

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

**СПЕЦПРАКТИКУМ ПО ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОЦЕНКИ  
АНОМАЛИЙ ПОВЕДЕНИЯ И РАЗВИТИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

**сборник учебно-методических материалов**  
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению  
редакционно-издательского совета  
факультета социальных наук  
Амурского государственного  
университета*

*Составитель: Макарова И.А.*

Спецпрактикум по психодиагностическим методам оценки аномалий поведения и развития в дошкольном возрасте [Электронный ресурс]: сб. учеб.-метод. материалов для спец. 37.05.01 Клиническая психология / АмГУ, ФСН; сост. И.А. Макарова. – Благовещенск: Изд-во Амур. гос. ун-та, 2017. – 58 с.

© Амурский государственный университет, 2017  
© Кафедра психологии и педагогики, 2017  
©Макарова И.А., составление

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	49
3 Методические рекомендации (указания) по выполнению лабораторных работ	51
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	54

## 1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

### **Тема 1. Теоретико-методологические основы психологической диагностики нарушений развития у детей дошкольного возраста.**

Современные представления о нарушениях развития у дошкольников с ОВЗ; методологические принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей дошкольного возраста с ОВЗ; компоненты комплексного подхода к изучению детей с нарушениями развития; модально-неспецифические особенности развития дошкольников с ОВЗ.

#### **1. Современные представления о нарушениях развития у детей.**

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

- с нарушениями слуха (не слышащие 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. 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. Ведущими теоретико-методологическими положениями, на которых строится современная психодиагностика нарушенного развития, являются:

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. Методологические принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей дошкольного возраста с ОВЗ**

Психолого-педагогическая диагностика нарушенного развития должна определить направление обучения ребёнка, его специфические образовательные потребности, возможный уровень его образования, указать основные направления коррекционно-развивающего обучения, то есть психолого-педагогическая диагностика нарушенного развития является дифференциальной прогностической. В процессе диагностики должны определяться оптимальные организационные формы обучения ребёнка и рекомендации индивидуального планового обучения.

Диагностика нарушенного развития на современном этапе должна строиться с опорой **на ряд принципов, описанных в трудах ведущих специалистов** (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, С.Д. Забрамная). **Комплексное изучение развития психики ребёнка**, предполагающее 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 ребёнка, но и другие методы: анализ медицинской и педагогической документации, наблюдение за ребёнком, социально-педагогическое обследование, анализ наиболее сложных случаев – нейрофизиологическое, нейропсихологическое и др. обследования.

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

**Динамический подход** к изучению ребёнка с нарушением развития предполагает прослеживание изменений, которые происходят в процессе развития, а также учёт возрастных особенностей ребёнка. Это важно при организации обследования, выборе диагностического инструментария и анализе результатов изучения. Необходим учёт текущего состояния ребёнка, учёт возрастных качественных новообразований и их своевременная реализация. Очень важен **учёт возрастного фактора при осуществлении диагностического обучения**, которое организуется только в пределах тех заданий, которые доступны детям данного возраста. Выявление и учёт потенциальных возможностей ребёнка. Этот принцип опирается на **теоретическое положение Л.С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития ребёнка**. Потенциальные возможности ребёнка в виде зоны ближайшего развития определяют возможности и темпы усвоения новых знаний и умений. Эти возможности выявляются в процессе сотрудничества ребёнка со взрослым при усвоении ребёнком новых способов действий. Качественный анализ результатов психодиагностического изучения ребёнка включает следующие параметры: отношение к ситуации обследования и заданиям; способы ориентации в условиях заданий и способы выполнения заданий; соответствие действий ребёнка 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 ребёнка. Именно раннее выявление отклонений в развитии ребёнка позволяет предотвратить появление вторичных наслоений социального характера на первичное нарушение, своевременное включение его 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 ребёнка.

### **3. Компоненты комплексного подхода к изучению детей с нарушениями развития**

Современная отечественная специальная психология базируется на комплексном подходе к изучению детей с нарушениями развития, опирающегося на позиции общественно-исторического происхождения психики. На ее развитие огромное влияние оказали идеи Л.С. Выготского о прижизненном формировании психики ребенка путем присвоения культурно-исторического опыта. Согласно представлениям Л.С. Выготского, сложные психические процессы - высшие психические функции (ВПФ) - являются продуктом исторического развития и имеют сложное строение. Это - особенность не только высших, но и элементарных психических функций человека, таких как тональный слух, фонематический слух и др., имеющих социальную природу. Следует подчеркнуть, что усвоение социального опыта, приводящее к возникновению сложных форм психической деятельности, нельзя рассматривать как процесс овладения готовым содержанием. Усвоение общественного опыта не сводится к приобретению ребенком знаний, умений, культурных навыков. Это глубокий и сложный процесс, включающий формирование потребностей, мотивов, личности ребенка. Усвоение общественного опыта происходит в активной деятельности ребенка - предметной, игровой, учебной, в общении и т.д. В формировании высших психических функций общение играет важнейшую роль, уже на ранних этапах онтогенеза определяя возможность взаимодействия ребенка со взрослыми.

Развитие психических функций проходит ряд этапов, и только после этого они становятся сложными психическими процессами. Все сложные формы психической деятельности (произвольное внимание, логическая память, отвлеченное мышление и др.) имеют опосредствованное строение, в котором главная роль принадлежит речи. Слово может замещать предметы и явления в их отсутствии, опосредствуя тем самым протекание любого психического процесса и становясь одним из звеньев его структуры. Речь переводит строение и осуществление высших психических функций на новый, более высокий уровень. Центральным моментом 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, возникающие на основе элементарных сенсорных процессов, которые затем «интериоризируются», превращаясь в умственные действия. Решающая роль в формировании высших психических функций принадлежит речи, благодаря которой они становятся осознанными и произвольными. Для объяснения психофизиологических механизмов высших психических функций используется концепция П.К. Анохина о функциональных системах. А.Р. Лурия указывал, что функциональные системы не появляются в готовом виде к моменту рождения ребенка, а формируются в процессе его общения и предметной деятельности и являются материальным субстратом психических функций. При комплексном подходе к изучению детей с нарушениями в развитии изучаются все психические функции и специфика их функционирования.

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.

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

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

### **Модально-неспецифические особенности развития дошкольников с ОВЗ**

Модально-неспецифические закономерности (МНЗ) – закономерности, общие для всех детей с дизонтогенезом, независимо от характера основного нарушения (свойственны детям с интеллектуальной недостаточностью, с сенсорными нарушениями, с нарушениями эмоционально-волевой сферы и т.д. **МНЗ:** нарушение в приеме, переработке, сохранении и воспроизведении различного вида информации; снижение общей психической активности в познании предметного и социального мира, и как следствие, затруднение взаимодействия с социальной средой, риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности; снижение общего уровня развития, и как следствие, более длительные сроки формирования представлений и понятий об окружающей действительности; возникновение вторичных дефектов в процессе психического развития ребенка с дизонтогенезом; нарушение словесной регуляции деятельности - недостаточность и специфические особенности словесного опосредования; нарушение у всех детей, в разной мере и форме, речевого общения; иной, чем у нормальных детей, качественный состав ведущих функций интеллекта; высокая степень зависимости каждой из психических функций от уровня развития остальных; более медленный темп развития, несовпадение с сензитивными периодами; изменения в развитии личности ребенка; наличие потенциальных возможностей формирования психики у детей с нарушениями развития в виде зоны ближайшего развития.

Они были систематизированы и обобщены в трудах Т.А.Власовой и В.И.Лубовского. Возникновение вторичных дефектов в процессе психического развития ребенка с дизонтогенезом.

Идея структурной организации дизонтогенеза принадлежит Л.С. Выготскому. Структура дефекта состоит из первичного, вторичного и следующих порядков дефектов (нарушений). Приведем определения составляющих структуры дефекта, данные В.М. Сорокиным. Первичные, или ядерные, нарушения представляют собой мало обратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора.

Данная проблема в специальной психологии в настоящее время требует детальной проработки, она сложна и неоднозначна. Существуют две точки зрения на структуру дефекта:

- 1) понятие «первичный дефект» рассматривается как нарушение, лежащее в основе клинической картины;
- 2) понятие «первичный дефект» рассматривается как первичное нарушение операции, психической функции.

В литературе встречаются указания на то, что первичными дефектами выступают органические поражения мозга и анализаторных систем. На самом деле, на наш взгляд, подобные

нарушения не представляют собой явления психологического порядка и не могут включаться в структуру психологического анализа (М.В. Жигорева, А.М. Поляков, Е.С. Слепович, В.М. Сорокин, И.А. Шаповал и т.д.). Первичные нарушения непосредственно вытекают из биологического характера болезни. Однако речь идет о нарушениях в работе именно психических функций, а не их анатомо-физиологических предпосылок. Например, первичный дефект при нарушении слуха – выпадение или недостаточность слухового восприятия, а не отсутствие слуха!

Нарушенное развитие определяется временем возникновения первичного нарушения и тяжестью его выраженности. Наличие первичного нарушения оказывает влияние на весь ход дальнейшего развития ребенка. Вторичные, или системные, нарушения представляют собой обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично нарушенной. Например, вторичным дефектом при нарушении слуха является нарушение речи.

Наличие, **первичного нарушения автоматически не приводит к появлению системных отклонений**, формирование которых связано с действием разнообразных механизмов. 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.

**Третичные, или неспецифические, нарушения** - нарушения разных сторон психики, не имеющие непосредственных связей с первично поврежденной функцией. Иначе говоря, третичные нарушения рассматриваются в ряду индивидуально вариабельных признаков, необязательных для лиц с определенным типом дизонтогенеза. Например, третичным дефектом при умственной отсталости может быть дезадаптация, десоциализация.

**Физическое и (или) психическое нарушение** – отклонение от нормы, ограничивающее социальную деятельность и подтвержденное в порядке, установленном законодательством.

**Множественные физические и (или) психические нарушения** – два и более физических и (или) психических нарушений, подтвержденных в порядке, установленном законодательством.

**Тяжелые физические и (или) психические нарушения** - физические и (или) психические нарушения, подтвержденных в порядке, установленном законодательством, выраженные в такой степени что получение образования в соответствии с образовательными стандартами (в том числе специальными) является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением основ знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, получения элементарных трудовых навыков и элементарной профессиональной подготовки.

В настоящее время в системе специального образования возрос интерес к проблеме оказания помощи детям с множественными нарушениями развития. Термин «множественные нарушения» используется в разных странах, хотя называется по-разному: сложный дефект, сочетанные нарушения, комплексные нарушения, комбинированные нарушения, тяжелые и множественные нарушения и т.д. Объединяет их то, что обозначаются первичные нарушения у одного ребенка, например, слепоглухота (в отличие от термина слепоглухонемота, где «немотой» обозначено отсутствие речи у ребенка, вызванное глухотой, т.е. вторичный дефект).

Структура дефекта при интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости)

Первичный дефект	Инактивность (бездеятельность)
Вторичный дефект	Нарушения психических функций в качестве высших
Третичный дефект	Специфика развития личности. Дезадаптация



### Структура дефекта при нарушении слуха

Первичный дефект	Выключение или грубая недостаточность <b>слухового восприятия</b>
Вторичный дефект	Нарушения речи
Третичный дефект	Специфика мышления. Специфика развития личности. Дезадаптация

### Структура дефекта при нарушениях зрения

Первичный дефект	Выключение или грубая недостаточность <b>зрительного восприятия</b>
Вторичный дефект	Недоразвитие психомоторики. Нарушение пространственной ориентации
Третичный дефект	Специфика развития личности. Дезадаптация

### Структура дефекта при ДЦП

Первичный дефект	Двигательные нарушения
Вторичный дефект	Нарушения зрительного восприятия. Нарушения речи Нарушения пространственного гнозиса и праксиса
Третичный дефект	Специфика развития личности. Дезадаптация

### Структура дефекта при нарушении речи

Первичный дефект	Речевые нарушения
Вторичный дефект	Задержка психического развития
Третичный дефект	Специфика развития личности. Дезадаптация

### Структура дефекта при раннем детском аутизме

Первичный дефект	Энергетическая недостаточность. Нарушение инстинктивно-аффективной сферы. Низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений
Вторичный дефект	Аутистические установки
Третичный дефект	Специфика развития личности. Дезадаптация

### Структура дефекта при психопатии

Первичный дефект	Нарушение констант темперамента
Вторичный дефект	Нарушение эмоционально-аффективной сферы
Третичный дефект	Специфика развития личности. Дезадаптация

**Структура дефекта при задержке психического развития** (по Е.С.Слепович) включает следующие компоненты:

- недостаточная сформированность мотивационно-целевой основы деятельности;
- трудности в оперировании в сфере образов-представлений (их диффузность, ригидность, конкретность);
- трудности в становлении всех видов знаково-символической деятельности.

Эти особенности проявляются во всех сферах жизнедеятельности ребенка.

Данная структура дефекта несколько отличается от всех остальных, приведенных в данном пособии, поскольку она выстроена не по онтогенетическому принципу, а по принципу линейного среза (в данном случае в старшем дошкольном возрасте).

## **Тема 2. Основные методы изучения дошкольников с отклонениями в развитии**

Основные положения проведения углубленной оценки психического развития ребенка. Подготовка к проведению обследования. Психологический анамнез. Раннее моторное и психоэмоциональное развитие. История развития ребенка разных возрастов. Диагностическая гипотеза. Тактика психологического обследования

### **1. Основные положения проведения углубленной оценки психического развития ребенка.**

Вне зависимости от возраста и особенностей ребенка, прежде чем приступить непосредственно к его обследованию, клинический психолог должен ознакомиться с имеющимися заключениями специалистов на ребенка (педагогическим, логопедическим, медицинским). Следует обратить особое внимание на описание соблюдения режима, характеристики его работоспособности, отношения со сверстниками, педагогами, воспитателями и родителями. По возможности необходимо выяснить дополнительную информацию о семье и специфике внутрисемейных отношений.

Необходимо также отметить, что углубленное психологическое обследование (первичное обследование) желательно провести со всеми детьми, направляемыми в специализированные/инклюзивные образовательные организации. В соответствии с гипотезой клинический психолог предварительно определяет необходимый диагностический инструментарий. В дальнейшем, в зависимости от результатов выполнения тех или иных диагностических процедур, гипотеза может изменяться, точно так же будет изменяться и дальнейший выбор методик и тестов (правило Байеса). Важно сохранение общей структуры обследования. Например, исследование особенностей запоминания (как важный ключевой момент диагностики ребенка с проблемами обучения) в обязательном порядке должно предшествовать исследованию мыслительной деятельности, а важные для выявления уровня интеллектуального развития ребенка методики (Прогрессивные матрицы Дж. Равена, Интеллектуальный тест Кеттела, Корректирующие пробы, методика В.М. Когана, другие трудоемкие методы исследования), как правило, используются до наступления выраженного утомления ребенка.

Необходимыми условиями для проведения клинического обследования являются:

- присутствие (или письменное согласие) родителей на проведение обследования;
- помещение, оборудованное для индивидуальной работы;
- ознакомление ребенка с помещением, где проводится обследование;
- установление достаточного контакта ребенка с психологом перед проведением обследования;
- адекватность поощрения и адекватность стимуляции ребенка;

- относительность оценочных характеристик в процессе самой работы.

Перед обследованием желательно выяснить, как ребенок хочет, чтобы его называл психолог, как его зовут дома, как он привык. Это дополнительно создает атмосферу доверия и теплоты. Ни в коем случае нельзя называть ребенка по фамилии. В некоторых случаях, когда ребенок особенно непоседлив, гипердинамичен, отказывается от обследования, не входит в контакт, не следует заставлять его делать что-либо, объяснив матери, что он негативно настроен, испуган и т.п. Имеет смысл отвлечься от ребенка, оставить его одного на 10-15 минут для свободной игры. С некоторыми детьми, особенно трудно входными в контакт, может помочь совместная игра (в мяч, какие-либо другие подвижные игры). В особенно сложных случаях имеет смысл приостановить обследование на этапе ознакомления, предложив родителям прийти в следующий раз.

При проведении обследования лучше, если ребенок находится не через стол от психолога (принцип избегания позиции «глаза в глаза»), а рядом или сбоку<sup>1</sup>. В этом случае контакт устанавливается быстрее, а общение становится более продуктивным.

В процессе работы с ребенком не допускаются какие-либо комментарии или оценки со стороны психолога, обращенные не только родителям, но и к коллегам, присутствующим на обследовании. Более того, психолог должен корректно пресекать все оценочные высказывания родителей, обращенные к ребенку.

В процессе обследования необходимо поддерживать положительный контакт с ребенком. В случае любого выполнения задания нужно давать подкрепления короткими фразами: «Молодец», «У тебя получается». Также допускаются подобные поощрения со стороны родителей. В случае расторможенного, гипердинамичного поведения ребенка нельзя резко и прямо одергивать его, лучше убрать со стола посторонние вещи, методики, которые в данный момент не используются, чтобы они не отвлекали ребенка, сказав при этом (в качестве дополнительной мотивации): «А этим мы займемся позже».

Не следует пресекать попытки обращения ребенка к взрослому. Следует помнить, что все выделяющиеся особенности внешнего вида и поведения, выполнения заданий, взаимоотношений с родителями или другими взрослыми в процессе обследования являются сами по себе диагностичными и отмечаются в протоколе обследования. Позже они должны быть проанализированы и отмечены психологом в соответствующих разделах заключения. Также диагностичным, непосредственно влияющим на результаты обследования и их анализ, является поведение родителей. Психологу необходимо критично относиться к любым заявлениям родителей, в особенности к высказываниям типа: «Это он все знает, дома все получалось, это только здесь не получается». Желательно зафиксировать все вышеуказанные особенности, учесть их при постановке психологического диагноза и для выработки рекомендаций по дальнейшему развитию ребенка и помощи ему.

#### *Особенности проведения обследования детей разного возраста*

Следует иметь в виду, что для организации продуктивной деятельности ребенка в процессе диагностики, определенным категориям детей (а таких детей, как уже отмечалось, немало в коррекционных учреждениях, даже в среднем звене школы) нужен постоянный внешний контроль и программирование деятельности со стороны специалиста.

В возрасте 7 лет (и старше) нормативно развивающиеся дети, как правило, принимают ситуацию экспертизы и при правильном проведении обследования не нуждаются в каких-либо дополнительных приемах работы. Как уже говорилось, дети, которых направляют в систему специального образования, часто нуждаются в использовании при обследовании дополнительных организационных приемов.

Ребенку, начиная с 8-9-летнего возраста, можно предложить самостоятельно выбрать стиль и меру сложности заданий (с более трудного или, наоборот, легкого задания хотел бы он начать работу, будет ли он доделывать задание до конца или прервется на трудном этапе и т.п.), а также учесть его желание работать наедине со специалистом или, наоборот, в присутствии родителей.

Такая демонстрация доверия со стороны специалиста позволяет быстрее и надежнее сформировать те необходимые доверительные отношения, без которых результаты выполнения тех или иных заданий (в особенности при исследовании аффективно-эмоциональной сферы)

нельзя считать полностью достоверными и надежными. Помимо этого такой доверительный стиль отношений, лишенный неискренности, позволяет преодолеть, а часто и предупредить нарастающий негативизм «препубертата».

Обследование детей в ПМПК, как правило, начинается с изучения их документации (медицинской карты, характеристики) и продуктов деятельности (тетрадей, рисунков и т. п.).

Врач-невропатолог знакомит членов 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.

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, «натасканность» в семье. Нельзя перегружать обследование.

Изучая детей с отклонениями в развитии, необходимо помнить, что главным является 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.

#### **При проведении обследования ребенка необходимо учитывать следующие показатели.**

Эмоциональная реакция ребенка на сам факт обследования. Волнение –естественная реакция на новую обстановку, на незнакомых людей. При этом должна настораживать чрезмерная веселость, фамильярность в обращении с членами консультации, неадекватность поведения.

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?

Характер деятельности. Необходимо 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 ребенка. Очень важным качеством деятельности ребенка является наличие самоконтроля, саморегуляции. Одним из главных показателей является возможность использовать помощь. Чем ярче проявляется выражение этой способности, тем выше обучаемость ребенка. Важно учесть меру и характер оказываемой помощи. Показателем обучаемости является перенос показанного ребенку способа деятельности на аналогичное задание.

Реакция на результат работы. Правильная оценка своей деятельности, адекватная эмоциональная реакция (радость при успехе, огорчение при неудаче) свидетельствуют о понимании ребенком ситуации.

#### **Метод беседы.**

Беседа служит средством установления контакта с ребенком.

Беседа позволяет судить о личностных качествах и Поведении ребенка, помогает вскрыть причины некоторых отклонений в развитии. В ходе беседы выявляются запас сведений и точность представлений. Чтобы выполнять функции метода исследования, беседа должна быть целенаправленной. При установлении умственных способностей ребенка в беседе следует выявить:

1) точность представлений ребенка о себе, своих родителях, ближайших родственниках, друзьях, (имя, отчество, фамилия, возраст) и способность дифференцировать понятия «семья», «соседи», «родственники» и т. д.;

2) характер представлений о времени (умение определять время на часах, понимание временной протяженности и т. д.);

3) представления о явлениях природы (различение времен года с учетом их признаков, наличие представлений о грозе, снегопаде и т. д.);

4) умение ориентироваться в пространстве (практическое овладение понятиями «справа - слева», «вверху-внизу», «ближе -дальше» и т. д.);

5) запас сведений о своей родине, о выдающихся событиях, понимание прочитанных книг, просмотренных фильмов и т. д.

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 является одним из ведущих при изучении детей. Оно начинается с момента появления ребенка в консультации и продолжается на протяжении всего времени обследования. Наблюдение всегда должно проводиться целенаправленно. Его материалы необходимо фиксировать.

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»), фиксируем 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 ситуации, 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 наблюдаем за координацией движений, состоянием моторики.

Помимо наблюдения за свободной игровой деятельностью ребенка, в ряде случаев (если ребенок не учился, явное снижение интеллекта и др.) проводится специальное обследование с помощью игрушек. Использование различного игрового материала для исследования детей подробно описано в § 4 главы III. В более усложненном варианте он может быть применен и при обследовании детей школьного возраста.

#### **Метод изучения рисунков.**

Как уже отмечалось выше, рисунок является важным дифференциально-диагностическим показателем при изучении детей. В тех случаях, когда рисунок, находящийся в педагогической документации ребенка, чем-тостораживает, 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 многие исследователи: С. А. Болдырева, Т. Н. Головина, И. А. Грошенков, В. С. Мухина;

Как правило, умственно отсталые дети затрудняются выбрать тему, прибегая к изображению привычных однотипных предметов, 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 затрудняются объяснить рисунок. В зависимости от степени интеллектуального снижения эти недостатки меньше или больше выражены.

Своеобразны рисунки детей с психическими заболеваниями. Нелогичность, нелепость изображения; неадекватное, беспорядочное использование цвета, несообразность пропорций; сексуальная выраженность и др. могут проявляться в их рисунках.

Так, для больных шизофренией характерны незавершенность, отсутствие основных частей, геометризация, вычурность, нагромождения и наслоения, несогласование замысла рисунка с размерами листа, боязнь рисовать далеко от края, уплощение рисунка.

При эпилептической деменции характерны чрезмерная тщательность, излишняя скрупулезность, выраженная медлительность, трудность переключения. Они 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 консультаций рисунок может быть использован для установления контакта с ребенком и как «безречевая» методика в тех случаях, когда имеются трудности речевого общения.

### **Методы экспериментально-психологического исследования.**

Методы экспериментально-психологического исследования играют важную роль при изучении детей в психолого-медико-педагогических консультациях. 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 ребенком. 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 (2, 3, 7) 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**.

Наиболее широкое применение получил адаптированный детский вариант теста Д. Векслера. В условиях медико-педагогических комиссий этим тестом пользуются редко, так как он требует много времени, но при индивидуальных психологических обследованиях тест, давая необходимые дополнительные сведения о ребенке, оказывает большую помощь. Особенно полезен этот тест при отграничении легких степеней умственной отсталости от задержек психического развития. Исследования ряда авторов свидетельствуют о достаточной надежности этого теста в плане дифференциальной диагностики, о возможности с его помощью понять структуру интеллекта при задержках психического развития.

Тест Д. Векслера включает набор диагностических заданий вербального и невербального характера. Всего 12 субтестов, рассчитанных на детей от 5 до 16 лет. В набор вербальных заданий входят субтесты на исследование общей осведомленности, понятливости; арифметический субтест на установление сходства; повторение цифровых рядов; словарный субтест. В набор невербальных заданий входят субтесты на нахождение недостающих деталей; установление последовательности картинок; составление фигур из кубиков; на складывание объектов; шифровка цифр («Кодирование») и «Лабиринт». Во всех этих субтестах исследуются различные стороны интеллекта и сенсомоторных функций. Оценка результатов выполнения субтестов выражается не

только в количественных показателях, но и в виде психологического профиля, характеризующего уровень развития отдельных психических функций.

Как показывает практика работы психолого-медико-педагогических консультаций, 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 лечь в основу 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 они должны в условиях их становления, в разных видах деятельности.

## **2. Подготовка к проведению обследования. Психологический анамнез.**

Технология углубленного обследования ребенка имеет свои особенности и этапы. Процедура психологического обследования в практике медико-социальной экспертизы строится в соответствии с возрастными особенностями ребенка. Для объективного оценивания уровня развития психической деятельности ребенка необходимо включить его в деятельность, ведущую для этого возраста: для ребенка дошкольного возраста такой деятельностью будет игровая, для школьника -учебная. При проведении психологического обследования необходима спокойная обстановка. Обследование осуществляется в отдельной комнате с небольшим количеством вещей, чтобы не отвлекать внимания ребенка. Обследование ребенка 3–5 лет проходит на ковре или за маленьким детским столом, ребенка 5–6 лет -за детским столом, более старших детей -за обычным столом. Обследование начинается с беседы. Стимульный материал должен быть доступным, привлекательным и знакомым для ребенка.

Обследование лучше начинать с заведомо легких для данного ребенка заданий. Однотипные задания нельзя подавать друг за другом, т.к. быстро наступает пресыщение и снижается работоспособность ребенка. Энергоемкие методики, такие как методика Шульте«10 слов», необходимо предъявлять в первой половине диагностики. Психолог должен внимательно наблюдать за ребенком, быть спокойным и доброжелательным. Если ребенок допускает ошибки, то обследующий оказывает ему помощь, которая предусмотрена в данном задании. В протоколе фиксируются все результаты наблюдения, отмечаются время выполнения заданий, допускаемые ребенком ошибки, виды помощи и её эффективность.

Длительность проведения экспериментально-психологического обследования изменяется в зависимости от возраста испытуемого:

- 3 года - 10 минут обследования, потом 10 минут перерыва (двигательного интенсива) и ещё 10 минут обследования;
- 4 -5 лет - 15 минут обследования, 10 минут перерыва и еще 15 минут обследования;
- 6 лет - 30 минут без перерывов;
- 7 лет - дети выдерживают 45-минутное обследование;
- от 9 лет -1 час обследования [4].

При проведении медико-социальной экспертизы детей психологической диагностике отводится одна из важных ролей.

Экспериментально-психологическое обследование в медико-социальной экспертизе -это экспериментальное изучение личности ребенка с помощью пато- и нейропсихологических методик, направленное на исследование его психической деятельности с целью выявления структуры и степени нарушений психических функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности в категориях общения, обучения, контроля за своим поведением, а также определения компенсационных возможностей психики ребенка, для преодоления существующих ограничений.

Контингент детей, проходящих медико-социальную экспертизу, разнообразен как по возрастному цензу (от 0 до 18 лет), так и по имеющимся заболеваниям (нервная, психическая, эндокринная, ортопедическая, соматическая патологии, последствия травм и врожденных пороков развития).

Комплексная экспертно-реабилитационная диагностика детей часто обнаруживает у них наряду с основным заболеванием различные типы нарушений психического развития, что подтверждает системное строение дефекта. Любое стойкое нарушение какой-либо функции организма, его первичный дефект приводят к нарушениям психического развития -вторичному дефекту, а в дальнейшем и к третичным отклонениям -нарушениям формирования социальных связей, трудностям в обучении и в конечном итоге к полной социальной дезадаптации. Например, хронические соматические заболевания сопровождаются длительной, стойкой астенией, которая влечет за собой задержку созревания отдельных мозговых структур на фоне изначально неповрежденного мозга и обуславливает вторичную задержку нервно-психического развития, проявляясь церебральным дефицитом в виде минимальной мозговой дисфункции. Нарушения психического развития, в свою очередь, приводят к социальной дезадаптации детей в детских дошкольных учреждениях, школах, что проявляется возникновением у них разнообразных эмоционально-поведенческих нарушений, задержкой формирования школьно-значимых функций и навыков, интеллектуальной недостаточностью.

Экспериментально-психологическое обследование детей с разнообразной врожденной и приобретенной патологией в условиях медико-социальной экспертизы обнаруживает у них следующие типы психического дизонтогене:

задержки психического развития различной этиологии.

общее психическое недоразвитие.

поврежденное психическое развитие (последствия травм, нейроинфекций, нейроинтоксикаций).

дефицитарное психическое развитие (дефекты развития анализаторских систем).

искаженное психическое развитие (расстройства аутистического спектра).

дисгармоничное психическое развитие (патохарактерологическое формирование личности, психопатии).

Экспертно-психологическая диагностика детей проводится с учетом параметров их физического развития и соответствия биологического возраста ребенка, показателей психофизиологической выносливости и эмоционально-волевых характеристик, необходимых для успешной адаптации ребенка к требованиям, предъявляемым окружающей средой.

**Основными принципами построения патопсихологического эксперимента** являются:

- 1 Принцип моделирования обычной психической жизни человека, осуществляемой им в труде, обучении, общении. У детей моделируется прежде всего игровая и учебная ситуации.
- 2 Направленность на качественный анализ психической деятельности детей (оценивается способ выполнения заданий, тип и характер ошибок, отношение ребенка к своим ошибкам и т.д.).
- 3 Решение психо-коррекционных задач, для чего необходимо выявить не только нарушенные (несформированные), но и сохраненные формы деятельности и направить коррекционную работу на оживление сохранившихся связей.

Врачи-эксперты при проведении медико-социальной экспертизы ставят перед клиническим психологом определенные задачи, на которые в результате психологического обследования должны быть даны ответы.

Задачами экспериментально-психологического обследования являются:

оценка актуального состояния психического развития ребенка и выявление структуры психического дефекта и степени его выраженности.

диагностическая дифференциация между нарушением и несформированностью ВПФ;

определение «сильных» звеньев в развитии высших психических функций и в эмоционально-волевой сфере, с учетом которых составляются психо-коррекционные



программы в рамках реабилитационных (абилитационных) мероприятий  
Оценка зоны ближайшего развития для раскрытия потенциальных возможностей развития ребенка, позволяющих обосновать прогноз его обучения и разработать практические рекомендации.

Формирование индивидуальной программы психолого-педагогической и социально-психологической реабилитации с учетом выявленных нарушений психических функций.

В экспертной практике психологическое обследование детей проводится с трехлетнего возраста, в то время как диагностические исследования нервно-психической сферы возможны для детей грудного и раннего возраста с помощью шкал развития младенцев Bayley, А. Гезелла, они проводятся врачами-специалистами медико-социальной экспертизы - педиатрами и неврологами.

В профессиональной деятельности медицинского психолога медико-социальной экспертизы используются классические адаптированные методики (пато- и нейропсихологические), дифференцированные по возрастным группам: 3 года, 4 года, 5-6 лет, 7 лет и старше; с 13-14 лет применяются опросники.

У детей объективизация степени выраженности нарушений психических функций организма представляет собой сложность в связи:

с незавершенностью формирования функциональных систем психики, недостаточной зрелостью психических процессов.

с высокими компенсаторными возможностями организма.

Большой проблемой в экспериментально-психологическом обследовании является то, что существуют значительные расхождения в определении того, где мы имеем дело с индивидуальными различиями в пределах условно возрастной нормы у детей, а где с нарушением развития, выходящим за эти пределы. «Дать четкие определения, раскрыть содержательное наполнение терминов и понятий -означает, по крайней мере, приблизиться к пониманию сути и содержания диагностического компонента деятельности психолога, вне зависимости от того, в каком типе или виде учреждения он работает».

Основные отличия нормативного психического развития от ненормативного заключаются в следующем:

1. норма характеризуется неравномерностью развития ВПФ (гетерохрония развития), особенно отчетливо проявляющейся в детском возрасте.
2. норма отличается от «не-нормы» возможностями компенсаций функциональных слабостей, т.е. в норме парциальное отставание одних функций компенсируется другими функциями с более высоким уровнем развития; органический дефект может быть скомпенсирован при благоприятных условиях среды и при удачном течении процесса самоорганизации мозговых структур. Если взаимодействие со средой и внутренняя самоорганизация происходят неудачно, этот дефект не компенсируется.

Одной из важных задач медицинского психолога при проведении экспериментально-психологического обследования у детей является диагностическая дифференциация между несформированностью психических функций и их нарушением. Несформированность психических функций может отражать как временное отставание какой-либо функции, так и более стойкую задержку общего и речевого развития, а в некоторых случаях может быть проявлением резидуальных последствий перинатальной патологии центральной нервной системы. Глозман Ж.М. подчеркивает, что термин «нарушение» у детей следует использовать крайне осторожно, «ибо нарушиться может уже сформированная функция или процесс, а, исследуя детей, мы анализируем тот или иной этап функциогенеза». В основе экспериментально-психологического обследования детей в практике медико-социальной экспертизы лежит количественно-качественный анализ развития психических функций. Количественный анализ в экспертизе важен для уточнения степени выраженности нарушений в

балловом эквиваленте, но Зейгарник Б.В. отмечает: «Количественный анализ никак не может ни заменить, ни оттеснить качественную квалификацию фактов... Важно, как больной осмыслил или выполнил задание, чем были обусловлены его ошибки и затруднения. Именно анализ ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет собой интересный и показательный материал для оценки того или иного нарушения психической деятельности больных».

При любом заболевании всегда происходит пусть замедленное или искаженное, но развитие ребенка. Оно происходит по тем же законам и имеет те же стадии развития, что и нормальное, хотя имеет свои особенности: стадии растянуты во времени, а наличие какого-либо дефекта или заболевания добавляет свою специфику в формирование психики ребенка.

Психологический эксперимент не должен ограничиваться установлением структуры нарушений психических процессов больного ребенка; он должен выявить, прежде всего, его потенциальные возможности. Впервые потенциальные возможности ребенка исследовал Л.С. Выготский. Он изложил результаты своих исследований в положении о зоне ближайшего развития. Под зоной ближайшего развития Л.С. Выготский понимает те потенциальные возможности ребенка, которые самостоятельно, под влиянием тех или иных условий, не выявляются, но которые могут быть реализованы с помощью взрослого. Выявление этих потенциальных возможностей также важно в экспертной практике для прогнозирования дальнейшего развития ребенка, для определения его способности к обучению.

### **3. Раннее моторное и психоэмоциональное развитие. История развития ребенка разных возрастов. Диагностическая гипотеза. Тактика психологического обследования**

Необходимо проанализировать характер «поведения» ребенка на первом году жизни в целом: спокойным или беспокойным был ребенок, были ли проблемы с питанием, сном и т. п. в этот период (например, «ребенок плохо засыпая, путал день с ночью»).

Определить характер реакции на мокрые пеленки, тесное пеленание или облегающую одежду (т. е. изменение порогов тактильной и проприоцептивной чувствительности). Отметить наличие «страхов» раннего возраста: боязнь интенсивной перемены света, громких звуков, чужих людей, трудности привыкания к твердой пище, болезненная реакция на посторонних.

В младенческом возрасте к психосоматическим расстройствам относят колики третьего месяца жизни, метеоризм, жвачку, срыгивание, функциональный мегаколон, анорексию грудного возраста, остановку развития, ожирение, приступы нарушения дыхания, нейродермит, лактацию, спастический плач, нарушения сна, раннюю бронхиальную астму, внезапную смерть младенца, изменение режима, наличие симбиотической связи с матерью (непереносимость ее отсутствия). В этой части анамнеза очень важно подчеркнуть характер реакции ребенка на другого человека.

Вес ребенка при рождении, крик, характеристики периода новорожденное, его особенности.

Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода (брали ли на руки, строго ли соблюдали режим, были ли противоречия среди ухаживающих). Характер вскармливания, отношение к кормлению ребенка и матери. Психомоторное развитие ребенка и реакция матери на достижения ребенка. Также должны быть отмечены симптомы, имеющие отношение к неврологическому состоянию на первом году жизни (наличие мышечной гипо- или гипертонии, частые срыгивания, дрожание (тремор) рук), беспричинные крики, судороги на фоне высокой температуры.

Выявляются сроки моторного развития (сроки возникновения новых моторных навыков), их последовательность. Особое внимание должно быть уделено наличию или отсутствию периода ползания и срокам его возникновения, отметить слишком ранние сроки вставания на ноги (до 7 месяцев).

В таком же ключе (сроки возникновения и последовательность) анализируется и психическое развитие: эмоциональные реакции (первые улыбки, комплекс оживления, страха перед чужими лицами), характер манипуляций с игрушками, особенности игровых действий (сопровождение игровых действий вокализацией и соответствующей мимикой). Важным показателем собственно эмоционального развития ребенка в этом возрасте является изменение характера игровой активности в присутствии значимых лиц. Оцениваются понимание

интонационной стороны речи взрослых, собственно обращенной речи и ее интонации, сроки и особенности речевого развития (гуление, лепет, первые слова, определение частей тела). При оценке речевого развития также отмечаются речевые реакции ребенка и изменения их интенсивности и качества в присутствии взрослых.

Отдельно отмечаются заболевания и/или травмы первого года жизни. В соответствии с современными теоретическими представлениями (аналитическими, когнитивными) о психическом развитии ребенка трудно переоценить значение информации об этом периоде жизни для анализа последующих этапов развития и возможных проблем ребенка.

Выявляется, в первую очередь, где находился ребенок в этот период (в домашних условиях с матерью, с другими родственниками, например, с бабушкой, с няней или с чужими людьми, в дошкольном учреждении, в Доме ребенка и т.

п.). В случае, если ребенка поместили в ясли или детский сад, должны быть отмечены характер и протекание периода адаптации к детскому учреждению и детскому коллективу.

Также отмечаются значимые изменения в семейном и социальном статусе родителей, произошедшие в этот период, и их влияние на общее состояние обследуемого ребенка («горизонтальные стрессоры»: развод или смерть одного из родителей, рождение младшего ребенка, переезд на новое место жительства и т. п.).

Анализируются темпы, сроки и особенности речевого развития, в том числе возраст, когда появилось местоимение «я», появление простых и сложных фраз, качество произношения звуков, элементы словотворчества, знание элементарных детских стихов, телевизионных передач. В случаях асинхронного (слишком раннего или слишком позднего) речевого развития анализируются способы привлечения ребенком внимания взрослых, адекватное использование при этом мимики и жестов.

Далее выясняются особенности эмоционального развития и развития коммуникативных навыков: характер привязанности и отношения к близким родственникам (в том числе степень независимости от них), особенности игровой деятельности (какие предметы или игрушки вызвали наибольший интерес, в каких условиях и какие действия с ними производились). Например, охотно играл в кубики и складывал конструкции, аналогичные показанным, только в присутствии взрослого; предпочитал неигровые предметы (шуршание газетами, пересыпание гаек и т. п.). Протекание начала «кризиса трех лет».

Для этого возрастного периода важно также оценить наличие и характер страхов (фобий), их стойкость и соответствие возрасту (типичность или несоответствие имеющихся страхов этому возрасту, их выраженность).

В этом же разделе необходимо оценить такой важный показатель эмоциональной стабильности, как сон: его особенности в этот период (скрежет зубами во сне, психомоторное возбуждение, наличие или отсутствие периодичности подобных проявлений), а также характер засыпания ребенка.

При необходимости отмечаются особенности познавательных интересов, например, интересовался машинами, знал определенное количество автомобилей различных марок.

Анализируются сроки созревания большого моторного акта (умение бегать, возможность производить согласованные движения: маршрунировать, лазать вверх и вниз по лестнице, кататься на велосипеде, а также наличие других элементарных бытовых навыков, указывающих на уровень развития мелкой моторики: самостоятельная еда, застежка молний и завязывание шнурков).

Отмечаются сроки формирования самостоятельных навыков опрятности (в первую очередь, когда стали приучать к горшку и насколько трудно проходило формирование этого навыка).

Выясняются (со слов близких или из медицинской карты) особенности состояния здоровья ребенка, на фоне которого протекало его развитие: частота заболеваний, их тяжесть, наличие травм и госпитализаций в этом возрастном периоде. Здесь же отмечаются признаки неврологического неблагополучия: частые боли в животе, аффективно-респираторные приступы, беспричинный подъем температуры и др. Подобные проявления, выявленные психологом, отмечаются им как факторы, осложняющие психическое развитие ребенка, и иногда требуют консультации специалиста с медицинским образованием.

### **История развития ребенка разных возрастов.**

1. *Анкетные данные ребенка и основные сведения о семье.* Дата рождения и точный возраст на момент обследования. Полный охват семьи с указанием возраста родителей и характера их работы. Изменения состава семьи. Условия жизни в семье.

2. *Особенности перинатального развития ребенка* (до и после рождения). Наличие факторов риска в состоянии здоровья матери и ребенка.

3. *Состояние здоровья ребенка к моменту обследования.* Наличие травм и операций, частых заболеваний. Случаи госпитализации и постановки на учет у специалистов, особенности сна и питания.

4. *Воспитание ребенка.* Где, кем воспитывался, кто ухаживал за ребенком, когда ребенок был помещен в детский сад, как привыкал, как складывались отношения, были ли жалобы воспитателей? Были ли резкие перемены в обстановке, длительные, частые разлуки с родителями? Реакция на них ребенка.

5. *Развитие ребенка в младенчестве и раннем детстве.* Особенности развития моторики, сроки основных сенсомоторных реакций. Общий эмоциональный тон. Развитие речи. Отношение к близким и чужим. Активность и любознательность. Опрятность и навыки самообслуживания. Трудность поведения. Любимые игры и занятия.

6. *Развитие ребенка в дошкольном возрасте.* Любимые занятия, игры, любит ли рисовать? С какого возраста? Любит ли слушать сказки, заучивать стихи, смотреть телевизор? Умеет ли читать, как научился? Когда? Как развит физически? Какая рука ведущая? Имеет ли домашние обязанности? Отношения сверстниками. Отношения к членам семьи. Типичные конфликты. Актуальные запреты. Особенности характера. Страхи.

Трудности. Жалобы.

7. *Развитие ребенка в младшем школьном возрасте.* В каком возрасте пошел в школу? Легко ли адаптировался? Тип посещаемого учебного заведения. Посещает ли группу продленного дня? Была ли смена школы, учителей? Успеваемость. Любимые и нелюбимые предметы. Выполнение домашних заданий. Отношения с одноклассниками. Отношения с учителями. Участие в жизни класса. Увлечения. Место игры в досуге ребенка. Обязанности по дому. Степень самостоятельности. Конфликты.

Педагогическая запущенность заключается в неразвитости, необразованности и невоспитанности ребенка, отставаниях его развития от собственных возможностей, требований возраста, вызванных педагогическими причинами и подвергающихся коррекции педагогическими средствами. При сохранении примерно одинакового механизма возникновения и развития на разных возрастных ступенях педагогическая запущенность имеет свою возрастную динамику, признаки и проявления.

В *дошкольном возрасте* это: а) неуспешность в ролевой игре как ведущем виде деятельности, проявляющаяся в наличии трудностей при налаживании игровых отношений со сверстниками; предпочтение несложных по содержанию предметных игр; несостоятельность в других видах деятельности; б) неподготовленность к предстоящему обучению в школе, которая выражается в несоответствии уровня представлений ребенка об окружающей действительности возрастным возможностям, дисгармоничности эмоционально-волевой сферы, неразвитости психических процессов, отсутствии или слабой мотивации учения, неумении выделять специальные учебные задачи в ходе игровой, познавательной и других видов деятельности; в) отклонения в поведенческой сфере.

Педагогическая запущенность *младших школьников* характеризуется: а) психологической и нравственной неподготовленностью ребенка к обучению, в основе которой лежит несбалансированность развития индивидуально-психологических качеств личности, вызванная дефектами воспитания в семье, недостатками обучения в детском саду и школе; б) неуспешностью, затрудненностью учебы, а также других видов деятельности, наличием пробелов в знаниях, неразвитостью познавательных процессов, несформированностью общественно значимых мотивов учения, предпочтением ребенком-школьником игры или другой деятельности, в которой ему сопутствует успех; в) нарушениями в сфере общения,

связанными с неудачами ребенка в учении, со слабостью его представлений об окружающем мире, нравственных правилах жизни коллектива, отсутствием навыков общения, неправильной самооценкой; оценкой своего положения в группе сверстников.

Показателями педагогической запущенности у *подростков* нам представляются нарушения в сфере отношений, в том числе к самому себе; нарушения в познавательной сфере (задержка и низкий уровень развития познавательных процессов, низкая познавательная культура, неразвитые познавательные потребности); неправильное, патологическое развитие характера, выраженное в акцентуациях. Возникая в дошкольном периоде развития ребенка на поведенческом уровне, приобретая новообразования дидактического уровня в младшем школьном возрасте, педагогическая запущенность переходит в социально-педагогическую у подростков.

Каждая возрастная группа наиболее чувствительна к тем или иным внешним неблагоприятным факторам, приводящим в определенных условиях к возникновению и развитию педагогической запущенности. Для дошкольника – это малый круг общения, семейные факторы; для младшего школьника – школьные факторы, учитель; для подростка – личностно-значимые факторы (средовая адаптация, самоутверждение в процессе обучения, труда, общения).

Поскольку причины педагогической запущенности детей и подростков обусловлены недостатками воспитательно-образовательной работы семьи, детского сада и школы, то ее успешное предупреждение зависит от тесного взаимодействия последних. Основными путями взаимодействия семьи, детского сада и школы в предупреждении педагогической запущенности детей являются следующие: совместная работа по повышению уровня педагогической культуры родителей, научно-методического уровня педагогов по рассматриваемой проблеме; совместное программирование содержания профилактической работы; совместная практическая деятельность по реализации намеченной программы предупреждения и преодоления педагогической запущенности; совместный анализ ее результатов. Цель этого взаимодействия – перестройка семейного воспитания и воспитательно-образовательной работы в детском саду и школе в отношении педагогически запущенных детей и подростков.

Успешному решению задач профилактической работы способствуют как общие методы (создание благоприятного психологического микроклимата в семье, детском саду и школе, устранение эмоционально-психологических перегрузок ребенка), так и специальные (организация успеха ребенка в ролевой игре, учении, руководство его поведением путем опоры на положительные качества, формирование его взаимоотношений со сверстниками через привитие навыков жизни и деятельности в коллективе, преодоление недостатков, пробелов, дисгармоничности, интеллектуального, нравственного и эмоционально-волевого развития).

К объективным условиям, способствующим повышению эффективности рассматриваемого взаимодействия, относятся: обеспеченность детских садов и школ квалифицированными педагогическими кадрами; наличие материальной базы для организации разносторонней воспитательной работы с детьми; совершенствование управления взаимодействием воспитательных институтов; позитивные изменения в организации семейного воспитания; преодоление формализма в организации обучения и воспитания детей в детском саду и школе; наличие научно обоснованной программы и рекомендаций по проблеме.

В числе субъективных условий успешности взаимодействия следует назвать овладение его участниками системой знаний о причинах, признаках и проявлениях педагогической запущенности; методикой ее диагностики и профилактики на основе преемственности и взаимодействия; создание атмосферы доброжелательности, взаимоуважения и взаимной требовательности между педагогами и родителями, общего фона положительных взаимоотношений в семьях педагогически запущенных детей, коллективах дошкольных учреждений и школ.

### **Диагностическая гипотеза. Тактика психологического обследования**

Диагностическая гипотеза обследования должна опираться не только на объективные жалобы, предъявляемые к ребенку взрослым, или его собственные проблемы. В первую очередь, она должна исходить из знания типичных и специфичных для различных вариантов дизонтогенеза особенностей психомоторного и, в дальнейшем, психоэмоционального развития. В этом отношении полученные в ходе сбора психологического анамнеза данные о предыдущих этапах развития играют чрезвычайно важную роль в формировании самой гипотезы и процедуры проведения обследования ребенка.

Помимо этого, в построении диагностической гипотезы значительная роль принадлежит и непосредственному наблюдению за особенностями как внешнего вида ребенка, так и его поведения, и до обследования, и непосредственно в ходе работы с ним. Как отмечается большинством авторов, именно оценка внешнего вида, в том числе выделяющихся особенностей внешнего вида ребенка, играет важную роль в постановке предварительной гипотезы обследования и в подборе соответствующих методических материалов для его проведения.

Как будет описано ниже, в процессе сбора психологического анамнеза ребенку предлагается выполнить определенные рисуночные задания, тем самым во время беседы с родителями специалист не только выясняет историю развития ребенка, но и имеет возможность непосредственно наблюдать за выполнением им рисунка, оценить его эмоциональные реакции (в том числе и на разговор с родителями).

Основная «рабочая» диагностическая гипотеза (или ее варианты при дифференциальной диагностике) должна быть сформирована к началу непосредственной работы с ребенком. Следует отметить, что разговор с ребенком относительно его рисунков и обсуждение их, а также анализ качества графического выполнения рисунков и его сопоставление с возрастом ребенка играют необычайно важную роль для уточнения диагностической гипотезы. Среди наблюдаемых особенностей поведения, еще до начала непосредственной работы с ребенком, важно обратить внимание на такие неспецифические критерии, как *критичность* ребенка к самой ситуации взаимодействия, *адекватность* его поведения в условиях обследования и *обучаемость* (в широком смысле этого слова). Часто диагностическая гипотеза может измениться, если специалист видит, что ребенок не понимает инструкций, например, к рисуночным заданиям, или не удерживает их, или рисует что-то совершенно не относящееся к самому заданию, в том числе и выражая негативизм. Именно поэтому мы считаем, что обсуждение с ребенком его рисунков является чрезвычайно важной частью, предваряющей развернутое обследование ребенка и помогающее «выверить», сделать последние уточнения к постановке еще пока предварительной диагностической гипотезы.

Желательно, чтобы с самого начала диагностическая гипотеза заключалась в «гипотетическом» отнесении развития ребенка в целом к тому или иному варианту, виду (типу) развития. То есть изначально специалистом «предполагается» тот или иной вариант, тип или условно нормативного, или отклоняющегося развития. В этом случае вся система оценки особенностей психического развития ребенка (подбор наиболее эффективных диагностических средств, тактика и технология их использования в процессе обследования, приемы предъявления стимульных материалов, характер помощи, необходимой ребенку, построение мотивационного компонента обследования и т. п.) строится с целью подтверждения того, что развитие ребенка идет в рамках данного варианта условно нормативного или отклоняющегося развития. Таким образом, уже на этапе постановки первоначальной диагностической гипотезы мы предполагаем вероятный результат обследования, его конечный итог в виде столь же вероятного психологического диагноза. Точно также предполагается, что анализ получаемых результатов будет проводиться «в русле» имеющейся гипотезы с выходом на предполагаемый тип развития – психологический диагноз. Как уже говорилось, в соответствии с результатами, демонстрируемыми ребенком в ходе непосредственной работы с теми или иными методиками, первичная диагностическая гипотеза может изменяться (правило Байеса). В соответствии с этим для ребенка подбираются адекватные гипотезе диагностические методики и материалы, приемы их подачи.

Алгоритм проведения экспериментально-психологического обследования в практике медико-социальной экспертизы состоит из 3 этапов.

На I этапе экспериментально-психологического обследования происходит сбор информации о ребенке, включающий в себя:

1. изучение медицинской документации (амбулаторной карты, медико-экспертных документов);
2. изучение педагогической документации (психолого-педагогической характеристики из школы, данных психолого-медико-педагогической комиссии);
3. беседу с врачами, в ходе которой формируются конкретные задачи психологического обследования;
4. беседу с законными представителями ребенка с выявлением основных жалоб.

На II этапе проведения психодиагностического исследования психолог в протоколе фиксирует результаты выполненных заданий, действий, высказываний ребенка; производится количественно-качественный анализ развития психических функций ребенка. Среди качественных показателей особую важность имеют следующие особенности ребенка:

1. качественные показатели, характеризующие эмоциональную сферу и поведение ребенка (особенности контакта; эмоциональная реакция на ситуацию обследования; реакции на одобрение, на замечания, неудачи; эмоциональное состояние во время выполнения заданий; общение; реакция на результат);
2. качественные показатели, характеризующие особенности деятельности ребенка (наличие или отсутствие интереса к заданию, ориентировочная деятельность, понимание и удержание инструкции, целенаправленность и активность деятельности, работоспособность, темп, аккуратность, особенности регуляции деятельности, проявления утомления, эмоциональные реакции);
3. качественные показатели, характеризующие особенности познавательной и двигательной функции ребенка (памяти, внимания, мышления, восприятия, пространственных представлений, речи, двигательной сферы).

В психологическом обследовании детей для решения многих задач и, в том числе, для уточнения степени выраженности нарушений психических функций используют балловый эквивалент.

В экспертной практике мы используем систему балльной оценки состояния психических функций, предложенную такими исследователями в области детской психологии, как И.Ю. Левченко, Ж.М. Глозман, и адаптированную под цели медико-социальной экспертизы:

- 5 б. - норма;
- 4 б. - незначительное нарушение или дефицитарность функции;
- 3 б. - умеренное нарушение или дефицитарность функции;
- 2 б. - выраженное нарушение или дефицитарность функции;
- 1 б. - грубое нарушение или дефицитарность функции.

Количественному анализу подвергаются все высшие психические функции, а также происходит измерение работоспособности, темпа деятельности, проявлений утомляемости.

На III этапе после проведения анализа данных, полученных в ходе углубленного обследования, составляется развернутое психологическое заключение, в котором интегрируются и обобщаются все полученные результаты. Психологическое заключение обязательно сохраняется в акте медико-социальной экспертизы, и в нем отражаются следующие моменты:

1. паспортная часть (ФИО, возраст, диагноз, цель обследования).
2. жалобы (перечисляются все жалобы испытуемого и/или его законного представителя).
3. условия воспитания ребенка (полная, неполная семья, сирота, воспитывается

- опекуном и т. Д.).
4. образовательный статус (образовательное учреждение, программа обучения, форма обучения, условия обучения, любимые и нелюбимые предметы, преобладание мотивации). Интересы (хобби, посещение кружков, секций, занятия спортом).
  5. обязательно проводят качественно-количественную оценку состояния психической деятельности.
  6. резюмирующая часть: делается вывод о структуре и степени выраженности нарушений психической деятельности ребенка, причем отмечаются не только выявленные нарушения и их соотношения, но и «сильные» звенья психики, потенциальные возможности ребенка, определяющие его дальнейшее развитие.
  7. рекомендации к организации и содержанию психологической помощи ребенку, выстраивание психокоррекционных программ (индивидуально), профориентация для детей старше 14 лет.

Таким образом, экспериментально-психологическое обследование является важным разделом в комплексной экспертно-реабилитационной диагностике детей для целей медико-социальной экспертизы, так как оно с помощью специальных методик:

- 1 выявляет уровень актуального развития психических функций и эмоционально-волевой сферы, а также потенциальные возможности психического развития ребенка в соответствии с его биологическим возрастом;
- 2 объективизирует структуру психического дефекта и степень его выраженности для формирования клинико-функционального диагноза, определения реабилитационного потенциала и дальнейшего реабилитационного прогноза;
- 3 помогает дифференцировать нарушенные психические функции от несформированных;
- 4 позволяет выявить не только «слабые», но и «сильные» звенья в развитии высших психических функций, с опорой на которые проводится разработка психокоррекционных мероприятий.

### **Тема 3. Основные положения психологической диагностики детского возраста. Общая технология оценки аномалий поведения и развития в детском возрасте**

Понятие психологической оценки. Представление о норме развития ребенка. Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития: медицинское обследование; педагогическое изучение детей с нарушениями развития: роль, исполнители, методы; микросоциальные условия развития и проживания ребенка. Психологическое изучение детей с нарушениями развития. Технология проведения психологического обследования ребенка

#### **1. Понятие психологической оценки. Представление о норме развития ребенка.**

Психологическая оценка (psychological assessment) – результат исследований, целью которых является раскрытие индивидуально-психологических особенностей личности, необходимых для понимания различных форм ее жизнедеятельности в норме и патологии. В последнее десятилетие понятие П. о. получило широкое распространение и часто заменяет повсеместно использовавшееся ранее психологическое тестирование. Закреплено в названии ряда ведущих периодических изданий, посвященных психологической диагностике (напр., «European Journal of Personality Assessment», «Journal of Personality Assessment» и др.). П. о. – понятие более широкое, нежели психологическое тестирование, поскольку оценка может проводиться не только с помощью тестов. Появление и распространение на Западе данного понятия, однозначное определение которого отсутствует, вероятно связано со стремлением исследователей подчеркнуть существование внетестовых психологических оценок личности.

Корни проблемы нормы следует искать как в общебиологических закономерностях психического развития человека, так и в этико-философских нормах.



Проблема нормы, по сути, междисциплинарная проблема, которую невозможно решить с учетом лишь чисто биологического, либо узко психологического или же только нормативного аспекта (Э. Сыржиштева и др., 1972).

Понятие нормы следует рассматривать в трех разных значениях, т. е. как норму статистическую, функциональную и идеальную, хотя можно найти и другое понимание нормы.

1. СТАТИСТИЧЕСКАЯ норма (С.Н.) - это средняя величина, наиболее часто встречающееся значение. Она имеет свои плюсы и минусы: +) С.Н. определяет популяцию с точки зрения ее изменчивости; +) ее можно легко высчитать; +) по ее показателям «нормальных» людей больше; -) не всегда является отклонением то, что находится вне границы нормы (рост, вес...).

2. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ норма - это качества, показатели человека, обеспечивающие его субъективное удовлетворение и адекватную самореализацию: +) учет собственных возможностей, способностей, опыта; +) в данном случае под нормой понимается круг потенциальных возможностей человека; +) это понятие является исходным в работе с аномальными детьми.

3. ИДЕАЛЬНАЯ норма - это оптимальный способ существования личности в оптимальных, социальных условиях. +) здесь норма - это совершенство, идеал, образец; +) норма - это бесконечный процесс самореализации личности; -) возможно отсутствие идеала, его противоречивость.

Из вышесказанного следует, что в целом норма человека не зависит от наличия или отсутствия у него зрения, слуха, правильной речи, функционирования опорно-двигательного аппарата, если человек нашел «свое место» в обществе, в жизни. Но, как правило, норма личности непосредственно связана с психическим развитием человека. В данном аспекте есть существенное различие между нормальными и ненормальными проявлениями: психические отклонения у «нормального» ребенка являются случайным признаком, от которого он может легко избавиться, если захочет, при соответствующем усилии. Психопаты и нервные дети не могут этого сделать, так как не в состоянии проявить волевое усилие.

Используя эти условия, Э. Сыржиштева приводит 10 основных критериев нормальности личности, которые И. Кулка (1993) соотносит с особенностями развития людей с проблемами в развитии:

1. Субъективная удовлетворенность (удовлетворение своих потребностей через действительность и удовлетворенность от действительности).

2. Идентичность (осознание себя идентичным человеческому обществу).

3. Автономность (независимость, самостоятельность).

4. Адекватное восприятие реальности (даже при нарушении анализаторной сферы компенсация со стороны здоровых органов).

5. Адекватное самопознание, саморазвитие, самооценка.

6. Интегральность как целостность личности, равновесие между личностью и окружением.

7. Сильная толерантность к фрустрации («терпение» к «обману», сильным отрицательным переживаниям, т. е. отсутствие реакции на неблагоприятный фактор).

8. Резистентность по отношению к стрессу, повышенная устойчивость к стрессам.

9. Приемлемая социальная адаптация (приспособление к общественной жизни: профессия, семья, друзья).

10. Оптимальное самоутверждение через самораскрытие и самопознание.

Рассматривая человека с позиции интеллектуальных, физических и психических (душевных) его составляющих, можно выделить норму физического, интеллектуального и психического развития, а следовательно, и критерии нормального развития. Критерии нормального интеллектуального развития

1) Потребность, стремление к познанию нового.

2) Сформированность мыслительных процессов и операций (анализ, синтез, абстрагирование, конкретизация, обобщение, сравнение).

3) Развитие психических процессов (внимание, память, воображение, восприятие).

4) Сформированности всех видов деятельности (игровой, трудовой, учебной, спортивной).

Критерии нормального физического развития

- 1) Способность к самостоятельному передвижению в пространстве и физическим действиям.
- 2) Способность к самостоятельной жизнедеятельности и самообслуживанию.
- 3) Сформированность трудовой, игровой, учебной и спортивной деятельности.
- 4) Приемлемая социальная адаптация (работа, семья, друзья).
- 5) Оптимальное самораскрытие. Критерии нормального психического развития

Самым существенным критерием душевного здоровья (Л.Пожар, 1996) считается интеграция личности и ее динамичное равновесие. Условия душевного здоровья представляются в трех областях:

1. Норма в отношении к самому себе: человек доволен собой, живет в согласии с самим собой, обладает самоуважением, имеет адекватное представление о своих возможно-стях и способностях, адекватно воспринимает свои недостатки, регулирует свои чувства, умеет воспринимать себя с чувством юмора.

2. Норма в отношении к другим людям: человек чувствует себя комфортно в общении, испытывает любовь, доверие, уважает расовые, культурные и прочие особенности других людей. Принимает людей такими, какие они есть, неагрессивен в общении, чувствует себя членом коллектива, группы, может управлять ею. Дружелюбен, уверен в себе.

3. Норма в отношении к жизни: человек способен выполнять требования жизни, формировать свое окружение, приспосабливаться к нему, планировать жизнь, не бояться будущего, ставить реальные цели, принимать решения, решать все жизненные задачи.

При более подробном анализе всех указанных критериев нормального развития личности выявляется, что они далеко неоднозначны и неабсолютны, поэтому, с одной стороны, у каждого человека существует собственная индивидуальная норма, относительно которой он может отклоняться; а с другой стороны, существует некая общепринятая норма в развитии человека, относительно которой каждый ребенок (человек) имеет свой индивидуальный уровень развития.

## **2. Комплексный подход к изучению детей с нарушениями развития: медицинское обследование; педагогическое изучение детей с нарушениями развития: роль, исполнители, методы; микросоциальные условия развития и проживания ребенка.**

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.

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, режус-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 отмечают особенности внешнего вида и поведения ребенка: выразительность, адекватность мимики, особенности позы, движений, походки, гиподинамия либо двигательное беспокойство, расторможенность. Анализируются отношение к беседе, ориентировка в месте, во времени и собственной личности.

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

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. Психологическое изучение детей с нарушениями развития. Технология проведения психологического обследования ребенка**

Психологическое изучение детей с нарушениями развития является составной частью комплексного клинико-психолого-педагогического и социального обследования. Она основывается на ряде принципов, сформулированных ведущими специалистами в области специальной психологии и психодиагностики нарушенного развития (В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, С.Д. Забрамная, О.Н. Усанова и др.).

#### **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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

При организации проведения процедуры обследования необходимо учитывать следующие требования:

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

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

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

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

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

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

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 сохранные стороны психики, потенциальные возможности ребенка, определяющие его дальнейшее развитие. Далее формулируются рекомендации по организации и содержанию психологической помощи ребенку, оптимизации коррекционно-педагогического процесса, которые адресуются специалистам образовательного учреждения и родителям.

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

### **Технология проведения психологического обследования ребенка. Подготовка к проведению обследования.**

Прежде чем приступить к обследованию ребенка, психолог обязан: ознакомиться с представленными материалами специалистов по социальной работе; выяснить информацию о семье и специфике внутрисемейных отношениях, характеристике раннего развития, включающей анамнестические сведения; в зависимости от собранной информации строится основная гипотеза психологического обследования; в соответствии с гипотезой педагог-психолог определяет необходимый диагностический инструментарий. В приложениях приведены наборы психологических методик для проведения психологического обследования детей дошкольного возраста и детей младшего школьного возраста. Необходимые условия для проведения психологического обследования: – наличие специального помещения, оборудования для индивидуальной работы; – обязательное «освоение» ребенка в комнате, где проводится обследование, установление достаточного контакта с психологом перед проведением обследования (ребенок должен иметь право находиться в процессе обследования в любой позе (что также диагностично!)); – адекватность поощрения и стимуляции ребенка, относительность оценочных характеристик. – желательно, выяснить, как ребенку хочется, чтобы его называл психолог, как его зовут дома, как он привык. Ни в коем случае нельзя называть ребенка по фамилии. – при проведении обследования лучше, если ребенок находится не через стол от психолога (принцип избегания позиции «глаза в глаза»), а рядом или сбоку. В этом случае контакт устанавливается быстрее, общение легче. В зависимости от создавшейся ситуации, возраста ребенка, в некоторых случаях имеет смысл позиция психолога, когда его глаза находятся на одном уровне с глазами ребенка, особенно это плодотворно для установления и поддержания продуктивного контакта с детьми дошкольного возраста, а также с детьми, особенно трудно входящими в контакт. – материалы для обследования детей дошкольного возраста должны быть представлены в игровой форме. – категорически не допускаются какие-либо отрицательные комментарии или оценки деятельности ребенка. Особенности поведения, выполнения заданий, взаимоотношений с родителями или другими взрослыми в процессе обследования являются сами по себе диагностичными и должны быть отмечены психологом в соответствующих разделах заключения. В критических случаях (когда ребенок особенно непоседлив («гиперактивен»), отказывается от обследования, не входит в контакт) необходимо прервать обследование на этапе ознакомления.



#### **Тема 4. Особенности оценки психического развития и поведения в дошкольном возрасте**

Технология проведения психологического обследования ребенка. Подготовка к проведению обследования. Особенности клинико-психологического изучения детей с аномалиями поведения и развития на разных возрастных этапах. Клинико-психологическое изучение детей на разных возрастных этапах: первый год жизни, ранний возраст, дошкольный возраст, школьный возраст, подростковый возраст. Особенности развития ребенка на каждом возрастном этапе

##### **1. Технология проведения психологического обследования ребенка. Подготовка к проведению обследования.**

Проведение обследования проходит по определённой схеме. При этом первично наблюдается поведение ребенка и описывается его специфика: принятие ситуации обследования или совместной игры, его контактность, ориентированность на выполнение заданий (игр), элементы критичности к результатам выполнения того или иного задания. Отмечается темп работы ребенка, его утомляемость, заинтересованность в правильном выполнении заданий, общая мотивация. Обязательно отмечаются проявления элементов негативного отношения к совместным действиям со взрослым или только к самостоятельной работе, характер контактов со специалистом. Учитывается характер игры в процессе обследования. Оцениваются творческие и эмоциональные ее характеристики, особенности использования тех или иных игровых материалов либо отсутствие игрового компонента деятельности. Характер деятельности, Оцениваются возможности целенаправленной деятельности ребенка, сосредоточения его на конкретном задании (игре). Отмечается импульсивность в выполнении заданий или, наоборот, инертность либо ригидность способа действия при выполнении того или иного задания (игры), степень ориентации на взрослого, а также возможность критически отнестись к результатам выполнения того или иного задания, адекватность реакций на неуспех или похвалу. Работоспособность В процессе всего обследования отмечаются колебания работоспособности, время, в течение которого ребенок может продуктивно и целенаправленно работать, отмечаются проявления усталости, изменения характера и стиля деятельности на фоне утомления (например, возникновение импульсивности на фоне утомления). Также отмечаются изменения эмоционального фона (проявления плаксивости, неадекватного смеха, негативизма как результата утомления). Сформированность социально-бытовой ориентировки Определяется уровень сформированности знаний об окружающем мире, в том числе о родственниках, их родственных отношениях и т.п. Кроме того, выясняют знания ребенка о настоящем (возраст, адрес, место проживания, имя и отчество родителей и т.п.). Выявляется сформированность представлений об относительной величине, цвете и форме предметов как на теоретическом, так и на действительном уровнях. Моторная ловкость Оценивается «уклюжесть» ребенка: способность делать ритмические и координированные движения, марширование, бег на месте, различные виды прыжков, а также умение бросать и ловить мяч, играть в «ладушки» (перекрестные поочередные движения) и т.п. Особое внимание уделяется оценке сформированности мелкой моторики (скоординированные движения пальцев, манипуляция с мелкими предметами), а также моторным навыкам в графической деятельности (рисунок, лепка, аппликация, владение ножницами). Здесь необходимо отметить такие важные особенности, как умение делать мелкие, точные движения на бытовом уровне (застегивание пуговиц, шнуровка ботинок и т.п.). Определение доминантности функционирования парных органов чувств. Выявление ведущей руки, ноги, глаза, уха. Эта информация имеет важное значение для предотвращения нарушений чтения, письма и счета в начальной школе. Определяются ведущие рука, нога, ухо, глаз по имеющимся в арсенале специалиста методам; при этом оценивается соответствие или различие между рукой, которой ребенок рисует, ест, пишет и т.п., и выявленной ведущей рукой, глазом, ухом. Особенности внимания. Исследуются: возможности сосредоточения, переключения и распределения внимания по ряду признаков в заданиях игрового характера, связь устойчивости внимания с объемом восприятия (например, значительные трудности сосредоточения при увеличении объема стимульного материала) и временем работы ребенка, а также временем суток и разного рода посторонних шумов и помех, наличие флуктуации внимания и характер изменения его на фоне утомления, возбуждения или негативизма ребенка.

Особенности мнестической деятельности выявляются объемом непосредственной слухоречевой памяти, скоростью запоминания, полнота отсроченного воспроизведения, наличие привнесенных или видоизмененных стимулов. как в непосредственном, так и в отсроченном воспроизведении. Выявляется возможность опосредованного запоминания с помощью доступных для ребенка методов, сопоставляется объем материала, запоминаемого опосредованно и непосредственно. Определяется наличие фактора интерференции (про- и ретроактивной формы), способность к удержанию последовательности ряда стимулов (в частности, ряд слухоречевых стимулов должен состоять не более чем из четырех-шести слов для старших дошкольников). При необходимости строится кривая запоминания, определяются особенности зрительной, тактильной, двигательной, других видов памяти. Замечание. Непосредственно перед началом исследования высших психических функций целесообразно выявление объема слухоречевой памяти, а также способности к удержанию ряда слухоречевых стимулов и влияния фактора интерференции мнестических следов на восприятие усвоенного материала. Это необходимо сделать для тактики подачи инструкций психологом в условиях выраженного сужения объема слухоречевого запоминания. Гнозис Исследование слухового, зрительного, тактильного восприятия производится на соответствующем стимульном материале. Определяется возможность целостности восприятия объектов, в том числе сюжетных картин, графических стимулов, специальных зашумленных или недорисованных предметов. Основной упор необходимо сделать на сформированность зрительного гнозиса, особенностях восприятия целостной картины или отдельных ее деталей.

Сформированность представления о пространственных и временных отношениях. Выявляются знания ребенка о взаиморасположении объектов в пространстве, правильный показ по инструкции взрослого с употреблением предлогов и слов, обозначающих пространственные отношения (в, на, над, под, за, перед – спереди, сзади – позади, сверху, снизу, сбоку, слева, справа, внутри, снаружи, между и т.п.) на конкретных предметах. Называние ребенком наиболее частотных (употребляемых) предлогов, сформированность представлений ребенка о некоторых временных соотношениях (Что короче: день или месяц! Что дольше: дневной или ночной сон? и т.п.). Выявляется возможность вербальной актуализации последовательного автоматизированного ряда (времена года, прямой и обратный порядковый счет от 1 до 5-10, от 5 до 1). Конструктивная деятельность (пространственный анализ и синтез) Определяется сформированность представлений об относительном размере фигуры, ее форме, пространственных соотношениях частей объекта (плоскостных и объемных). Оценивается возможность анализа пространственных отношений и их вербализация, возможность пассивной ориентации в пространственных отношениях («Покажи где... над, под...» на предметном уровне). Оценивается возможности конструирования аналогичных образцу объектов (на любом материале), сформированность системы анализа частей сложных фигур, восприятие целостности объекта. Анализируется характер творческих работ ребенка, выполненных на занятиях в группе, в том числе на занятиях по рисованию, аппликации, лепке и т.п., их соотношенность со средними возрастными нормативами. Интеллектуальное развитие. При условии сформированности зрительного гнозиса, наличии достаточного объема слухоречевой памяти и отсутствии интерферирующих влияний выявление уровня актуального интеллектуального развития и анализ результатов работы с методиками производится стандартным способом, в соответствии с методическим обеспечением психолога и возрастной соотношенностью каждой конкретной методики. Определяется уровень сформированности наглядно-действенного, наглядно-образного, логического мышления, понимание рассказов со «скрытым» смыслом, осознание причинно-следственных отношений, умение обобщать, прогнозировать и т.п. Отмечаются такие характеристики мышления, как самостоятельность, активность, абстрактность или оригинальность. Учитываются особенности и характерные черты мыслительной деятельности ребенка, критичность мышления, возможность опосредования, изменение динамики мыслительной деятельности (скачки, инертность, ригидность процесса мышления и т.п.). В случае суженного объема слухоречевой памяти, наличия интерферирующих влияний, специфики зрительного восприятия (отсутствия целостности) делаются соответствующие поправки в использовании стимульных материалов и подаче инструкций. Последние даются вдробном виде, упрощаются, выносятся на предметный уровень. Это позволяет

дифференцировать реальные нарушения интеллектуальной деятельности от влияния вышеуказанных особенностей. Помимо этого, основной упор делается на оценку выполнения заданий невербального характера. Характеристика речи. При оценке речевых параметров психолог должен отметить (не присваивая себе прав на логопедическое обследование) речевую активность (слабая, адекватная, чрезмерная), качество звукопроизношения, объем активного и пассивного словаря и разницу между этими объемами. Анализируется степень развернутости речевого высказывания, наличие аграмматизмов, наличие в речи так называемых «детских» слов («бибика» и т.п.). Необходимо особое внимание обратить на сформированность диалогической речи в режиме «вопрос – ответ», степень развернутости ответов, а также трудности инициации речевого высказывания, латентность (отсроченность) ответов. Следует обратить внимание на эмоциональность высказываний, их адекватность, соотнесенность с содержанием высказывания. Все характеристики оцениваются с учетом микросоциальной речевой среды, в которой растет, ребенок (двуязычие, нарушения речи и/или слуха у родителей, особенности речи родителей, людей, проживающих с ребенком). Развитие графической деятельности, рисунок. Рисунок оценивается только с позиций сформированности графической деятельности в соответствии с возрастными этапами развития рисунка, степени овладения основными формами. Отмечается, на какой стадии находится рисунок ребенка (рисуночная, дорисуночная и т.п.), возраст возникновения содержательного рисунка. Особая оценка рисунка как проекции личностных особенностей может анализироваться в плане цветовой гаммы, относительной величины фигур и их взаиморасположения, а также наличия зачеркиваний, зарисовываний и стираний. Более глубокий проективный анализ в данном случае не предусматривается. Исследование эмоционально-личностных особенностей ребенка. В этом разделе необходимо отметить такие особенности ребенка, как характер его привязанности к членам семьи, эмоциональное восприятие себя и других членов семьи, особенно внимательно анализируются отношения с братьями или сестрами. Отмечаются отношения со сверстниками, в том числе характер этих отношений (конфликтность или излишняя конформность, ведомость или явные лидерские тенденции). Описывается его отношение к воспитателям и другим взрослым. Выявляется наличие страхов, опасений, состояние эмоционального напряжения и ситуаций, вызывающих указанные феномены. Необходимо вернуться к характеру игры ребенка, проанализировать роли, выбираемые им, и т.п. Необходимо уточнить общую характеристику направленности интересов ребенка (на игру или общение, на материальные удовольствия: «что-либо съесть», «поймать»), эгоистические тенденции, в том числе желание быть опекаемым или, наоборот, опекать. Определяется степень сформированности самооценки и уровня притязаний, возможность адекватной оценки своих результатов, элементы критичности. Для детей дошкольного возраста определяются наличие мотивации к школьному обучению, наличие стойких познавательных интересов. Необходимо отметить такие неспецифичные для возраста ребенка личностные особенности, как излишняя погруженность в себя, «мудрствование» и «философствование», выхолощенность речевых высказываний, отсутствие эмоциональной дифференцировки. Заключение психолога и рекомендации. В заключении резюмируются наиболее важные сведения, полученные при исследовании. Здесь содержатся данные, имеющие диагностическое значение, описываемые обобщенными словами совокупный комплекс основных, выступающих на первый план особенностей развития высших психических функций ребенка и его эмоционально-личностных особенностей. Отмечаются соответствие уровня актуального развития возрастным нормам, степень готовности к обучению. С учетом анамнестических и социокультурных данных анализируются причины тех или иных особенностей развития («Это происходит потому, что...»). По возможности, дается прогноз дальнейшего развития. В рекомендациях определяются основные направления коррекционной работы с ребенком. В краткой форме описывается возможная работа по коррекции выявленной несформированности высших психических функций. Даются рекомендации воспитателям по возможным формам работы с ребенком, с учетом его темповых характеристик, особенностей процесса утомления и истощения. При этом необходимо учитывать игровые интересы ребенка и строить рекомендации в соответствии с «зоной ближайшего развития» ребенка, опираясь на ведущую роль игры в дошкольном возрасте. Здесь же приводится

перечень необходимых специалистов, которые, по мнению психолога, должны участвовать в дополнительной помощи ребенку, с уточнением сфер их деятельности, а также необходимые консультации и исследования. Родителям (лицам, их заменяющим) даются рекомендации в устной форме, в соответствии с уровнем их социокультурного развития и осознанием проблем ребенка.

## **2. Клинико-психологическое изучение детей на разных возрастных этапах: первый год жизни, ранний возраст, дошкольный возраст, школьный возраст, подростковый возраст. Особенности развития ребенка на каждом возрастном этапе**

### Изучение детей первого года жизни

Психодиагностическое изучение детей начинают после 1,5-2 мес. Объектами такого изучения становятся дети с признаками раннего органического поражения мозга или находящиеся в условиях социальной или эмоциональной депривации, например в условиях дома ребенка или при эмоциональном отвержении ребенка матерью. Существует несколько методик изучения психофизического развития детей первого года жизни. Широкую популярность у нас в стране получили Шкала развития Гезелла, Денверовская скрининговая методика (DDST) и некоторые другие. Среди отечественных методов можно отметить работы Г.В. Пантюхиной, К.Н. Печоры, Э.Л. Фрухт, О.В. Баженовой, Л.Т. Журбы, Е.М. Мастюковой. Принципы построения методик: включают наборы заданий, направленных на изучение моторной, речевой, познавательной, социальной сфер.

По мере увеличения возраста эти задания усложняются. Результаты изучения ребенка оцениваются путем сравнения их с нормативом. Приемы обследования детей первого года жизни (О.В. Баженова, Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова). Определяют состояние двигательной сферы: возможность и качество контроля положения головы, рук, позы при сидении и ходьбе; у детей старше 8 мес. внимание обращают на развитие шаговых движений. Затем определяют развитие сенсорных реакций: изучают характер прослеживаний и фиксаций. В процессе обследования определяют состояние развития эмоциональных и голосовых реакций, отмечают характер и выраженность улыбки, анализируют, в каких ситуациях она чаще всего появляется.

Психологическое исследование психического развития ребенка первого года жизни традиционно завершается составлением заключения о его состоянии. 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.

### Изучение детей раннего возраста

Для успешного решения диагностических задач исследования детей раннего возраста требуется определенная тактика проведения обследования. Целью психолого-педагогического изучения ребенка раннего возраста - получение данных, характеризующих: познавательные процессы; эмоционально-волевую сферу; предречевое и речевое развитие; двигательное развитие.

Прежде чем приступать к диагностике психического развития ребенка, обязательно следует убедиться, что у него нет грубых дефектов слуха и зрения.

При диагностике особенностей познавательной сферы детей раннего возраста в центре внимания исследователей находится анализ выполнения отдельных заданий как отражение психической деятельности ребенка. Причем важен не столько результат, сколько возможность организации деятельности по выполнению задания. Основными параметрами оценки познавательной деятельности в раннем возрасте можно считать: принятие задания; способы выполнения задания; обучаемость в процессе обследования; отношение к результату своей деятельности. 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).

Диагностика развития двигательной сферы детей раннего возраста предполагает изучение как общей, так и мелкой моторики.

Психодиагностическое исследование психического развития ребенка данного возрастного периода завершается составлением заключения, в котором содержатся обобщенные данные: - отражающие развитие его эмоциональной, познавательной, речевой и моторной сфер, - характеристики психологической структуры отдельных действий и систем действий по выполнению заданий, - наблюдаемые характерологические особенности ребенка.

#### Изучение детей дошкольного возраста

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 адекватность его притязаний, самооценки, критичность по отношению к себе и другим; сформированность коммуникативных функций. Необходимо также отметить, что наряду со специфическими методами обследования, которые имеются в арсенале клинического психолога и дефектолога, есть и общие методы психолого-педагогического обследования: 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.

#### Изучение детей школьного возраста

Как правило, поводом обращения к психологу становится неуспеваемость ребенка или отклонения в его поведении. Специалисту предстоит выяснить причину неуспеваемости ребенка. Неуспеваемость может быть результатом как отставания в умственном развитии, так и неподготовленности к школьному обучению. Она может быть вызвана также нарушениями в работе анализаторов, слабым соматическим здоровьем ребенка; если при этих обстоятельствах не соблюдается режим нагрузки в семье или превышаются требования педагогов, то следствием может быть не только неуспеваемость, но и срывы в поведении. Причины неуспеваемости: 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. 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. 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. При изучении психических процессов и возможностей обучения детей с задержкой психического развития 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 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. Дети с дефектами зрения и слуха оказываются беспомощными в простых

ситуациях, производят впечатление умственно отсталых. Но если предложить слабослышащему задание логического характера, не требующее от него совершенного слуха (классификация, раскладывание картинок с учетом причинно-следственных связей и т.п.), а слабовидящему - соответствующие устные задания, то они их выполняют. Кроме того, очень важно отделить нормальных детей с расстройством речи от умственно отсталых, для которых речевые нарушения являются одним из характерных признаков.

Изучение детей подросткового возраста

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:

1. Важно учитывать особенности подросткового возраста - тенденцию к самостоятельности, чувство Я.

2. У подростков могут быть и выраженные аффективные вспышки, негативизм, особенно при неудаче в установлении контакта, поэтому таким детям требуется бережный, не форсированный подход. Спокойное, уважительное отношение к подростку - важный фактор, обеспечивающий его сотрудничество в ходе исследования.

3. 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. Становится возможным использование довольно сложных методов исследования личности и межличностных отношений - опросников, проективных тестов.

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

### **Тема 5. Изучение семей дошкольников с ОВЗ**

Сущность психолого-педагогического изучения детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет); схема сбора сведений о родителях и других членах семьи; изучение детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с нарушениями развития дошкольного возраста. Методы изучения внутрисемейных ценностей и отношений; схема сбора сведений о родителях и других членах семьи; обследование коммуникативного семейного поведения, создание программ психолого-педагогической помощи семьям с дошкольниками с ОВЗ

Сущность психолого-педагогического изучения детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет)

Изучение детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) осуществляется в несколько этапов. На первом этапе клинический психолог должен изучить документацию и собрать 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 необходима спокойная обстановка. Обследование осуществляется в отдельной комнате с небольшим количеством вещей, чтобы не отвлекать внимание ребенка. С ребенком до 4 лет обследование проводится за маленьким детским столом или на ковре, с ребенком 4–6 лет – за детским столом, с более старшими детьми – за обычным столом, на столе не должно находиться посторонних предметов.

Обследование лучше начинать с заданий заведомо легких для данного ребенка. Клинический 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. В тех случаях, когда ребенок категорически отказывается от обследования без матери, мать может присутствовать, в других же случаях ее присутствие нежелательно. Но после обследования психолог должен обсудить с матерью результаты обследования, ответить на ее вопросы, дать рекомендации. Если по каким-либо причинам ребенок плохо ведет себя во время обследования, отказывается выполнять задание, то необходимо выяснить причины такого поведения и вызвать ребенка 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.

Важной составной частью клинико-психологического изучения детей с отклонениями в развитии является медицинское обследование, которое проводится врачами (педиатром или терапевтом, невропатологом, детским психиатром, офтальмологом, отоларингологом, при необходимости – аудиологом).

Составной частью медицинского обследования является сбор анамнестических данных.

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

**Семейный анамнез:** анализируются данные о семье ребенка и наследственности; описывается состав семьи, возраст и образовательный уровень каждого из ее членов, характерологические особенности родителей. В семейном анамнезе 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 производственной вредности и длительность работы с ней. Дается оценка взаимоотношений в семье, отношения к ребенку. Фиксируются случаи приверженности одного или обоих родителей к алкоголю или наркотикам.

**Личный анамнез ребенка:** учитывается, как протекала данная беременность, не было ли токсикоза, соматических заболеваний, резус-конфликта, длительного приема лекарственных препаратов и т.п. 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.

Кроме того, выясняется, где, как и кем воспитывался и обучался ребенок до момента обследования (находился дома, под наблюдением матери, бабушки и т.п.), посещал ли ясли, сад (какой период), получал ли и какую именно коррекционно-педагогическую помощь; если обследуемый уже школьного возраста, то аналогичные сведения о школьном обучении и воспитании.

Педагог-дефектолог и психолог, осуществляющие психолого-педагогическое изучение ребенка, знакомятся с результатами медицинского обследования по документации – изучают историю развития ребенка, заключения специалистов и т.д. Они должны владеть основными

понятиями соответствующих клинических областей знания и уметь анализировать медицинскую документацию.

**2. Схема сбора сведений о родителях и других членах семьи; обследование коммуникативного семейного поведения, создание программ психолого-педагогической помощи семьям с дошкольниками с ОВЗ**

Методика	Цель
<b>Изучение структуры семейных ролей, семьи как системы</b>	
Семейная социограмма	Методика позволяет оценить: положение субъекта в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в семье прямой или опосредованный; возникновения причин неблагополучия; динамику семейных взаимоотношений.
Семейная генограмма	Диагностирует коммуникации в семье, взаимоотношения между ее членами и выявляет причины возникновения сложной жизненной ситуации в семье.
ШСО	Предназначена для оценки социального климата в семьях всех типов.
Шкала семейной адаптации исключенности	Позволяет быстро, эффективно и достоверно оценить процессы, происходящие в семейной системе, и наметить мишень психотерапевтического вмешательства.
Рисунок семьи	Предназначен для выявления особенностей внутрисемейных отношений.
<b>Изучение особенностей воспитания родителей, процессов взаимодействия родителей с детьми</b>	
АСВ	Методика позволяет изучить: нарушения процесса воспитания; выявить тип негармоничного патологизирующего воспитания; установить причины нарушений в семейной системе.
PARI	Предназначена для изучения отношения родителей к разным сторонам семейной жизни (семейной роли), а также изучение детско-родительских отношений.
Тест-опросник родительских отношений (А.Л.Варга, В.В.Столин)	Психодиагностическая методика, ориентированная на выявление родительского отношения в семье.
<b>Изучение супружеских взаимоотношений</b>	
Тест-опросник удовлетворенности браком	Предназначен для экспресс - диагностики степени удовлетворенности - неудовлетворенности браком, а также степени согласования- рассогласования удовлетворенности браком у той или иной социальной группы.
Тест «Характер взаимодействие супругов в конфликтных Ситуациях»	Методика дает возможность охарактеризовать обследуемую пару по ряду параметров: наиболее конфликтогенные сферы супружеских отношений, степень согласия (или несогласия) в ситуациях конфликта, уровень конфликтности в паре.
Тест супружеских отношений.	Тест ориентирован на выявление отношений между супругами в семье.

Известно, что нарушения взаимоотношений в семье, ошибки семейного воспитания негативно влияют на соматическое и психическое развитие ребенка. Многие исследователи



указывают, 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, на эффективность коррекционно-педагогических мероприятий, провоцируют разнообразные вторичные отклонения в психическом развитии такого ребенка.

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; нарушение 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 семьях, в 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 выяснить роль отца и матери в воспитании ребенка, оценить тип семейного воспитания, установить причинно-следственные связи между типами правильного воспитания и особенностями развития ребенка, сопоставить тип семейного воспитания с особенностями его умственного и личностного развития.

При проведении социально-педагогического исследования необходимо оценить следующие показатели:

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

Проанализировать полученные социологические сведения поможет представленная ниже таблица «Социальная характеристика семьи».

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.

#### Социально-психологическая характеристика семьи

<b>Наименование групп семей</b>	<b>Факторы, характеризующие данную группу семей</b>
1-я группа (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-я группа (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-я группа (удовлетворительная)	Один из показателей является неудовлетворительным (культурный уровень, жилищные условия, взаимоотношения в семье). По состоянию здоровья - удовлетворительная.
4-я группа (неудовлетворительная)	Наличие в семье двух и более неудовлетворительных из перечисленных показателей. Низкий уровень культуры. Неблагоприятный

психологический климат в семье. Вредные привычки - злоупотребление алкоголем. По состоянию здоровья – неудовлетворительная.

**Программа изучения детей с нарушениями развития  
в условиях образовательного учреждения**

Содержание	Методы
<p><i>I. Общие сведения о ребенке</i>            Фамилия, имя, дата рождения. Дата поступления в специальное образовательное учреждение. Посещал ли до этого специальные (коррекционные) учреждения, посещал ли детский сад общего типа. (Если из массовой школы, то в каких классах и в какое время обучался.)</p>	<p>Изучение документации.</p>
<p><i>II. История развития</i>            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.</p>	<p>Беседа с родителями.            Изучение документации.</p>
<p><i>III. Семья</i>            Состав, взаимоотношения между членами семьи. Материальные условия жизни, занятия родителей. Отношение членов семьи к ребенку.</p>	<p>Посещение семьи. Беседы с родителями.</p>
<p><i>IV. Физическое состояние</i>            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.</p>	<p>Наблюдения во время занятий, игр и т.д. Врачебное обследование.</p>
<p><i>V. Особенности познавательной деятельности ребенка</i>  <b>1.</b> Состояние органов чувств (слуха, зрения, обоняния, вкуса, осязания).            Не бывает ли обманов чувственного восприятия (иллюзий, галлюцинаций).</p>	<p>Изучение медицинской документации. Специальные исследования.</p>
<p><b>2.</b> 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 давать полные ответы на вопросы и связно рассказывать. Нет ли многоречия, нецеленаправленности речи. Понимание письменной речи (написанных слов, тестов, книг, таблиц и т.д.).</p>	<p>Наблюдения за речью ребенка. Беседы с ребенком. Логопедическое обследование. Изучение письменных работ.</p>
<p><b>3.</b> Особенности внимания. Легко ли привлекается внимание. Способность сосредотачиваться; устойчивость внимания. Отвлекаемость, рассеянность. Переключаемость с одного вида деятельности на другой.</p>	<p>Наблюдения за ребенком на занятиях и в свободное от занятий время.</p>
<p><b>4.</b> 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</p>	<p>Наблюдения на занятиях и вне их. Беседы с ребенком.</p>

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.	Наблюдения за ребенком на занятиях и в играх. Индивидуальные беседы с ребенком.
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 считать, читать, писать). 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.	Наблюдения за ребенком в процессе занятий, изучение работ, выполненных на занятиях. Наблюдения на занятиях и вне их, на экскурсиях. Изучение практических работ детей.
7. Интересы ребенка (отсутствуют, слабо выражены, «неравномерны»); чем интересуется (интерес к труду, пению, рисованию, танцам и т.д.).	
<i>VI. Эмоционально-волевая сфера</i> Преобладающее настроение ребенка (веселое, грустное). Отмечаются: возбудимость, тормозимость; ребенок неуравновешен, спокоен. Реакция на происходящее вокруг. Свойственны ли ребенку чувства страха, удивления, восторга, сострадания. Способность к волевому усилию в занятиях, в поведении. Умеет ли удерживать себя от недозволенных действий.	Наблюдения за ребенком на различных занятиях и вне их, на экскурсиях, во время игр и т.д.
<i>VII. Особенности личности</i> 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 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.	Наблюдения за ребенком в различных видах деятельности.

### Создание программ психолого-педагогической помощи семьям с дошкольниками с ОВЗ

Успешность и результативность деятельности по психолого-педагогическому сопровождению семьи, имеющей ребенка с ОВЗ, во многом зависит от той теоретической модели семьи, в рамках которой будут осуществляться ее анализ и диагностика. С нашей точки зрения, **системная модель** семьи наиболее эффективна и практична, так как позволяет специалистам по сопровождению сформировать целостное представление о структуре и характеристиках семейного пространства, дает в руки ориентиры для понимания и прогнозирования поведения членов семьи, позволяет точно выделять точки приложения сил по гармонизации внутрисемейных отношений и, в конечном итоге, усиления коррекционно-развивающего потенциала.

*В рамках системной модели любая семья может быть охарактеризована рядом параметров. Для диагностики семейных дисфункций и нарушений, нуждающихся в дальнейшей коррекции, выделяются следующие характеристики семьи как системы.*

1. Стереотипы взаимодействия, определяющие диапазон поведения, требования
2. Семейные правила
3. Семейная история
4. Семейные мифы
5. Сплоченность
6. Альянсы и коалиции
7. Гибкость
8. Иерархия
9. Субсистемы
10. Границы

Основные направления работы по оказанию психолого-педагогической помощи семье для «перевода» ее в состояние психологического благополучия.

Работа специалистов по психолого-педагогическому сопровождению семьи, отнесенной по выделенным выше индикаторам к неблагополучной, может разворачиваться по нескольким направлениям, что позволяет обеспечить своеобразный перевод из состояния неблагополучия в состояние психологического благополучия:

1. *Обучение эффективной внутрисемейной коммуникации всех членов семьи, способствующей формированию адекватной самооценки и дающей возможность получать эмоциональную поддержку.* Для этих целей может быть реализована программа группового тренинга эффективной коммуникации для нескольких семей. В программу тренинга целесообразно включить разделы:

- обучение навыкам активного слушания;
- обучение новым способам общения (подчеркивая эффективность позитивного подкрепления в отличие от негативного подкрепления);
- обучение навыкам выражения мыслей и чувств от первого лица («Я-сообщение»);
- гармонизация отношений между диадой «мать с больным ребенком» и членами семьи, членами семьи и другими (посторонними) лицами.

2. Оптимизация функционирования семейной системы. Прежде всего, речь идет о необходимости оптимизации системы семейных правил, регулирующих жизнь семьи. (Для этого может использоваться методика организации «Семейного совета», на котором члены семьи выявляют, осознают и оценивают существующие семейные правила и вырабатывают новые).

3. Формирование навыков для установления необходимых для функционирования и развития семьи ресурсных социальных связей. Для реализации этой цели будет уместно мотивировать членов семьи на поиск и установление контактов с различными сообществами и организациями, объединяющими людей со схожими проблемами. (Например, сообществом «Даун Синдром»; «Ассоциацией родителей детей с нарушениями слуха»; Обществом помощи аутичным детям «Добро» и др.). 4. Формирование адекватного, реалистичного отношения к ограниченным возможностям ребенка. 5. Формирование ответственной родительской позиции. 6. Формирование коррекционно-развивающей среды

Под специальной коррекционно-развивающей средой в семье понимается совокупность внутрисемейных условий, которые создаются родителями и обеспечивают оптимальное развитие ребенка с психофизическими недостатками (В. В. Ткачева). В данном случае речь идет о насыщении семейного пространства коррекционно-развивающим содержанием. Идея развивающей среды должна быть простой и естественной. В ней должен быть упорядочен окружающий ребёнка мир взрослой жизни и созданы безопасные условия для развития. В целом коррекционно-развивающая среда в семье может включать в себя следующие основные компоненты:

- общая эмоциональная семейная атмосфера, которая создает общий позитивный фон настроения без излишней инвалидизации ребенка;

- предметно-пространственная развивающая среда, специально организованная с учетом особенностей развития ребенка, включающая в себя функционально-ориентированные игрушки пособия для развития сенсомоторных функций, конструкторы, полусферы, игрушки и пособия для развития общей и мелкой моторики и др.;

- особый тип коммуникации «взрослый – ребенок», обеспечивающей поддержку, сотрудничество, соблюдение ритма контакта, конгруэнтного особенностям ребенка, соблюдение принципа ритмического резонанса (Н.Н. Посысов);

Для более точного взаимодействия с детьми с ОВЗ необходимо учитывать так называемую «мелодию общения», ритм, из которого складывается общая динамика взаимодействия. Мы назвали общение такого рода – общением с соблюдением принципа ритмического резонанса. Особенно важно его учитывать при работе с подростками с ДЦП. У этих ребят наблюдается специфический ритм жизнепроживания, чередования активности и покоя. Этот ритм может показаться здоровому человеку замедленным, рваным, судорожным, вязким, застревающим и т.п. Но для них – это естественный ритм.

Возможные ошибки педагогов (родителей) – педагог подгоняет, торопит, чувствует себя дискомфортно во время срыва, бездействия, пытается помочь, берет на себя выполнение ряда операций. Типичные реакции: «Давай, я за тебя сделаю, тебе трудно». Но на самом деле трудность испытывает не ребенок, а сам педагог, которому трудно ждать, пока ребенок сделает сам. Например, у подростка-инвалида, сидящего на коляске и беседующего с педагогом, упала ручка. Педагог бросился поднимать. В результате при обсуждении выяснилось, что подросток в этой ситуации почувствовал себя зависимым и ущербным. Более конструктивный вариант: педагог спокойно ждет, пока сидящий перед ним человек находит для себя приемлемый способ достать эту ручку.

#### **Тема 6. Анализ результатов психологической диагностики. Психологический диагноз**

Анализ результатов обследования: общие положения, схема анализа результатов психологического обследования, разделы анализа. Составление заключения по результатам оценки развития: особенности составления заключения, разделы. Технология составления общей части психологического заключения

##### **1. Анализ результатов обследования: общие положения, схема анализа результатов психологического обследования, разделы анализа.**

Заключение на ребенка лучше готовить в два этапа. Сначала клинический психолог, проводивший обследование, обрабатывает результаты выполнения заданий, обсуждает их и приходит к определенным выводам об уровне развития познавательной деятельности, речи, эмоционально-волевой сферы, личности, поведения ребенка и о признаках своеобразия в его развитии, наличии отклонения или вида нарушения, а также решает вопрос о характере коррекционной помощи, которая может быть оказана ребенку. Затем психолог оформляет полученные результаты в виде письменного заключения. Такое заключение пишется в свободной форме, но тем не менее при его написании следует соблюдать определенные правила. Обычно заключение состоит из трех относительно самостоятельных частей.

В первой части указываются причины обследования ребенка, цель обследования, особенности поведения ребенка во время обследования. Обязательно отмечаются мотивация к выполнению заданий, особенности контакта, способы взаимодействия с психологом, способы выполнения заданий, характер деятельности, реакция на поощрение, неуспех, замечание. Особое внимание следует обратить 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, способность ребенка рассказать о своих действиях.

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

В третьей части заключения делается вывод о структуре нарушения психики у ребенка, причем отмечаются не только выявленные нарушения и их соотношение, но и сохранные стороны

психики, потенциальные возможности ребенка, определяющие его дальнейшее развитие. Далее формулируются рекомендации к организации и содержанию психологической помощи ребенку, оптимизации коррекционно-педагогического процесса. Эти рекомендации адресуются специалистам образовательного учреждения и родителям.

Текст заключения обязательно должен содержать сведения о возрасте обследуемого, дате обследования и дате написания заключения, необходима подпись психолога.

Итоги работы консилиума оформляются в виде общего заключения по каждому случаю. Общее заключение включает в себя констатирующую и программную части. Констатирующая часть состоит из характеристики ребенка: феномен состояния, наличие отклонений или нарушений в развитии.

Программная часть включает стратегию сопровождения и помощи ребенку и рекомендации, направленные конкретному адресату. Стратегия сопровождения и помощи ориентирована на возможности соответственно школьного психолога, логопеда, медика, возможности индивидуализации педагогического процесса педагогом – участником консилиума. То есть она опирается на функционал всех перечисленных субъектов деятельности как абсолютно самостоятельный, так и совместный. На основании разработанной стратегии сопровождения и помощи определяются рекомендации педагогам и родителям, составляется коррекционно-образовательный маршрут. В случае обнаружения у ребенка выраженных отклонений (нарушений) в развитии или специальных потребностей, которые не могут быть удовлетворены в общеобразовательной школе, он направляется на психолого-медико-педагогическую комиссию. В этом случае деятельность ПМПк является диспетчерской: информирование родителей и направление ребенка на ПМПк.

После проведения анализа данных, полученных в ходе углубленного обследования, составляется развернутое психологическое заключение. В нем на основе анализа резюмируются наиболее важные особенности развития ребенка, обобщенными словами описывается совокупный комплекс показателей развития, основные, выступающие на первый план, его характеристики. В первую очередь отмечается соответствие (или несоответствие) уровня актуального развития регуляторной сферы, познавательной деятельности и поведения ребенка условно нормативному развитию, тому социально-психологическому нормативу, который характерен для данного учреждения образования. Обобщенно оценивается актуальный уровень адаптации ребенка к конкретной образовательной среде и делается прогноз дальнейшего развития ребенка как в благоприятных, так и в неблагоприятных для него условиях. Описываются возможные причины механизмы выявленных особенностей развития и пути оказания помощи ребенку, в том числе последовательного проведения тех или иных коррекционно-развивающих мероприятий, рекомендуемые консультации специалистов профиля.

По возможности описанные особенности соотносятся тем или иным видом дизонтогенеза (отклоняющегося развития). Подобная краткая формулировка с описанием типа отклоняющегося развития может быть представлена как *психологический диагноз*, на основании которого с учетом причин, социальных условий развития ребенка и, естественно, уровня сформированности психических процессов, функций дается *вероятностный прогноз* дальнейшего развития.

Постановка развернутого, обоснованного дифференциально-типологического диагноза и вероятностный прогноз дальнейшего развития в различных ситуациях (например, при адекватной коррекционной помощи в дополнение к пребыванию ребенка в системе специального образования) является чрезвычайно важным этапом для понимания необходимости и обоснованности обучения ребенка по данной образовательной программе.

**2. Составление заключения по результатам оценки развития: особенности составления заключения, разделы. Технология составления общей части психологического заключения**

Заключение может быть написано либо в свободной форме, либо по предлагаемой ниже схеме. *Общая структура психологического заключения* может включать следующие разделы:

**Общая часть заключения**

1. Основные данные ребенка (фамилия, имя, возраст на момент обследования; здесь же можно привести тип образовательной программы и форму, по которой он обучается).

2. Основные жалобы и претензии со стороны родителей, педагогов, других лиц.
3. Рекомендуемый раздел, посвященный наиболее важным анамнестическим данным. Если речь идет о каком-либо виде дефицитарного или поврежденного развития (нарушение слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата или какая-либо верифицированная черепно-мозговая или иная травма), это обязательно должно быть упомянуто в заключении.
4. Специфика внешнего вида и поведения ребенка в процессе обследования, в том числе характер его эмоционального реагирования, общая мотивация, отношение как к процедуре обследования, так и к результатам собственной деятельности (критичность ребенка и его адекватность).
5. Качественная оценка сформированности регуляторной сферы. Подробная оценка операциональных характеристик деятельности ребенка в различные моменты обследования (в том числе и их динамический аспект) с выходом на уровневую констатацию психической активности, работоспособности и темповых характеристик деятельности.
6. Особенности развития различных компонентов когнитивной сферы (в том числе таких психических функций, как память, речь, мышление) с кратким описанием наиболее специфичных результатов выполнения тех или иных заданий, методик (как качественных, так, по возможности, и количественных). Желательно здесь же соотнести выявленные особенности с уровнем сформированности системы пространственных представлений.
7. Результирующая характеристика уровня интеллектуального развития ребенка с учетом имеющихся особенностей развития (мотивации, темпа деятельности и т.п.).
8. Специфические характеристики аффективной, эмоционально-личностной сферы, включая межличностные отношения и (по мере возможности) их соотнесение с профилем уровней базовой аффективной регуляции (по О.С. Никольской).

#### **Итоговая часть заключения**

1. Психологический диагноз.
2. Вероятностный прогноз развития.
3. Рекомендации по дальнейшему сопровождению ребенка.

Следует отметить, что общая часть заключения ориентирована не только на профильных специалистов, но и на педагогический коллектив (педагогов, воспитателей, администрацию образовательного учреждения). Те, кто имеет непосредственный контакт с ребенком, должны иметь представление о трудностях и особенностях развития ребенка, что, в свою очередь, позволит подобрать адекватные методы помощи ребенку в рамках коррекционного обучения – особые формы организации обучения, в том числе возможности индивидуализированного подхода, особенности организации дидактической среды и т.п.

Итоговая часть заключения (психологический диагноз, вероятностный прогноз дальнейшего развития и рекомендации по сопровождению ребенка в образовательном пространстве) адресована, скорее, профильным специалистам, участвующим в оказании ребенку специализированной внеурочной помощи.

Поскольку сам процесс написания заключения представляет достаточно длительную процедуру, время, затрачиваемое для анализа и составления заключений (это относится ко всем типам заключений), может отличаться по своей длительности как для различных категорий детей, так и для разных возрастных диапазонов.

По мнению Семаго М.М., Семаго Н.Я. в общей части заключения обязательно должны быть отражены **специфические** особенности внешнего вида, двигательной активности (общей моторики) и поведения ребенка. Если возможно, необходимо привести соображения психолога относительно причин этих особенностей (уже упоминаемые нарушения сенсорики или опорно-двигательного аппарата, врожденные аномалии развития, генетические синдромы и т.п.). Здесь же возможна краткая предварительная характеристика критичности и адекватности поведения, как в целом, так и по отношению к результатам своей деятельности. Это необходимо для того, чтобы при прочтении такой *преамбулы* другие специалисты (для которых в основном и пишется заключение) могли ясно представить себе ребенка. Здесь же необходимо отметить

адекватность/неадекватность не только в поведении ребенка, но и в знаке его аффективных и эмоциональных реакций.



## **2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

*Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала.* Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

*Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.*

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть, как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таим образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

### **Практические занятия**

#### **6.2 Практические занятия**

**Тема 1. Теоретико-методологические основы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей дошкольного возраста.**

1. Нарушения развития как интегративный феномен.
2. Подходы к определению особенностей в развитии и нарушений в развитии. Современные представления о нарушениях развития у дошкольников.
3. Методологические принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей дошкольного возраста с ОВЗ.
4. Комплексный подход и его компоненты к изучению детей с нарушениями развития; модально-неспецифические особенности развития дошкольников с ОВЗ

**Тема 2. Основные методы изучения дошкольников с отклонениями в развитии.**

1. Оценка психического развития ребенка и подготовка к проведению обследования.
2. Психологический анамнез.
3. Раннее моторное и психоэмоциональное развитие.
4. История развития ребенка разных возрастов.
5. Диагностическая гипотеза.
6. Тактика психологического обследования.

**Тема 3. Основные положения психодиагностики детского возраста. Общая технология оценки аномалий поведения и развития в детском возрасте.**

1. Раннее моторное и психоэмоциональное развитие.
2. История развития ребенка от 1 года до 3 лет.
3. История развития ребенка от 3 до 5-5,5 лет.
4. История развития ребенка от 5,5 до 7 лет.
5. История развития ребенка в младшем школьном возрасте (от 7 до 10-ти лет).

**Тема 4. Особенности оценки психического развития и поведения в детском возрасте.**

1. Методы диагностики моторно-двигательной сферы у детей с патологией развития.
  2. Диагностика восприятия (зрительного, слухового, тактильного и др.).
  3. Диагностика внимания и памяти.
  4. Диагностика развития мышления и речи.
  5. Диагностика развития эмоционально-волевой и коммуникативной сферы.
- Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями развития.
6. Клинико-психологическое обследование детей с нарушениями развития.
  7. Особенности организации исследования детей с различными нарушениями развития

**Тема 5. Изучение семей дошкольников с ОВЗ.**

1. Особенности психолого-педагогического изучения детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет).
2. Схема сбора сведений о родителях и других членах семьи; изучение детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с нарушениями развития дошкольного возраста.
3. Изучение детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с нарушениями развития дошкольного возраста;
4. Методы изучения внутрисемейных ценностей и отношений; схема сбора сведений о родителях и других членах семьи; обследование коммуникативного семейного поведения, создание программ психолого-педагогической помощи семьям с дошкольниками с ОВЗ.

**Тема 6. Анализ результатов психодиагностики. Психологический диагноз.**

1. Анализ проективных (рисуночных) методик.
2. Психологический диагноз (заключение) и особенности его формирования.
3. Прогноз и рекомендации по развитию и коррекции психических процессов и поведения.

### **3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ РАБОТ**

Целью проведения лабораторных работ является применение полученных знаний по теоретическим основам курса, приобретение студентами (слушателями) практических навыков проведения экспериментальных исследований, совершенствование практической подготовки будущего психолога независимо от его специализации и направления дальнейшей деятельности.

Допуск студента к выполнению очередной лабораторной работы осуществляется преподавателем по представлении отчета о выполнении предыдущей работы или на основе сдачи коллоквиума, проводимого в виде беседы преподавателя со студентами. Длительность обсуждений - не более 8–10 мин. Во время лабораторной работы студенты могут попеременно выполнять роли экспериментатора, регистратора и испытуемого, данные исследования каждого испытуемого заносятся в протокол исследований и после окончания работы предъявляются им преподавателю, ведущему занятию. В случае получения недостоверных, сомнительных данных, обнаружения неточностей производит повторные измерения в той части работы, где обнаружены недочеты.

#### **Тема 1. Особенности оценки психического развития и поведения в детском возрасте**

**Лабораторная работа 1.1** Исследование зрительного и слухового гнозиса, пространственного и временного восприятия детей с диагнозами ЗПР, ранний детский аутизм, ДЦП, СДВГ, нарушениями слуха или кохлеарной имплантацией (от 2 до 3 лет; 4-6 лет).

На теоретическом уровне знать виды нарушений зрительного и слухового гнозиса, пространственного и временного восприятия; методы и методики диагностики нарушений зрительного и слухового гнозиса, пространственного и временного восприятия детей с отклонениями в развитии; иметь целостное представление о классификации нарушений восприятия; патопсихологических методах диагностики; методиках, использующихся в целях; диагностики в детском возрасте; патопсихологическое; исследование восприятия у детей и давать патопсихологическую квалификацию полученным результатам.

Ход работы:

1. Приведите определение понятия «восприятие», его содержание.
2. Дайте характеристику нарушения зрительного и слухового гнозиса, пространственного и временного восприятия.
3. Примените в практике методы исследования восприятия зрительного и слухового гнозиса, пространственного и временного восприятия детей с отклонениями в развитии: доска Сегена, набор геометрических фигур, пирамида, счетные палочки, цветные шары, контурные изображения.

Основные понятия темы: восприятие, агнозии, псевдоагнозии при деменции, обманы чувств, нарушение мотивационного компонента восприятия.

**Лабораторная работа 1.2** Патопсихологическое исследование конструктивного праксиса, движения и действия, графических навыков ребёнка диагнозами ЗПР, ранний детский аутизм, ДЦП (от 2 до 3 лет; 4-6 лет).

На теоретическом уровне знать особенности нарушений конструктивного праксиса у детей с отклонениями в развитии; знать виды нарушений графических навыков детей; методы и методики диагностики нарушений конструктивного праксиса и графических навыков у детей с отклонениями в развитии; патопсихологическое исследование конструктивного праксиса и графических навыков у детей и давать патопсихологическую квалификацию полученным результатам.

Ход работы:

1. Графические навыки, стадии развития графических навыков детей дошкольного возраста
2. Исследование графических навыков в эксперименте.
3. Стадии развития конструктивного праксиса ребенка 2-3 лет.
4. Примените в практике методы исследования детей с отклонениями в развитии: кубики, стаканчики, доска Сегена, набор геометрических фигур, пирамида, счетные палочки, цветные шары.

Основные понятия темы: графические навыки, стадия «каракули», схематическое изображение, возрастные закономерности конструктивного праксиса и графических навыков, ограниченное использование цвета, пластичность рисунка.

**Лабораторная работа 1.3.** Патопсихологическое исследование слуховой и зрительной кратковременной и долговременной памяти, мышления и речи ребёнка диагнозами ЗПР, ранний детский аутизм, ДЦП (от 2 до 3 лет; 4-6 лет).

На теоретическом уровне знать виды нарушений памяти, мышления и речи; методы и методики диагностики нарушений памяти, мышления и речи у детей с отклонениями в развитии; иметь целостное представление о классификации нарушений памяти, мышления и речи; патопсихологических методах диагностики; методиках, используемых в целях диагностики в детском возрасте; патопсихологическое исследование памяти, мышления и речи у детей и давать патопсихологическую квалификацию полученным результатам.

Ход работы:

1. Память, основные виды памяти и её нарушения.
2. Мышление, основные виды мышления и его нарушений;
3. Речь, основные виды речи и её нарушений;
4. Применение исследования памяти, мышления и речи в эксперименте. Методы исследования памяти у детей с отклонениями в развитии: пробы на запоминание, картинки с животными, картинки с предметами, сюжетная картинка.

Основные понятия темы: память, мышление, речь, динамика мыслительного процесса.

**Лабораторная работа 1.4.** Патопсихологическое исследование мышления ребёнка диагнозами ЗПР, ранний детский аутизм, ДЦП, СДВГ (от 2 до 3-х лет; от 4 до 6 лет).

На теоретическом уровне знать виды нарушений мышления и интеллекта; методы и методики диагностики нарушений мышления и интеллекта у детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии; иметь целостное представление о классификации нарушений мышления, интеллекта; патопсихологических методах диагностики; методиках, используемых в целях диагностики в детском возрасте; патопсихологическое исследование мышления и интеллекта у и давать патопсихологическую квалификацию полученным результатам.

Ход работы:

1. Мышление, основные виды мышления и его нарушения.
2. Исследование мышления и интеллекта в эксперименте.

Практическое применение методов исследования мышления у детей с отклонениями в развитии: понимание рассказов, сюжетных картинок, установление последовательности событий, классификации, исключения понятий, выделение существенных признаков, образование аналогий, психометрический метод исследования интеллекта Векслер дошкольников и младших школьников(wppsi).

Основные понятия темы: мышление, нарушение операциональной стороны мышления, нарушение динамики мышления, нарушение личностного компонента мышления.

**Лабораторная работа 1.5** Экспертное психологическое и патопсихологическое исследование готовности к школе ребёнка с диагнозами ЗПР, ранний детский аутизм, ДЦП, СДВГ (от 6 до 8 лет).

На теоретическом уровне знать особенности произвольного внимания, восприятия, памяти и мышления ребёнка младшего школьного возраста; знать особенности саморегуляции поведения и воли ребёнка младшего школьного возраста; знать особенности усвоения умений чтения, письма, арифметических вычислений, накопления знаний ребёнка младшего школьного возраста.

Ход работы:

1. Перестройка познавательных процессов ребёнка (внимания, восприятия, памяти и мышления);
2. Методы исследования мышления у детей с отклонениями в развитии: мет. Вицлака, разрезные картинки, причинно-следственные картинки, сюжетная картинка, «Нелепица», пробы на запоминание, таблица Равена, рисуночная методика (Д-Ч-Д).

3. Методики для экспертно-психологического исследования ребенка: разрезные картинки, картинки «классификации», картинка «четвертый лишний»

Основные понятия темы: мышление, наглядно-образное мышление, саморегуляция поведения.

### **Тема 2. Анализ результатов психодиагностики. Психологический диагноз**

Анализ проективных (рисуночных) методик и результатов диагностики. Формулирование психологического диагноза, прогноза и рекомендаций по развитию и коррекции поведенческих отклонений детей

Ход работы:

1. Описать результаты обследования произвольного внимания, восприятия, памяти и мышления ребенка дошкольного возраста; выявить особенности саморегуляции поведения и воли ребенка старшего дошкольного или младшего школьного возраста.
2. Особенности усвоения умений чтения, письма, арифметических вычислений, накопления знаний ребенка младшего школьного возраста.
3. Особенности нарушений психического развития ребенка дошкольного возраста.
4. Сохранные, потенциальные и компенсаторные возможности ребенка с нарушением психического развития.

Основные понятия темы: психодиагностика, результаты обследования психических процессов, уровень наглядно-образного мышления, саморегуляция поведения дошкольника.

#### 4. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

##### *Работа с литературой*

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой ко всем занятиям: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

*План* – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

*Выписки* представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе квинтэссенцию содержания прочитанного. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и даталогические сведения.

*Тезисы* – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

*Аннотация* – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

*Резюме* – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

*Конспект* представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить

главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

*Глоссарий* – подборка терминов, понятий и их определений из различных источников, позволяющих работать над формированием профессиональной лексики, уточнять содержание применяемой терминологии.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, написание реферата, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя вопросы для самостоятельной работы и задания для самостоятельной работы.

#### *Вопросы для самостоятельной работы:*

1. Влияние возрастного фактора на происхождение и структуру психических нарушений в детском возрасте.
2. Игра как диагностический и психотерапевтический метод работы с аномальными детьми.
3. Использование проективных методов диагностики в работе с аномальными детьми.
4. Методы коррекционно-психологической работы с аномальными детьми.
5. Направленное наблюдение как метод исследования детей с нарушениями развития.
6. Особенности дифференциальной диагностики задержки психического развития от олигофрении и педагогической запущенности.
7. Особенности обучения и воспитания детей с задержкой психического развития.
8. Особенности применения тестов интеллекта при различных формах психических расстройств в детском возрасте.
9. Особенности психического развития детей с явлениями деменции.
10. Особенности психологической диагностики отдельных видов психопатий.
11. Особенности формирования личности умственно отсталого ребенка.
12. Принципы отбора детей во вспомогательные школы.
13. Проблема компенсации детей с дефицитным развитием.
14. Проблема соотношения медикаментозной терапии и психотерапии в работе с аномальными детьми.
15. Проблема социализации детей, страдающих ранней детской шизофренией.
16. Психологическая характеристика детей с грубым недоразвитием или повреждением зрения.
17. Психологическая характеристика детей с хроническими соматическими заболеваниями.

18. Психологическая характеристика познавательной деятельности детей-олигофренов.
19. Психологическая характеристика познавательной и личностно-эмоциональной сфер детей с повреждением опорно-двигательного аппарата.
20. Психологическая характеристика эмоциональных и познавательных процессов при ранней детской шизофрении.
21. Психологические методы исследования аномального ребенка.
22. Психологический статус детей с повреждением слуха и речи.
23. Психолого-диагностическое исследование детей с явлениями деменции.
24. Соотношение социального и биологического в возникновении психических заболеваний в детском возрасте.
25. Экспериментальное обучение как метод диагностики нарушений развития.

*Задания для самостоятельной работы:*

1. Одним из важных направлений самостоятельной работы студентов при изучении дисциплины **«Спецпрактикум по психодиагностическим методам оценки аномалий поведения и развития в дошкольном возрасте»** является выполнение заданий, предусмотренных для самостоятельного выполнения. Совокупность заданий по каждой теме направлена на дополнение конспекта лекции, уточнение понятий, составление глоссария, схем и т.д. Так, студентам может быть предложено выписать значение терминов, составить таблицу, отражающую различные мнения по тому или иному вопросу диагностики и т.д. Конкретный состав заданий определяется количеством аудиторных часов и часов для самостоятельной работы, предусмотренных для изучения темы. Общим для всех заданий является их малый объем и направленность на дополнение изучаемой темы. Выполняются задания, как правило, в лекционных тетрадях.

2. Задания для самостоятельной работы

№ п/п	Наименование темы	Форма (вид) самостоятельной работы
1.	Теоретико-методологические основы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей дошкольного возраста	Анализ печатных и электронных ресурсов для составления глоссария по проблемам диагностики развития детей дошкольного возраста. Составление тезисов по теоретическим и методологическим позициям отечественной и зарубежной практики проведения диагностического обследования.
2.	Основные методы изучения дошкольников с отклонениями в развитии	Подборка 10 методик с указанием авторов-разработчиков или группы авторов-составителей для проведения клинического обследования детей раннего и дошкольного возраста по направлениям: - диагностика восприятия и слуха, внимания и зрительной памяти, речи и мышления, моторики, логических операций. Анализ технологии проведения диагностики, качественных и количественных критериев обработки результатов, показателей развития.
3.	Основные положения психодиагностики детского возраста. Общая технология оценки аномалий поведения и развития в детском возрасте	Составление опорных конспектов. Подборка материалов периодических изданий. Работа над глоссарием. Составление схемы обследования ребенка. Анализ ошибок при диагностике детей (таблица)
4.	Особенности оценки психического развития	Подготовка планов ответа, планов выступления по теме Разработка опорного конспекта темы



	и поведения в детском возрасте	<p>Ответ на контрольный вопрос (письменно)</p> <p>Подборка материала из периодических изданий</p> <p>Работа над глоссарием</p> <p>Анализ методов диагностики и составление описательной характеристики (аннотации) к методикам для детей раннего, младшего и старшего дошкольного, младшего школьного, младшего подросткового возраста</p> <p>Подготовка планов бесед с родителями, подготовка инструментария для диагностики семейных отношений и детско-родительских отношений</p>
5.	Изучение семей дошкольников с ОВЗ	<p>Разработка схемы сбора сведений о родителях и других членах семьи; составление плана изучения детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с нарушениями развития раннего и дошкольного возраста.</p>
6.	Анализ результатов психодиагностики. Психологический диагноз	<p>Подготовка планов ответа, планов выступления по теме</p> <p>Подборка материала из периодических изданий по изучаемым темам</p> <p>Просмотр фильма, работа над глоссарием</p> <p>Составление презентации-отчета о результатах диагностики и обработка результатов психодиагностики и их интерпретация</p>

2. Подготовка к практическому занятию – включает повторение материала лекции, чтение дополнительной литературы, конспектирование материала.

3. Выполнение письменных работ. Данные работы направлены на углубленное изучение отдельных вопросов темы, анализ отдельных аспектов изучаемого явления. Оптимальной формой выполнения задания является составление таблицы или схемы, отражающей специфику диагностики того или иного отклонения в развитии, результаты обследования критерии сравнения, этапы и т.д. (в соответствии с конкретным заданием). Необходимость представить материал кратко способствует его более глубокой проработке, а не простому фиксированию в тетради.

В процессе изучения дисциплины студентам предлагаются следующие письменные работы:

1) Письменная работа по заполнению таблицы, контрольная работа по теме 1 «Теоретико-методологические основы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей дошкольного возраста»;

2) Письменная работа по теме 2 «Основные методы изучения дошкольников с отклонениями в развитии»;

3) Письменная работа по составлению таблицы по теме 3 «Основные положения психологической диагностики детского возраста»;

4) Письменная работа по теме 4 «Особенности оценки психического развития и поведения в дошкольном возрасте». Составление алгоритма подготовки и проведения исследования.

1. Письменная работа по теме 5 «Изучение семей дошкольников с ОВЗ».

2. Письменная работа по теме 6 «Анализ результатов психологической диагностики. Психологический диагноз».

3. При изучении тем 3-5 необходимо работать с диагностическим инструментарием

4. Задания для чтения и конспектирования студенты получают индивидуально.

#### *Рекомендации по написанию плана-конспекта первоисточника*

При написании плана-конспекта рекомендуется первоначально ознакомиться с текстом, выделяя в нем смысловые структурные блоки. Далее, в зависимости от содержания и структуры конкретного текста, необходимо выбрать форму конспекта. Он может быть представлен в виде таблицы, схемы, блок-схемы и т.д. Далее необходимо дать краткое название каждому смысловому блоку, в виде тезиса сформулировать основную мысль. К каждому тезису может

быть дано краткое пояснение. Завершающий этап работы – написание конспекта.