог или детский психиатр); медсестра. При отсутствии специалистов они привлекаются к работе консилиума на договорной основе.

3.13. Дети, направленные классным руководителем на обследование в ПМПк, а также все учащиеся специальных классов (коррекционно-развивающих, компенсирующих) находятся под наблюдением специали-

стов ПМПк в течение всего периода пребывания в данном образовательном учреждении. Все изменения формы или вида обучения в рамках одного и того же образовательного учреждения фиксируются в Карте развития ребенка.

3.14. Председатель и специалисты, участвующие в работе ПМПк, несут ответственность за конфиденциальность информации о детях, проходивших обследование на ПМПк или находящихся на коррекционно-диагностическом и коррекционно-развивающем, ином специальном обучении.

IV. Подготовка и проведение ПМПк.

4.1. ПМПк подразделяются на плановые и внеплановые.

4.2. Периодичность ПМПк определяется реальным запросом образовательного учреждения на комплексное обследование детей с отклонениями в развитии, но не реже одного раза в четверть проводятся плановые ПМПк, на которых осуществляется анализ состава, количества и динамики развития учащихся, нуждающихся в психолого-медико-педагогической диагностико-коррекционной помощи.

4.3. Деятельность плановых консилиумов направлена на:

- анализ процесса выявления детей «группы риска», а также ее количественного и качественного состава (учащиеся классов коррекционно-развивающего (компенсирующего) обучения, дети с признаками школьной дезадаптации, неуспевающие и слабо успевающие дети);

- определение путей психолого-медико-педагогического сопровождения учащихся с трудностями адаптации в данных образовательных условиях;

профессиональная квалификация динамики развития ребенка в процессе реализации индивидуализированной коррекционно-развивающей программы, внесение необходимых изменений в эту программу.

4.4. Внеплановые консилиумы собираются по запросам специалистов (в первую очередь — учителей), непосредственно работающих с ребенком.

Поводом для проведения внепланового ПМПк является выявление или возникновение новых обстоятельств, отрицательно влияющих на развитие ребенка в данных образовательных условиях.

Задачи внепланового консилиума следующие:

- решение вопроса о необходимости принятия адекватных экстренных мер по выявленным обстоятельствам;

- внесение изменений в индивидуализированные коррекционно-развивающие программы при их неэффективности.

4.5. В течение 3 дней с момента поступления запроса на диагностическое обследование ребенка председатель ПМПк согласовывает этот вопрос с родителями (иными законными представителями) и при отсутствии возражений с их стороны, представленных в письменном виде, организует проведение планового или внепланового ПМПк (в соответствии с графиком плановых ПМПк).

4.6. ПМПк проводится не позже 10 дней с момента согласования вопроса с родителями (иными законными представителями).

4.7. Председатель включает в состав ПМПк кроме постоянных специалистов сотрудников образовательного учреждения, непосредственно

работающих с ребенком, направивших ребенка на ПМПк, и др. Председатель ставит в известность специалистов ПМПк о необходимости обследования ребенка.

4.8. В период с момента поступления запроса и до ПМПк каждый специалист ПМПк проводит индивидуальное обследование ребенка, планируя время этого обследования с учетом реальной возрастной и психофизической нагрузки.

4.9. Каждый специалист ПМПк составляет заключение по данным соответствующего обследования и разрабатывает рекомендации.

4.10. На период реализации рекомендаций, разработанных специалистами ПМПк, ребенку назначается ведущий специалист, отслеживающий эффективность и адекватность индивидуальной коррекционно-развивающей программы и выступающий с инициативой повторных обсуждений динамики развития ребенка на ПМПк.

4.11. Решением ПМПк ведущим специалистом назначается в первую очередь педагог (классный руководитель) класса, в котором обучается ребенок, но может быть назначен и другой специалист, проводящий коррекционно-развивающее обучение или внеурочную коррекционную работу.

4.12. ПМПк проводится под руководством председателя, а в его отсутствие — заместителя председателя, назначаемого председателем или руководителем образовательного учреждения.

4.13. Ведущий специалист докладывает свое заключение о ребенке на ПМПк и оформляет протокол. Каждый специалист, участвующий в обследовании и/или коррекционно-развивающей работе с ребенком, в устной форме дает свое заключение на ребенка. Последовательность представлений специалистов определяется представителем ПМПк. Заключение каждого специалиста вкладывается в Карту развития ребенка. Окончательное коллегиальное заключение по результатам ПМПк с рекомендациями по оказанию психолого-педагогической и медико-социальной помощи ребенку также фиксируется в Карте развития ребенка и подписывается председателем и всеми членами ПМПк.

4.14. Результаты ПМПк доводятся до сведения родителей (иных законных представителей). Предложенные рекомендации реализуются только при отсутствии возражений со стороны родителей (иных законных представителей).

4.15. Не реже одного раза в четверть (плановые ПМПк) на основании устных представлений специалистов, непосредственно работающих с ребенком, в дневник динамического наблюдения Карты развития ребенка вносятся сведения об изменениях в его состоянии в процессе реализации рекомендаций, составляется краткое обобщенное письменное заключение и перечень корректировок, внесенных в рекомендации.

4.16. При направлении ребенка на муниципальную или региональную ПМПк заключение, составленное на основании сведений, содержащихся в его Карте развития, представляется одним из специалистов ПМПк, сопровождающих ребенка вместе с родителями, или отправляется по почте.

Приложение 3

Рабочие материалы ПМПК¹

**Рекомендуемая форма календарного планирования
деятельности ПМПК**

Месяцы Форма ^ ^ ч . работы	Январь	Февраль	Март	Апрель	э	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь
Рабочее время (дни/часы)												
Всего рабочих дней/часов	18/129,6											
1. Прием населения	70 ч											
2. Организационно-методическая работа	30 ч											
3. Просвещение	10ч											
4. Контроль (сопровождение)	19,6 ч											

График работы ПМПК на 10—14 сентября 2001 г.

Дни ФормыТ^^^недели работы	10.09 (пн.)	11.09 (вт.)	12.09 (ср.)	13.09 (чт.)	14.09 (пт.)	Итого
1. Прием населения	10.00 - 14.00 15.00— 17.00	10.00 - 14.00 15.00 - 17.00		10.00 - 16.00	10.00 - 16.00	24 ч
2. Организационно-методическая работа 3. Просвещение 4. Контроль	12 часов (распределяются в соответствии с индивидуальными 12-часовыми еженедельными графиками работы каждого специалиста)					
Всего часов	6 ч	6 ч		6 ч	6 ч	36 ч

¹ Типовое положение о ПМПК в настоящее время разрабатывается Министерством образования РФ. Его проект апробируется на базе нескольких ПМПК с 1999 г. Отсутствие утвержденного Типового положения затрудняет разработку и внедрение единой документации по ПМПК.

Представленные рабочие материалы были подготовлены Г.В.Грибановой в период работы над проектом Типового положения в 2000—2001 гг. и опубликованы (см: Дефектология. — 2001. — № 6). Эти материалы были апробированы в нескольких ПМПК и показали себя как удобные и отвечающие задачам деятельности комиссии.

График работы специалиста ПМПК _____
(указать специальность, Ф.И.О.)

на 10 — 14 сентября 2001 г.

Ф о р м а ^ Г - ^ д е л и работы	10.09 (пн.)	11.09 (вт.)	12.09 (ср.)	13.09 (чт.)	14.09 (пт.)	Итого
1. Прием населения	10.00-14.00 15.00-17.00	10.00-14.00 15.00—17.00		10.00-16.00	10.00 — 16.00	24 ч
2. Организационно-методическая работа			10.00-18.00			8ч
3. Просвещение	17.00-19.00	17.00-19.00				4ч
4. Контроль	—	—	—	—	—	—
Всего часов	6 ч	6 ч		6 ч	6 ч	36 ч

Направление на ПМПК

Направление на П М П К
 Учреждение (ведомство) _____

(официальное название учреждения)
 Направляет _____
(Ф.И.О. ребенка, возраст, адрес)

на обследование ПМПК в связи с: _____

(указываются конкретные показания к направлению ребенка на ПМПК)

Приложение:

(перечень документов, направляемых обратившимся учреждением в ПМПК)

Печать учреждения

Подпись руководителя учреждения

**Журнал первичного учета детей, обратившихся в ПМПК
(ведется регистрация)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
№ п/п	Ф.И.О., пол ребенка	Дата рождения	Адрес, телефон	Повод обращения	Инициатор обращения в ПМПК	Образовательное учреждение Образовательный маршрут	Дата ПМПК	Подпись родителей (законных представителей)	Примечание

Алфавитная книга

А (буква алфавита)

№ п/п	Ф.И.О.	№ записи (з-№) № приема (п-№)	Примечание
1.	Акулов Сергей Владимирович	З-№ 25 П-№ 20	П - № 24 (дополнительный прием)

Место штампа ПМПК

Запрос ПМПК

В детскую поликлинику

(сведения о детской поликлинике)

на предоставление информации о ребенке _____

(Ф.И.О., дата рождения (число, месяц, год), адрес ребенка)

Предполагаемая диагностика:

Просим направить в адрес ПМПК заключения следующих специалистов:

М.П.
(печать учреждения,
в структуре которого
находится ПМПК)

Подпись зав. ПМПК

Штамп ПМПК	
Психолого-медико-педагогическая комиссия	
(региональная, городская, районная — указать, какая именно)	
Направляет	(Ф.И.О., дата рождения ребенка)
на	(консультацию, обследование и др.)
в	(название учреждения)
в связи с	(обоснование направления)
М.П.	Зав. ПМПК

План/протокол психологического обследования

Ребенка _____

(фамилия, имя, возраст ребенка)

дата _____ **специалист** _____

(Ф. И. О. педагога-психолога)

Диагностическая гипотеза и план обследования	Протокол обследования (методики, особенности выполнения)
Дифференциация умственной отсталости и нарушений активности и внимания 1. Исследование мыслительных операций	1. «Четвертый лишний»:
	2. Метафоры:
	3. Последовательные картинки (Родлов):
2. Исследование произвольного внимания и регуляторной функции речи	1. Нейропсихологические пробы на выполнение программ действий в ответ на условные сигналы:
	и т.д.

Форма заключения специалистов

Штамп ПМПК

Заключение специалиста

(указать специальность, **Ф.И.О.**)

Психолого-медико-педагогической комиссии

(региональной, городской, районной — указать, какой именно)

Дано _____

(**Ф.И.О.** ребенка, дата рождения)

в том, что он(она) был(а) обследован(а) _____

(дата обследования на ПМПК)

Заключение _____

Рекомендации

М.П.

(печать учреждения,

в состав которого входит ПМПК) _____ Специалист ПМПК

Форма коллегиального заключения

Штамп ПМПК

Психолого-медико-педагогическая комиссия

(региональная, городская, районная — указать, какая именно)

Коллегиальное заключение

Дано _____

(**Ф.И.О.** ребенка, дата рождения)

в том, что он(она) был(а) обследован(а) _____

(дата обследования на ПМПК)

Заключение _____

Рекомендации

М.П.

(печать учреждения, в состав
которого входит ПМПК)

Заведующий ПМПК

Специалисты ПМПК

Журнал учета детей, прошедших обследование на ПМПК

(ведется заведующим ПМПК или одним из уполномоченных им специалистов ПМПК)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
№ п/п (присваивается и карте развития ребенка)	Дата обследования ребенка на ПМПК	Ф.И.О., дата рождения ребенка	Адрес, телефон	№ п/п и дата записи журналов первичного учета	Список специалистов в соответствии с планом обследования ребенка (подписи специалистов)	Коллегиальное заключение ПМПК с рекомендациями	Подпись родителей (законных представителей), получивших коллегиальное заключение на ребенка с рекомендациями (или — отказ)	Примечание

СПРАВКА

Дана _____

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения — число, месяц, год; место жительства ребенка)

в том, что он(она) _____
(число, месяц, год обследования ребенка на ПМПК)

был(а) обследован(а) на ПМПК.

Учетный номер _____ (учетный номер соответствует регистрационному номеру в Журнале учета детей и подростков, прошедших обследование на ПМПК).

Рекомендации ПМПК _____
(указывается тип, вид образовательного

учреждения, профиль класса/группы, форма и режим обучения)

М.П.

Зав. ПМПК

Сведения о динамике развития обучающихся (воспитанников) образовательного учреждения (указать, какого), направленных ПМПК (указать, какой именно) в _____ году. Дата отправки сведения			
№ п/п	Ф.И.О. ребенка	Дата обследования на ПМПК (в соответствии с коллегиальным заключением ПМПК на ребенка, поступившим в образовательное учреждение)	Динамика развития (положительная, отрицательная, волнообразная, недостаточная и др.)
1	Алешин Алексей Петрович	20.02.2000 г.	Положительная
2	Иванов Петр Иванович	12.03.2000 г.	Отрицательная
3	Сидоров Иван Петрович	15.03.2000 г.	Волнообразная
Всего: Зчел.	Всего с благоприятной динамикой: 1 чел. С неблагоприятной динамикой: 2 чел.		
Печать образовательного учреждения		Подпись руководителя образовательного учреждения	

Журнал движения документации

1	2	3	4	5	6	7	8
2	Ф.И.О. ребенка	Год приема ребенка на ПМПК	Дата передачи/получения документа (кому, от кого)	Адресат или источник информации	Наименование документа (запрос, направление, запрошенный документ — какой, и т.д.)	Подпись выдавшего документ (или сведения о пересылке по почте)	Подпись принявшего документ о поступлении документа по месту запроса

Таблица 1

Возрастная группа					Примечание
0 — 3 года (включительно)	3 — 7 лет (включительно)	7 — 11 лет (включительно)	11—16 лет (включительно)	16 — 18 лет (включительно)	

Таблица 2

Типы, виды учреждений										Другие учреждения, ведомства	Примечание	
Учреждения системы образования												
Специальные (коррекционные) образовательные учреждения								П П М С - центры	Общеобразовательные школы			
I вид	II вид	III вид	IV вид	V вид	VI вид	VII вид	VIII вид		Классы КРО, другие спец. классы			Общеобразовательные классы
Количество детей, которым рекомендованы данные образовательные или иные условия (чел.)												

Приложение 4

Примеры оформления документации по результатам психолого-педагогического изучения детей с нарушениями развития

Результаты психолого-педагогического изучения Эллы С, 10 мес

Из анамнеза

Дата рождения 27 ноября 1997 г. Ребенок поступил в Дом ребенка 27 марта 1998 г. в возрасте 4 мес.

Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне болезни Боткина, хронического панкреатита, фетоплацентарной недостаточности и курения. Роды срочные. Оценка по шкале Апгар — 8 баллов.

В раннем периоде развития перенесла следующие заболевания: внутриутробное инфицирование, гнойный менингоэнцефалит, осложненный ДВС синдромом постгеморрагической анемией, перинатальная гипоксическая энцефалопатия, судорожный синдром, синдром нарушения двигательных функций, внутренняя гипотрофия. Задержка психического развития.

Психолого-педагогическая характеристика

Девочка вступает в контакт со взрослыми формально, контакт мимический, эмоции неяркие. Поведение адекватное. Активна и деятельна в периоды бодрствования, но физические возможности ограничены. Внимание недостаточно устойчивое, интерес к игрушкам поверхностный, нестойкий, длительность сосредоточения удовлетворительная, работоспособность снижена, действует формально.

Состояние слуха: норма.

Состояние зрения: подозрение на частичную атрофию зрительных нервов.

Моторика: мелкая моторика пальцев рук не развита, манипулятивная функция ограничена, движения рук несогласованны, координация движений нарушена, действует больше левой рукой, правой с трудом, медленно.

Действия с игрушками стереотипные и примитивные: стучит, бросает, тянет в рот.

Речевое развитие: лепет и гуление отсутствуют, обращенную речь не понимает. На момент обследования полное отсутствие звуковых и вербальных средств общения. Дыхание поверхностное, голос недостаточный по силе, прерывистый, голосовые модуляции отсутствуют. В лицевой мускулатуре — гипертонус мышц. Губы спастичные, малоподвижные. Язык жесткий, спастичный, гиперкинез, посинение кончика при нагрузке. Твердое нёбо — готическое. Жевание и глотание не нарушено.

Реакции на световые и звуковые раздражители положительные. Прослеживает предметы взглядом, локализует звук в пространстве.

*Индивидуальная программа развития ребенка
на октябрь — декабрь 1998 г.*

1. Стимулировать улыбку, смех в ответ на эмоциональное общение. Учить всматриваться в свое отражение в зеркале.

2. Стимулировать интерес к игрушкам, формировать элементарные действия с ними.

3. Развивать координацию движений глаза и руки.

4. Учить искать и находить взглядом предметы, неоднократно называемые и постоянно находящиеся в определенном месте, при вопросе «Где...».

5. Учить дифференцировать интонацию голоса.

6. Учить реагировать на свое и чужое имя.

7. Учить понимать отдельные инструкции в конкретных ситуациях.

8. Учить зрительно контролировать свои манипуляции, развивать умение захватывать и удерживать мелкие игрушки.

*Индивидуальная программа развития ребенка
на январь—март 1999 г.*

1. Учить находить взглядом несколько знакомых предметов, независимо от их местонахождения, различать лица людей.

2. Развивать умение самостоятельно ходить и выполнять другие движения: приседать, наклоняться, поворачиваться, бросать мяч взрослому.

3. Учить выполнять разнообразные действия с предметами в зависимости от их свойств.

4. Учить действиям с игрушками, в том числе и выполнять разученные действия по просьбе взрослого.

5. Учить по просьбе «дай» находить и давать знакомые предметы.

6. Стимулировать повторное произнесение одних и тех же и новых слов, разнообразных звуковых комплексов.

7. Стимулировать игровой контакт со взрослыми, развивать разнообразные средства коммуникации (лепетные слова, жест).

Результаты психолого-педагогического изучения Эльдара Х., 3 года 8 мес

Выписка из истории развития

Возраст матери во время беременности 23 года. Беременность первая с угрозой выкидыша. Роды в срок со стимуляцией.

Вес при рождении — 4 кг, рост — 55 см. По шкале Апгар — 8,8 балла. Из роддома привезен в неврологическое отделение в тяжелом состоянии с диагнозом: тяжелая перинатальная энцефалопатия.

Раннее развитие с задержкой: голову держит с 2 мес, сидеть начал в 9 мес, первые шаги — в 1,5 года, речевое развитие с задержкой. На первом году жизни неоднократно лечился с диагнозом ПЭП. В 10 мес — судорожный синдром, гипертензионно-гидроцефальный синдром. В настоящее время состоит на учете у невропатолога с диагнозом ММД.

Психолого-педагогическая характеристика

Поступил в детский сад по направлению ПМПК с диагнозом: органическая задержка психического развития. Посещает дошкольную группу для детей с ЗПР с сентября 2001 г. Жалобы при поступлении: низкий уровень речевого развития, двигательная неловкость, нарушение координации, не играет с игрушками. К условиям детского сада адаптировался быстро. Требуем к себе повышенного внимания со стороны взрослых. Со сверстниками играть не любит, но агрессии не проявляет. Наблюдается склонность к уединению. На занятиях быстро устает, отвлекается. Заинтересованности не проявляет, не подчиняется требованиям взрослого на занятиях.

Запас знаний и умений снижен. Навыки самообслуживания развиты недостаточно — затрудняется при одевании и раздевании, неправильно держит ложку, не всегда опрятен.

Условия семейного воспитания удовлетворительные. Родители осознают необходимость коррекционно-развивающей работы с ребенком, проявляют заинтересованность в работе с учреждением.

Протокол обследования

Дата обследования 04.03.2002 — 06.03.2002¹

Название методики	Выполнение
1. <i>Исследование мышления:</i>	
а) собери гербарий	Выполняет самостоятельно
б) доски Сегена (из 6 элементов)	Выполняет самостоятельно
в) складывание разрезных картинок:	
2 части	Выполняет самостоятельно
3 части	Выполняет с помощью взрослого

¹ При обследовании использовались задания и критерии оценки из книги И.Ю.Левченко «Патопсихология: Теория и практика». — М., 2000.

Название методики	Выполнение
2. Исследование конструктивного праксиса: а) конструирование по подражанию (строительный конструктор) б) конструирование по реальному зрительному образцу (строительный конструктор) в) конструирование по подражанию (из палочек) г) конструирование по образцу (из палочек)	Простые постройки: башня из 5 — 6 кубиков, поезд — выполняет самостоятельно Дорожка, стол — выполняет самостоятельно. Более сложные (дом с дорожкой, дом с забором) — не выполняет Дорожка, заборчик — выполняет самостоятельно Треугольник, квадрат — не выполняет
3. Исследование восприятия (3-й уровень): а) соотнесение по форме («подбери ключик к замку») б) выполнение инструкции «Дай красный» (основные цвета) в) сравнение и дифференциация по величине (трехсоставная матрешка)	Выполняет самостоятельно Выполняет самостоятельно, но иногда путает цвета Самостоятельно выполнить не может
4. Исследование памяти (вербальный уровень): а) игра в прятки б) попросить ребенка сказать, с кем он живет, во что он любит играть, а также назвать свое имя и фамилию; повторить вопрос «Сегодня на улице много грязи и луж?» в) выполнить по памяти серию инструкций: встать, открыть дверь, подойти к столу, открыть коробку, взять карандаш	С заданием справляется Задание выполняет частично (называет фамилию, имя, но в вопросе повторяет только 2 — 3 слова) Выполняет только 3 — 4 действия (норма: 2 года — 3 — 4 действия, 3 года — 5 действий)
5. Исследование речи: а) установить, названия каких действий знакомы ребенку б) установить, может ли ребенок узнавать знакомые предметы, изображенные на картинках в) установить, сложилось ли у ребенка понимание направленности действия, места действия или для кого это действие совершается	Ребенку знакомы названия бытовых действий (сидеть, читать, спать, кушать и т.д.) Да, может Нет

В начале исследования контакт затруднен, ребенок несколько скован и насторожен. Но контакт быстро установился, ребенок эмоционально воспринимал задания, но быстро уставал, отвлекался. Ориентирован на похвалу. Продуктивно выполнять задания мог только с помощью взрослого. Наиболее эффективной оказалась обучающая помощь, задания по аналогии выполнял после 1—2 показов. Трудности при выполнении заданий во многом были связаны с низкой умственной работоспособностью, истощаемостью ребенка. Постоянно нуждался в дозировании нагрузок и смене видов деятельности.

При исследовании были получены следующие результаты: запас знаний и представлений существенно ниже возрастной нормы, наглядно-образное и наглядно-действенное мышление развито недостаточно. Память снижена. Речевое развитие не соответствует возрасту ребенка: при построении речевого высказывания отмечается аграмматизм, не понимает косвенных падежей. Активный и пассивный словарь недостаточны. Имеют место нарушения моторного развития. Мелкая моторика развита недостаточно. Согласованные действия рук не сформированы. При выполнении заданий фактически игнорирует левую руку.

Итак, в структуре нарушения психического развития отмечаются недостатки моторики, низкий уровень развития мышления, недостатки речевого развития, нарушения памяти, несформированность сенсорных процессов.

Ребенок нуждается в коррекционно-развивающей работе, направленной на формирование высших психических функций, преодоление недостатков речевого и моторного развития.

Психолого-педагогическая характеристика Алеши С, 5,5 лет

Заключение ПМПК: легкая умственная отсталость? Ранний детский аутизм?

Алеша посещает ДОО полтора года.

В анамнезе отмечаются преждевременные роды и перинатальная гипоксия.

Со слов мамы ребенок долго не говорил, затем сразу появились отдельные слова (первое слово — «жираф»). Мать жалуется, что Алеша не любит умываться, чистить зубы. В поведении часто появляется агрессия. Бывает очень возбужден, может нанести себе или окружающим физическое повреждение.

В группе поведение ребенка неадекватное, с детьми контактирует мало, проявляет негативизм при принуждении к совместным действиям. Педагогов-воспитателей слушается, но инструкции не всегда выполняет, часто прячется за шторы в спальне, боится громкого голоса.

Общая характеристика моторики: отмечается неловкость движений, нарушение координации: не может повторить за воспитателем набор движений, не стоит на одной ноге. Но если ему нужно убежать от взрослого, бывает ловок и гибок. Особые сложности в выполнении мелких движений пальцами испытывает на занятиях по лепке, аппликации, а также при застегивании одежды.

Также возникают проблемы в еде. Избирателен в выборе блюд. Ест только определенные блюда: картофель (пюре) и сосиски, иногда пьет яблочный сок. Одевается самостоятельно, но небрежно.

В игре с другими детьми участвовать не хочет. Своими действиями мешает игре других детей. Часто играет один: перебирает отдельные игрушки, переставляет их, но не организует с ними сюжетную игру. Особенно любит игры с водой: нравится переливать воду из сосуда в сосуд, любит наблюдать за рыбками в аквариуме.

Конструктивная деятельность развита плохо, но когда у него возникает какая-либо фантазия, может создать из деталей конструктора животное. В целом деятельность Алеши недостаточно целенаправленная. Однако при наличии мотивации он может выполнить конкретную задачу.

Речь фразовая с употреблением не по возрасту сложных слов «молекулярный», «гиппопотам». Словарный запас достаточный. Знает свое имя, фамилию, домашний адрес, телефон, рабочие телефоны родителей и некоторых друзей семьи.

Алеша обладает глобальным чтением: свободно читает несколько знакомых ему слов. Счетные операции формальные, с превышением возрастной нормы — сразу стал считать сотнями. Одновременно не всегда понимает смысл простой задачи в пределах первого десятка. Пространственные и временные представления сформированы недостаточно. Пишет печатными буквами. Линии недостаточно четкие. В рисунке нарушена пропорциональность частей изображения, бросается в глаза агрессивный характер рисунков (острые зубы, изображение в виде пик). Затрудняется в установлении причинно-следственных отношений, умение обобщать сводится к формальному.

В целом в развитии ребенка наблюдается диспропорциональность формирования отдельных психических сфер: опережающее развитие речи, мышления и задержанное развитие эмоционально-волевой сферы, личности, моторных навыков.

Учитель-дефектолог

Заключение по результатам психолого-педагогического исследования Станислава К., 16 лет

Станислав К., учащийся школы VIII вида. Обследован на ПМПК в связи с особенностями поведения и жалобами близких и учителей на трудности установления контакта с подростком.

Станислав К. страдает болезнью Бурневия (туберозным склерозом), диагноз поставлен в ПНД № 6. В школе VIII вида обучается два последних года, до этого находился в надомном обучении при массовой школе. При поступлении в школу проблем в усвоении программного материала не испытывал, хотя имелись определенные пробелы в знаниях. Поведение Станислава воспринималось учителями как «домашнее», т.е. сформированное, в чем, по их мнению, проявлялась неумелость родителей в воспитании. Ребенок внешне имел милый, «интеллигентный» вид. Все члены семьи образованные, интеллигентные люди. В настоящее время практически у всех взрослых контакт с подростком утерян.

Во время обследования держится напряженно. Внешний вид неопределен. Выражение лица с признаками детскости и дурашливости. На лице множественные папулы розового и красного цвета. В контакт вступает, но в выборе взаимодействия избирателен: предпочитает те формы, которые не вызывают у него страха или раздражения. Визуальный контакт очень кратковременный. В беседе выясняется, что подросток страдает немотивированными страхами, вызываемыми пушистыми предметами, громкими звуками, голосами людей. Психологическое обследование это подтверждает. При интерпретации ситуации на картине (ТАТ) выявляется повышенная ранимость подростка. При применении рисуночных тестов изобразил женщину с крупным раскрытым ртом и сообщил: «Эта моя учительница. Она всегда кричит. Она кричит на всех. На меня особенно. Поэтому я не хочу ходить в школу». После этого во время обследования стереотипно повторял: «Она кричит. Почему она кричит?».

Анализ интеллектуальной деятельности свидетельствует о наличии недостаточности мыслительных операций и познавательной сферы. Подросток фиксируется на одном алгоритме выполнения задания и повторяет его. Логические закономерности не устанавливает. Обобщает формально, по латентным признакам. Характерны стереотипные двигательные реакции: раскачивается из стороны в сторону, тербит бумагу. При попытках психолога установить визуальный и тактильный контакт отводит взгляд, пытается убежать.

Итак, полученные данные указывают на асинхронное развитие психики. В структуре нарушения отмечается недоразвитие интеллекта в сочетании с проявлением аутистических черт.

Психолог

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. История развития психолого-педагогических методов диагностики в специальной психологии	5
1.1. Развитие психолого-педагогических методов исследования за рубежом	5
1.2. Развитие психолого-педагогических методов исследования в России	12
Глава 2. Теоретико-методологические основы психолого- педагогической диагностики нарушений развития у детей	20
2.1. Современные представления о нарушениях развития у детей	22
2.2. Методологические принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей	29
2.3. Задачи психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей	30
Глава 3. Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития	36
3.1. Медицинское обследование в системе комплексного изучения ребенка с отклонениями в развитии	36
3.2. Педагогическое изучение детей с нарушениями развития	40
3.3. Социально-педагогическое изучение микросоциальных условий и их влияния на развитие ребенка	53
3.4. Психологическое изучение детей с нарушениями развития	54
3.4.1. Методы психологического изучения детей с нарушениями развития	59
3.4.2. Экспериментально-психологическое изучение детей с нарушениями развития	62
3.4.3. Тесты	83
3.4.4. Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями развития	90
3.4.5. Подходы к изучению личности детей и подростков с нарушениями развития	93
3.5. Логопедическое обследование в системе комплексного изучения детей с нарушениями развития	101

Глава 4. Особенности психолого-педагогического изучения	
детей с отклонениями в развитии на разных	
возрастных этапах	127
4.1. Психолого-педагогическое изучение детей	
первого года жизни	127
4.1.1. Особенности развития	127
4.1.2. Рекомендации к психолого-педагогическому	
изучению детей первого года жизни	129
4.2. Психолого-педагогическое изучение детей раннего	
возраста (1—3 года)	137
4.2.1. Особенности развития	137
4.2.2. Рекомендации к психолого-педагогическому	
изучению детей раннего возраста	138
4.3. Психолого-педагогическое изучение детей дошкольного	
возраста (от 3 до 7 лет)	143
4.3.1. Особенности развития	143
4.3.2. Рекомендации к психолого-педагогическому	
изучению детей дошкольного возраста	144
4.4. Психолого-педагогическое изучение детей школьного	
возраста	148
4.4.1. Особенности развития	148
4.4.2. Особенности психолого-педагогического	
изучения младших школьников	149
4.5. Психолого-педагогическое изучение подростков	
с нарушениями развития	155
4.5.1. Особенности развития	155
4.5.2. Цели и задачи психолого-педагогического	
изучения подростков с нарушениями развития	156
4.5.3. Особенности процедуры проведения	
психологического исследования подростков	
с нарушениями развития	158
4.5.4. Правила построения программ исследования	163
Глава 5. Психолого-педагогическое изучение детей и подростков	
с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного	
аппарата, эмоционального развития, сложными	
нарушениями развития	169
5.1. Психолого-педагогическое изучение детей	
с нарушениями слуха	169
5.2. Психолого-педагогическое изучение детей	
с нарушениями зрения	177
5.2.1. Теоретические основы организации обследования	
детей с нарушениями зрения	179
5.2.2. Требования, предъявляемые при проведении	
обследования детей с нарушениями зрения	182
5.2.3. Особенности проведения психолого-педагогической	
диагностики детей с нарушениями зрения	
в разные возрастные периоды	183

5.2.4. Принципы адаптации диагностических методик при обследовании детей разных возрастных групп с нарушениями зрения	187
5.2.5. Стандартизированные диагностические методики, адаптированные для работы с детьми, имеющими нарушения зрения	191
5.3. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата	193
5.4. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы (с ранним детским аутизмом)	202
5.4.1. Общая характеристика нарушений у аутичных детей ...	202
5.4.2. Процедура психолого-педагогического изучения аутичных детей	213
5.5. Клинико-психолого-педагогическое изучение детей со сложными нарушениями развития	220
Глава 6. Психолого-медико-педагогические консилиумы в образовательных учреждениях, психолого-медико-педагогические комиссии и консультации	230
6.1. Психолого-медико-педагогические консилиумы в образовательных учреждениях	230
6.1.1. Цели и задачи ПМПК	231
6.1.2. Организация деятельности ПМПК	232
6.2. Психолого-медико-педагогические комиссии и консультации	234
6.2.1. Консультативно-диагностическая работа	237
6.2.2. Методы психолого-педагогического исследования детей в ПМПК	243
6.2.3. Методы экспериментально-психологического исследования в ПМПК	247
Глава 7. Организация и содержание психологического консультирования в системе психолого-педагогического сопровождения ребенка с нарушениями развития	254
7.1. Понятие психологического консультирования	255
7.2. Методы психологического консультирования	258
7.3. Процедура психологического консультирования	262
7.4. Основные принципы и стратегии консультирования	265
7.5. Типичные трудности в процессе консультирования	266
7.6. Задачи психологического консультирования семей, имеющих детей с отклонениями в развитии	268
7.7. Психологическое консультирование детей с отклонениями в развитии	271
Глава 8. Психологическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями развития	280
8.1. Методы изучения семьи	280
8.1.1. Малоформализованные методики	281

8.1.2. Формализованные методики.....	282
8.1.3. Методики изучения отношений ребенка к родителям и к социуму.....	283
8.1.4. Методики изучения особенностей личности родителей.....	284
8.1.5. Методики изучения родительско-детских отношений.....	286
8.2. Процедура психологического исследования семьи.....	287
Приложения.....	291
Приложение 1.....	291
Приложение 2.....	296
Приложение 3.....	302
Приложение 4.....	309

Учебное издание

**Левченко Ирина Юрьевна,
Забрамная Софья Давыдовна,
Добровольская Татьяна Алексеевна и др.**

Психолого-педагогическая диагностика

Учебное пособие

Редактор *М. Ц. Черкасская*
Ответственный редактор *С.А.Шаренкова*
Технический редактор *Е. Ф. Коржуева*
Компьютерная верстка: *В.А.Крыжко*
Корректор *Э. Г. Юрга*

Изд. № А-396. Подписано в печать 28.03.03. Формат 60х90/16.

Бумага тип. № 2. Печать офсетная. Гарнитура «Тайме». Усл. печ. л. 20,0.

Тираж 20 000 экз. (1-й завод 1 — 5100 экз.). Заказ № 2589

Лицензия ИД № 02025 от 13.06.2000. Издательский центр «Академия».

Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.02.953.Д.002682.05.01 от 18.05.2001.
117342, Москва, ул. Бутлерова, 17-Б, к. 223. Тел./факс: (095)330-1092, 334-8337.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ГУП «Облтип. «Печатный двор»
432049, г. Ульяновск, ул. Пушкарева, 27

ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Комплексная психодиагностика нарушений развития позволяет выявить детей с недостатками развития в популяции, определить оптимальный педагогический «маршрут», обеспечить индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение ребенка, соответствующее его психофизическим особенностям.