



Система дистанционного обучения

Педкампус

pedcampus.ru

2024

г. Москва

Психолого-педагогическая диагностика детей с речевыми нарушениями

Курс лекций



Московская академия
профессиональных
компетенций

Тема 1 «Речь как высшая психическая функция и её оценка»

Высшие психические функции – это сложные системные психические процессы (сознательные формы психической деятельности), формирующиеся в процессе развития человека под влиянием общества, связанные с употреблением знаков, обеспечивающие пластичность и адаптивность поведения. Основное место в системе высших психических функций занимает речь. Она является основным механизмом мышления. Вне речи невозможно формирование личности. Кроме того, речь способствует переходу в эту категорию других психических функций. Впервые специфику речи как высшей психической функции определил Л.С. Выготский. По его мнению, речь, чтение, письмо, счет, рисование входят в систему внешних высших психических функций наравне со всеми другими высшими психическими процессами. Практический интеллект, восприятие, память относятся к их внутренней «линии», представляя собой следствия культурно-исторического развития.

Нарушения речевого развития протекают по общим законам. Согласно Л.С. Выготскому, они заключаются в том, что при распаде высших психических функций в первую очередь уничтожается связь символических и натуральных функций. Это приводит к тому, что ряд натуральных процессов отщепляется, и они начинают действовать по примитивным законам как более или менее самостоятельные психологические структуры. Можно сказать, что распады высших психических функций представляют собой процессы, с качественной стороны обратные их построению. Так, например, при афазии наблюдаются не только выпадения отдельных знаковых операций, но общие и глубочайшие нарушения всех высших психических систем.

Элементарные психические функции возникли в филогенезе как продукт биологической эволюции, а высшие, специфически человеческие функции являются результатом исторического развития поведения. Для элементарных психических функций характерны непосредственные реакции на внешние и внутренние воздействия. Высшие психические функции отличаются опосредованностью реакций употреблением стимулов-средств (знаков). Их специфика заключается в осуществлении организованного приспособления к ситуации с предварительным овладением собственным поведением.

В процессе индивидуального развития (в онтогенезе) формируется не

3

только внешняя, но и внутренняя речь. Такая «речь про себя» является средством мышления и способом внутреннего программирования. Важным этапом психического развития является возникновение у ребенка эгоцентрической речи, обращенной к самому себе, регулирующей и контролирующей его практическую деятельность, а затем и деятельность взрослого. Она является как бы переходной от внешней речи к внутренней. Вначале только комментируя свое поведение, ребенок постепенно переходит к планированию своего поведения с помощью речи.

Впервые эгоцентрическую речь выделил Ж. Пиаже. До него в теориях Д.Брунера, Н. Хомского и других учёных схема развития внутренней речи представлялась следующим образом: внешняя речь → шепотная речь → внутренняя речь (рис. 1.1).

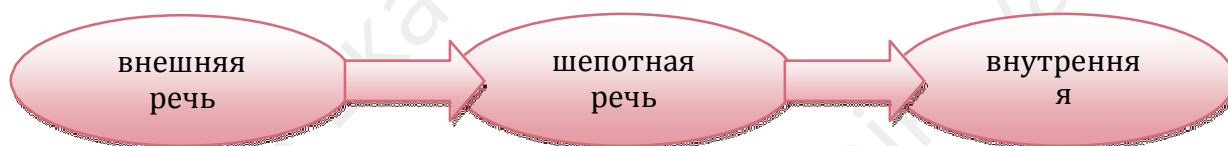


Рис. 1.1. Схема развития внутренней речи (Д. Брунер, Н.Хомский)

Схема Ж. Пиаже намечает иную генетическую последовательность (рис.1.2).

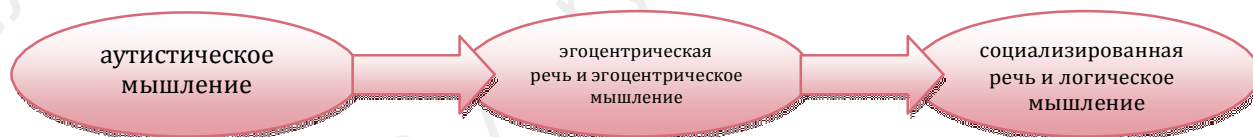


Рис. 1.2. Генетическая последовательность по Ж. Пиаже

Согласно учению Ж. Пиаже об эгоцентрической речи, речь ребенка раннего возраста по большей своей части эгоцентрична, так как она не выполняет коммуникативной функции, а только сопровождает деятельность и переживания ребенка. Следовательно, эгоцентрическая речь не выполняет никакой объективно полезной функции в поведении ребенка, а значит, для нее характерен симптом слабости, незрелости детского мышления, что приводит к постепенному отмиранию, свертыванию и исчезновению эгоцентрической речи на пороге школьного возраста.

Данным точкам зрения противопоставляется точка зрения Л.С.Выготского (рис. 1.3).

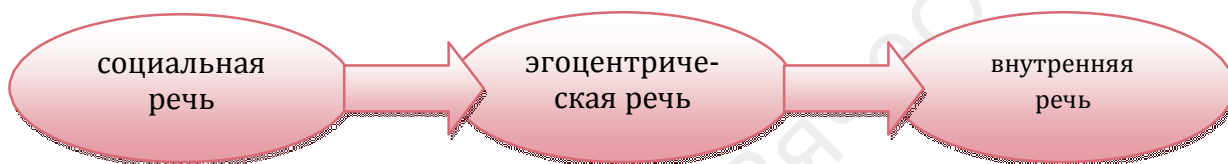


Рис. 1.3. Схема развития внутренней речи по Л. С. Выготскому

По мнению Л.С. Выготского, первоначально речь выполняет функцию сообщения, социальной связи и потому является чисто социальной. По мере развития ребенка многофункциональная социальная речь ребенка развивается по принципу дифференциации отдельных функций и на определенном этапе развития резко дифференцируется на эгоцентрическую и коммуникативную речь. Эгоцентрическая речь, являясь переходной формой между внутренней речью и внешней речью, возникает на основе социальной речи. Она проявляется при возникновении затруднения или нарушения детской деятельности как попытка в словесной форме осмыслить ситуацию, наметить выход и спланировать ближайшее действие. Эгоцентрическая речь ребенка является основой для возникающей внутренней речи, на основе которой функционирует как аутистическое, так и логическое мышление. Можно сказать, что Л.С. Выготский рассмотрел механизмы формирования речи ребенка под влиянием окружающих его взрослых людей, которые дают ему речевое указание. Ребенок взглядом находит нужный предмет и затем выполняет указание. Только овладев речью, ребенок начинает сам давать себе команды, речевые приказы (сначала развернутые, вслух, затем свернутые, «про себя») и подчинять им свое поведение. Функция, ранее разделенная между ребенком и взрослым, становится способом организации высших форм психической деятельности индивида, в чем и состоит концепция развития высших психических функций, созданная Л.С. Выготским. С возникновением речи высшая нервная деятельность приобретает характер новой, высокоорганизованной системы.

Речь не только делает более совершенным поведение человека, но и является основой специфически человеческого высшего вида мышления, который возникает в процессе усвоения заимствуемых у социума средств, путем интериоризации превращающихся в умственные действия. Интериоризация (фр. *intériorisation* – переход извне внутрь, от лат. *interior* – внутренний) – формирование внутренних структур человеческой психики посредством усвоения внешней социальной деятельности, присвоения жизненного опыта, становления психических функций и развития в целом. Любое сложное действие, прежде чем стать достоянием разума, должно быть реализовано вовне. Благодаря интериоризации человек может говорить «про себя» и думать, не

5

мешая окружающим. Термин «интериоризация» ввёл французский социолог и философ, основатель французской социологической школы и структурнофункционального анализа, один из создателей социологии как самостоятельной науки Д.Э. Дюркгейм. В последующем процесс интериоризации был изучен П.Я. Гальпериным и лёг в основу теории поэтапного формирования умственного действия.

Рассматривая вопрос о соотношении мысли и слова, Л.С. Выготский выделил общую для мышления и речи единицу, «в которой содержатся свойства, присущие речевому мышлению как целому» [Выготский Л.С., 1996, с.16]. Такой единицей является значение слова, которое в работах Л.С. Выготского определяется как путь от мысли к слову, как «внутренняя структура знаковой операции», единство общения и обобщения, коммуникации и мышления. С точки зрения таких учёных, как Л.С.Выготский, А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, мысль никогда не равна прямому значению слова. Слово является внешним опосредователем мысли, тогда как внутренне мысль опосредуется значениями на пути к словесному выражению. По мнению Л.С. Выготского, значение слова выступает, с одной стороны, как феномен словесной мысли, так как является обобщением или понятием, а всякое обобщение, всякое образование понятия – это мыслительный акт. С другой стороны, значение слова выступает как феномен осмысленного слова, являясь его неотъемлемой частью, так как слово без значения является лишь пустым звуком. Значение слова включает как наглядно-образные, так и абстрактные и обобщенные компоненты. Это позволяет человеку выбирать один из возможных вариантов значения – конкретных (в отрыве от фразы, текста) или обобщенных.

Речь является чувственным носителем объективного значения. Функция обобщения, присущая значению, является важной, поскольку благодаря ей человек овладевает обобщенным человеческим опытом. Важное место занимает значение и в психической жизни человека, так как оно опосредует отражение человеком мира, в значении открывается ему вся действительность, оно не зависит от индивидуального личного отношения человека к действительности, значения слов постоянны и одинаковы для всех людей, говорящих на данном языке. Так, с развитием значения слова в онтогенезе меняется смысловое и системное строение сознания: от аффективного на ранних этапах развития ребенка к наглядно-действенному на следующем этапе и к отвлеченному вербально-логическому на завершающем этапе. Для того чтобы «внешнее» слово стало для человека значимой единицей его лексикона, в индивидуальном сознании должен быть сформирован некоторый содержательный коррелят того, что соотносится с данным словом у других носителей того же языка.

Согласно Л.С. Выготскому, слово обладает не только значением, но и смыслом. Значение передает в индивидуальном сознании образ мира, смысл – переживание личностью своего отношения к этому миру в связи с целями,

которые он преследует, и задачами, которые ставит перед собой. Смысл поступка человека определяется только через понимание его ценностей и мотивов. Такая точка зрения позволяет раскрыть связь в формировании речи и личности ребёнка. «Не случайно, – писал Л.С. Выготский, – аффективные функции обнаруживают непосредственную связь как с наиболее древними подкорковыми центрами, так и с самыми новыми специфически человеческими областями мозга (лобными долями), развивающимися позднее всех. В этом факте находит анатомическое выражение то обстоятельство, что аффект есть альфа и омега, начальное и конечное звено, пролог и эпилог всего психического развития» [Выготский Л.С., 1982, с. 296-297].

Системными представлял Л.С. Выготский и внутриспсихические отношения – в виде различных форм межфункциональных связей (например, связей между мышлением и памятью, мышлением и речью). В построении этих систем главная роль была придана первоначально знаку, а затем – значению как «клеточке», из которой разрастается ткань человеческой психики в отличие от психики животных.

Л.С. Выготский предложил гипотезу о локализации психических функций как структурных единиц деятельности головного мозга. Согласно его представлениям, каждая из высших психических функций связана с работой не одного «мозгового центра» и не всего мозга как однородного целого, а является результатом системной деятельности мозга, в которой различные мозговые структуры принимают дифференцированное участие. Современные представления о локализации психических процессов строятся на принципе динамической локализации функций, который был первоначально сформулирован И.П. Павловым и развит А.Р. Лурия. Этот принцип учитывает структурно-функциональную организацию мозга. При этом мозг рассматривается как центральный конец сложной системы анализаторов. Часть элементов функциональной системы жестко «привязана» к определенным мозговым структурам, другие способны заменять друг друга, что и лежит в основе механизма перестройки функциональной системы в целом, обеспечивая ее высокую пластичность.

Обобщая данные исследований, посвящённых речи как высшей психической функции, можно сказать, что она является одной из основных форм психической деятельности. Занимая ведущее место в их системе, речь перестраивает внимание, память, мышление, эмоции и другие функции, придает им большую пластичность, способствует более тонкому проявлению. Наиболее значимы те ее особенности, которые отражают структуру интегральных психических характеристик – личности, интеллекта и деятельности. Социальная по своему становлению и системная по строению, речь:

- организует, связывает и перестраивает все высшие психические функции;

- играет определяющую роль в развитии человека и формируется на основе восприятия окружающего предметного мира;
- служит средством общения или средством регуляции и контроля собственной деятельности;
- является орудием познания ребенком окружающего предметного мира;
- обуславливает возможность перехода от внешних действий к внутренним, а внутренних действий в мыслительные операции, благодаря чему мышление становится общественно-обусловленным процессом;
- преобразует структуру наглядно-действенного и нагляднообразного мышления.

В свою очередь, язык и речь развиваются в рамках общего психического развития ребенка. Последовательность и время начала использования ребенком языковых единиц тесно взаимосвязано с общим ходом психического развития ребенка. Овладение элементами языка становится возможным только в связи с познанием тех предметов и явлений, их свойств и отношений, которые обозначаются словами на основе все возрастающей потребности ребенка в познании и общении. Одной из существенных закономерностей развития речи является постепенное усложнение семантики языковых единиц в речи ребенка. В свою очередь, усвоение семантики языка, дифференциация языковых значений осуществляется ребенком по мере развития его мышления. Влияние мышления на речевое развитие проявляется как на уровне семантики, так и на формальноязыковом уровне. Внутри одного и того же языкового значения языковые формы усваиваются последовательно, с учетом их формальноязыковой сложности. Процесс овладения речью детерминирован также возрастающими возможностями обработки речевой информации, объемом восприятия, внимания, памяти. Понимание речи также связано с формированием предметных образов, которые являются основой сенсорного развития.

Любой дефект представляет собой сложный симптомокомплекс, основу которого составляет первичный симптом, вытекающий из биологически обусловленного дефекта. Вторичными проявлениями являются психологические новообразования, обусловленные наличием этого симптома. Психологические и биологические проявления расстройства не могут существовать изолированно друг от друга. Через переживания личность страдающего человека включается в процесс выздоровления. Конкретным механизмом этого включения является внутренняя картина дефекта. Под структурой речевого дефекта понимается совокупность (состав) речевых и неречевых симптомов данного нарушения речи и характер их связей. Первичное, ведущее нарушение (ядро) и вторичные дефекты находятся в причинно-следственных отношениях, составляя сложную систему.

8

Различная структура речевого дефекта во многом определяет специфику целенаправленного коррекционного воздействия.

Такой взгляд на речевую систему позволяет говорить о необходимости её комплексного изучения как при нормальном, так и при нарушенном развитии. В структуру методика изучения речи должны входить как специальные педагогические (логопедические), так и лингвистические, психологические, клинические методы оценки.

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

Тема 2 «Особенности дизонтогенетического развития детей с речевыми расстройствами»

Понятие «дизонтогенеза», или «дизонтогении», было впервые введено в обиход клиницистами. Детские психиатры, говоря о неправомерности отождествления психических заболеваний детского и взрослого возраста, стали все больше значения придавать роли возраста, а также симптомам, обусловленным аномальным развитием в условиях болезни. Под дизонтогенезом принято понимать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости. В дефектологическом словаре под ред. Б.П. Пузанова дизонтогенетическое развитие определяется как отклонения от нормального физического и психического развития в детском возрасте.

Одним из основных компонентов постнатального дизонтогенеза является психический дизонтогенез, который В.В. Ковалев определяет как нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга. Психический дизонтогенез может быть обусловлен как патогенными биологическими факторами (генетическими, экзогенно-органическими и др.), неблагоприятными микросоциально-психологическими средовыми воздействиями или их сочетанием (рис. 2.1).

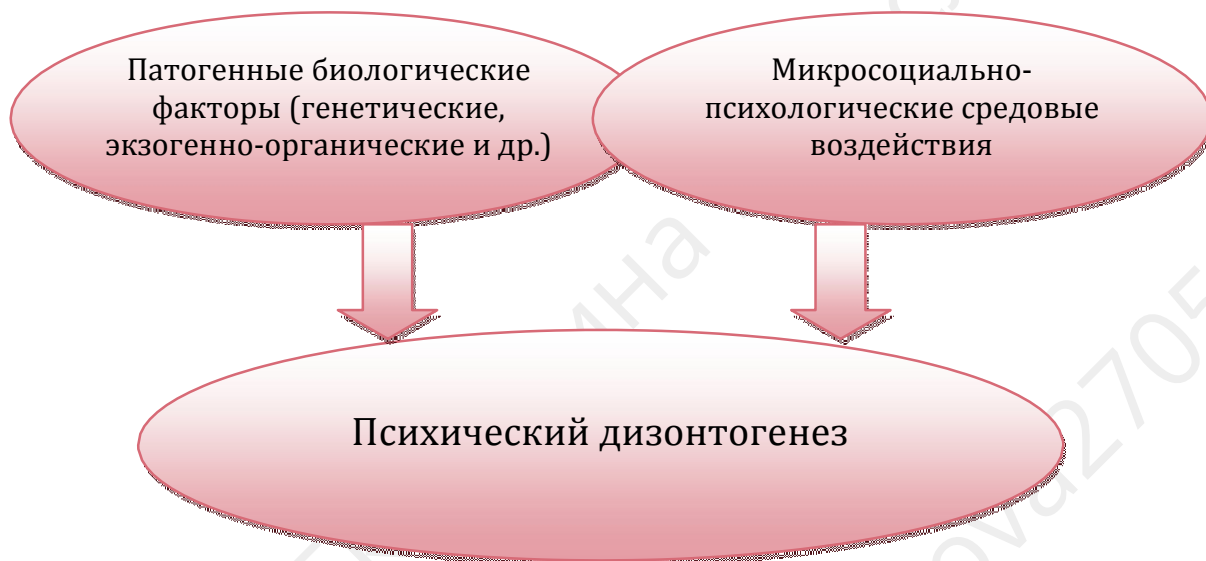


Рис. 2.1. Факторы психического дизонтогенеза

Принято выделять такие клинические типы психического дизонтогенеза, как ретардация, асинхрония и регрессивный. Под ретардацией понимают запаздывание или приостановку психического развития. Ретардация может быть общей (тотальной) и частной (парциальной). В первом случае говорят о запаздывании или приостановке всего психического и личностного развития в целом. В последнем – о запаздывании или приостановке развития отдельных психических функций, компонентов психики, отдельных свойств личности (или психомоторики, или речи, или произвольных форм регуляции и т. п.). Асинхрония определяется как искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие. Она характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом. Регрессивный тип психического дизонтогенеза связан с механизмами высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования. Сущность данного типа составляет временный возврат к незрелым формам нервнопсихического реагирования (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Клинические виды психического дизонтогенеза

Дизонтогенетический подход предъявляет особые требования к методам исследования нарушений речи. Количественное шкалирование уровня психического развития с помощью тестов в большинстве случаев дает преимущественно негативную оценку отклонений развития, не отражая внутренней структуры соотношения дефекта с сохранным фондом развития, и поэтому недостаточно информативно в плане прогноза и психолого-педагогических воздействий. В связи с этим специфической задачей психолого-педагогической диагностики является определение качественного характера нарушения психического развития ребенка.

В специальной психологии (являющейся составной частью и теоретической основой дефектологии, специальной педагогики) большое внимание уделяется изучению закономерностей психического развития детей с ограниченными возможностями здоровья. Большой вклад в изучение аномалий развития, выявление закономерностей психического развития детей со стойким психофизическим дефектом внес Л.С. Выготский, который обосновал положение о том, что развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья подчиняется тем же основным закономерностям, которые характерны для психического развития всех детей. Он также выделил специфические закономерности психического развития, характерные для детей с ограниченными возможностями здоровья. Л.С.Выготским была выдвинута идея о сложной структуре аномального

развития ребенка. Согласно этой идее нарушение психического развития детей ограниченными возможностями здоровья носит системный характер, т. е. наличие психического или физического дефекта приводит к целому ряду отклонений, в результате чего возникает сложная целостная картина атипичного развития. В сложной структуре дефекта Л.С. Выготский выделял первичный (биологически обусловленный) и вторичный дефект, возникающий опосредованно в процессе аномального социального развития.

Л.С. Выготский первым обосновал необходимость структурнодинамического изучения аномального развития психики, необходимость анализа патопсихологических механизмов психического дизонтогенеза. Он считал, что психологическое изучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья обязательно должно проходить путь от изучения отдельных симптомов дизонтогенеза к изучению его синдромов и далее – к типу дизонтогенеза. Только такой подход позволит осуществлять дифференцированную диагностику и дифференцированную коррекцию нарушений развития (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Психологическое изучение ребёнка с ограниченными возможностями здоровья

Основываясь на этих взглядах Л.С. Выготского, В.В. Лебединский выделил четыре патопсихологических параметра, определяющих характер психического дизонтогенеза. По его мнению, то, как именно будет нарушаться психическое развитие в каждом конкретном случае, зависит от следующих факторов: функциональной локализации нарушения, времени поражения, соотношения первичного и вторичного дефектов и характера нарушения межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза (рис. 2.4).

Первый параметр связан с функциональной локализацией нарушения. Так как мозговая организация психических функций имеет сложное системное строение, то нарушения различных структур мозга будут иметь разные последствия. В связи с этим выделяют общий и частный дефект.

Общий дефект связан с нарушением регуляторных систем как корковых, так и подкорковых. Нарушения подкорковых регуляторных систем (в первую очередь ретикулярной формации, базальных подкорковых ядер) приводят к снижению уровня бодрствования, нарушениям психической активности,

13

патологии влечений, элементарным эмоциональным расстройствам.

При нарушениях корковых регуляторных систем (дисфункции деятельности лобных долей мозга, например) отмечается недостаточность целенаправленности, программирования, контроля, обуславливающая дефекты интеллектуальной деятельности и нарушения более сложных, специфически человеческих эмоциональных образований (высших чувств).



Рис. 2.4. Психопатологические параметры, определяющие характер психического дизонтогенеза

Частный дефект связан с нарушением деятельности различных анализаторов (в первую очередь их корковых отделов). Частный дефект приводит к дефицитности отдельных функций гнозиса, праксиса, речи.

Имеется определенная иерархия общих и частных нарушений. Общий дефект, связанный с нарушением регуляторных функций, влияет в той или иной степени на все стороны психического развития. Нарушения частных функций более парциальны и нередко могут компенсироваться за счет сохранных регуляторных и других частных систем.

Второй параметр психического дизонтогенеза связан с временем поражения. Характер аномалии развития будет различным в зависимости от того, когда возникло повреждение нервной системы. Еще Л.С. Выготский указывал, что чем раньше произошло поражение нервной системы, тем

14

вероятнее явление недоразвития психики. Чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психических функций.

Такая закономерность определяется не столько хронологическим моментом, сколько длительностью периода развития той или иной функции. Повреждаются чаще функциональные системы с относительно коротким временным циклом развития (функции, имеющие подкорковую локализацию, формирование которых в онтогенезе завершается относительно рано). Коровые же функции, имеющие более длительный период развития, при раннем воздействии вредности чаще либо стойко недоразвиваются, либо задерживаются в своем развитии.

Вероятность поражения той или иной функции связана также с наличием сенситивных периодов в их развитии. Как известно, сенситивные периоды характеризуются наибольшей интенсивностью развития функции. Однако в силу непрочности, неустойчивости формирующейся функции они являются и наиболее уязвимыми по отношению к различным вредностям. Поэтому, если время поражения нервной системы приходится на период, сенситивный для развития какой-либо функции, то именно эта функция в первую очередь и подвергается опасности недоразвития или повреждения.

В психическом развитии ребенка выделяются периоды, в которых большинство психофизических систем находятся в сенситивном состоянии, и периоды, для которых характерна достаточная устойчивость психических функций. Основными сенситивными периодами детства являются, как известно, возрасты от рождения до 3 лет и от 11 до 15 лет. Именно в эти периоды наиболее интенсивно развиваются все стороны психики и личности ребенка. Поэтому именно в эти периоды наиболее велика вероятность психических нарушений.

Период от 4 до 11 лет является наиболее устойчивым по отношению к различным вредностям.

Третий параметр психического дизонтогенеза характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом. Как уже указывалось ранее, Л.С. Выготский в сложной структуре дефекта, характеризующего нарушения психического развития, выделял первичные (вытекающие непосредственно из биологического характера болезни) и вторичные симптомы. Последние возникают опосредованно, в процессе аномального социального развития. Именно вторичные нарушения, имеющие социальную природу, по мнению Л.С. Выготского, должны становиться объектом психологопедагогического изучения и коррекции.

В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными нарушениями. На первых порах основным препятствием к развитию, обучению и воспитанию является биологически обусловленный

первичный дефект. Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения. Может наблюдаться и сочетание этих нарушений. Например, при олигофрении может иметь место недоразвитие корковых систем и повреждение подкорковых.

Механизмы возникновения вторичных нарушений могут быть различными. Вторично недоразвиваются те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной (недоразвитие устной речи при повреждении деятельности слухового анализатора, например). В этом случае говорят о специфическом недоразвитии. Специфичность недоразвития уменьшается по мере удаления основного дефекта. Чем сложнее и опосредованнее психический процесс, тем больше различных факторов может привести к сходному результату вторичных нарушений. Например, при различных первичных сенсорных, моторных, эмоциональных или речевых расстройствах, наряду со специфическими вторичными дефектами, как правило, возникает задержка психического развития.

Направление вторичного недоразвития, по выражению А.С. Выготского, может быть «снизу вверх» или «сверху вниз». Основным является направление «снизу вверх», когда нарушение более элементарных функций ведет к недоразвитию более сложных. Однако возможен и противоположный вариант: дефект высших функций служит причиной того, что не происходит перестройка базальных функций, «подтягивание» их на более высокий уровень функционирования, как это случается при нормальном варианте развития. Тогда и говорят о дефекте «сверху вниз». Например, при олигофрении именно недоразвитие мышления является причиной того, что потенциально более сохранные гнозис и праксис не достигают оптимального уровня развития.

Важным фактором возникновения вторичных нарушений служит социальная депривация. Дефект, препятствуя нормальному общению, тормозит приобретение знаний и умений и приводит к вторичной микросоциальной и педагогической запущенности, а также к нарушению развития личностной сферы. Если вовремя не предприняты меры по психолого-педагогической коррекции этих социальных «наслоений», то в дальнейшем картина нарушения помимо запущенности усугубляется возникновением негативного отношения личности к процессу обучения и воспитания вообще. Такое негативное отношение к школе, к педагогам в свою очередь является одним из ведущих факторов в формировании нарушения поведения у подростков.

Таким образом, если на первых порах препятствием к обучению и воспитанию ребенка является первичный дефект, то в дальнейшем именно вторичные нарушения психического и личностного развития начинают определять более широкий круг психологических возрастных проблем и препятствовать адекватной социальной адаптации. Поэтому ранняя психолого-педагогическая диагностика и коррекция дефекта во многом улучшает прогноз

формирования личности и социальной компенсации детей с нарушениями психических функций.

Четвертый параметр дизонтогенеза связан с нарушением межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

Современные представления о системном характере психики позволяют говорить о том, что в процессе психического развития возникновение новых качеств является результатом перестройки внутрисистемных отношений. В нормальном онтогенезе выделяют несколько типов межфункциональных отношений. К ним относятся: явления временной независимости функций, ассоциативные и иерархические связи. Первые два типа характерны для ранних этапов онтогенеза, а иерархические связи, являющиеся наиболее сложными, формируются в процессе усложняющейся предметной деятельности и общения. В норме эти типы связей отражают уровни функциональной организации психических процессов.

При патологии отмечается нарушение межфункциональных связей, приводящее к нарушению общего хода психического развития.

Временная независимость превращается в изоляцию. Изолированные функции, лишённые воздействия со стороны других психических функций, стереотипизируются, «заключиваются» в своем развитии. Так, например, при некоторых формах олигофрении может встречаться хорошая механическая память и речь. Однако из-за нарушения мышления эти функции выступают изолированно, не приобретают характера осмысленных и опосредованных, поэтому остаются на более низком уровне реализации.

Ассоциативные связи при нарушениях деятельности ЦНС могут стать инертными, вследствие чего возникает их патологическая фиксация, трудности усложнения, перехода к иерархическим связям. В познавательной сфере патологическая фиксация проявляется в виде различных инертных стереотипов, в личностной сфере чаще встречаются аффективные фиксации. Например, в норме страхи являются наиболее типичными аффективными проявлениями в возрасте 3–10 лет. При патологии страхи, фиксируясь, распространяются и на более поздние возрастные периоды и тормозят психическое развитие. Патологическая фиксация приводит и к нарушению своевременной инволюции более ранних форм психической деятельности, также замедляя этим психическое развитие.

В большей степени при патологии страдает развитие сложных иерархических связей. Эти связи оказываются недоразвитыми, нестойкими, при малейших затруднениях отмечается их регресс. Например, у детей с задержкой психического развития, уже освоивших устный счет, при любом затруднении отмечается возврат к счету на пальцах. Такие явления встречаются и у здоровых людей при слишком сложном задании или при переутомлении, однако они носят временный характер. В случаях, когда регресс обусловлен нарушением психических функций, они носят стойкий характер и требуют специальной коррекции. Механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушение инволюции ряда психических функций,

временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании асинхронии психического развития.

В.В. Лебединский, положив в основу классификации вариантов психического дизонтогенеза своеобразные сочетания его патопсихологических параметров, дополнил имеющуюся клиническую классификацию. Он включил в нее варианты, которые были в лучшей степени изучены в дефектологических исследованиях дизонтогенеза, обусловленного, как правило, уже завершенным болезненным процессом (связанного с резидуальными органическими поражениями ЦНС, дефектами анализаторных систем).

В.В. Лебединский выделяет следующие варианты психического дизонтогенеза: I – недоразвитие; II – задержанное развитие; III – поврежденное развитие; IV – дефицитарное развитие; V – искаженное развитие; VI – дисгармоничное развитие (рис. 2.5).



Рис. 2.5. Варианты психического дизонтогенеза

Приведенная классификация не находится в противоречии с клинической классификацией типов дизонтогенеза. Она детализирует и дополняет ее. При этом варианты психического дизонтогенеза могут быть сгруппированы на основе выделения главного качества нарушения развития. Можно выделить группу аномалий, обусловленных отставанием развития (ретардация): недоразвитие,

задержанное развитие. В группу аномалий, в которых ведущим признаком является диспропорциональность (асинхрония) развития, входят искаженное и дисгармоничное развитие. Поврежденное и дефицитарное развитие объединяет то, что они вызываются поломкой отдельных функций.

В.В. Лебединским описаны клинические проявления, являющиеся основными моделями различных вариантов психического дизонтогенеза.

Типичным примером стойкого недоразвития является олигофрения. Для этого типа дизонтогенеза характерно раннее время поражения нервной системы, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития.

Задержанное психическое развитие характеризуется замедлением темпа формирования познавательной и личностной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. При различных вариантах задержанного развития (задержках конституционального генеза, соматогенных, психогенных задержках и задержках церебрально-органического генеза) соотношение нарушения темпов развития познавательной и личностной сфер может быть различным.

Поврежденное развитие имеет сходную с недоразвитием и задержанным развитием (в первую очередь, с ЗПР церебральноорганического генеза) этиологию: наследственные заболевания, органические поражения ЦНС. Основное отличие заключается в более позднем времени патологического воздействия на мозг (после 2–3 лет), когда большая часть мозговых систем уже сформировалась. Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция.

Дефицитарное развитие представляет собой особый вид дизонтогенеза, связанный не с психическими заболеваниями, а с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторных систем (зрения, слуха) и речи.

Искаженное развитие характеризуется сложными сочетаниями общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что приводит к формированию ряда качественно новых, не свойственных нормальному онтогенезу патологических образований. Как правило, в основе этого типа дизонтогенеза лежит текущий болезненный процесс. Наиболее характерной моделью искаженного развития является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма.

Основой дисгармонического развития является врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, а также патохарактерологические формирования личности в результате неправильного воспитания.

Таким образом, логопед или педагог-психолог, осуществляющий свою деятельность с позиций патопсихологического подхода, при анализе нарушений психической деятельности детей должен учитывать как структурно-динамические особенности нарушения, так и дизонтогенетические параметры, лежащие в его основе.

Тема 3 «Психодиагностика: принципы, задачи, методологические требования к средствам психолого-педагогического исследования. Этика психодиагностического обследования»

Сущность понятия «психологическая диагностика» раскрывается в общей теории диагностирования, которая базируется на подходах, разработанных в философии, медицине, психологии, логике.

Термин «диагностика» образован от греческих корней *dia* (между, врозь, после) и *gnosis* (знание) и буквально истолковывается как «различительное познание». Термин «диагностика» в настоящее время активно используется не только в психологии и педагогике, но и в медицине, технике и других областях науки и практики.

Философия рассматривает диагностику как специфический вид познания, который отличается от других видов познания, хотя и связан с ними. К.Е. Тарасов, Е.И. Воробьева, В.И. Целищев рассматривают диагностику как форму познания, имеющую свою область применения, позволяющую накопить фактический материал для научных обобщений. Диагностирование направлено на определение уже известной науке сущности явления, которая характеризует внутреннее состояние, структуру и функции объекта путем многостороннего его обследования и узнавания характерных признаков с применением как общедиагностических, так и частных для данного диагноза методов и средств.

Описание процесса диагностирования, выделение его этапов у разных авторов различно. Тем не менее сохраняются общие походы и закономерности, выработанные в общей теории диагностирования, которые определяют структуру процесса диагностики.

Первый этап заключается в выявлении и узнавании присущих данному объекту диагностических признаков и их идентификации с явлением его сущности. Сущность узнавания сводится к отражению внешнего образа предмета, явления, процесса, его признаков, отношений, связей. Существуют два его основных направления: непосредственное (в основном вещественное) и опосредованное (с преобладанием языковознаковой формы).

Второй этап включает в себя постановку заключительного диагноза, под которым в философии принято понимать заключение о принадлежности сущности, выраженной в единичном, к определенному, установленному наукой

классу, виду, ряду предметов.

Третий этап – полученные знания реализуются на практике для выбора соответствующих средств воздействия и превращаются в действия по управлению системой, объектом и контролем над их состоянием. На этой же стадии осуществляется прогнозирование, моделирование возможного будущего диагностируемой системы.

Теоретическое овладение сущностью объекта является предпосылкой и условием более глубокого его практического освоения, а диагноз, в свою очередь, – особым познавательным процессом, который характеризуется как гносеологическая операция соотнесения теоретического уровня знания со свойствами конкретного объекта в целях осуществления практической деятельности особого рода – контроля и управления диагностируемой системой.

В связи с этим необходимо отметить, что практика является для диагностики основой, целью, источником, средством распознавания и критерием его истинности. Диагностическое познание не является самоцелью, а служит конкретным практическим задачам. Полученное в результате диагностического процесса знание используется для предупреждения отклонений объекта от нормального состояния, а также для обеспечения развития объекта диагноза или его преобразования.

Рассмотрев основные положения общей теории диагностирования, следует обратиться к психологической диагностике как разновидности диагностики.

Психодиагностика – это не только направление практической психологии, но и теоретическая дисциплина, которой присуща узкая, прикладная направленность, обусловленная необходимостью уметь распознавать и квалифицировать те или иные психические явления. Специфически распознавательная ее функция отражена в существующих определениях этой науки.

Б.Г. Ананьев рассматривает психодиагностику как направление психических исследований, цель которых – «определение уровней развития психофизиологических функций, процессов и свойств личности, образующих сложные синдромы поведения, распознавание состояний человека при действии различных стимуляторов, стрессоров, фрустраторов и сложных ситуаций..., определение потенциалов человеческого развития (работоспособности, одаренности и т.д.)».

К.К. Платонов считает психодиагностику наукой об определении свойств и особенностей психических явлений.

По мнению К.М. Гуревича, психодиагностика – «это наука о методах классификации и ранжирования людей по психологическим и психофизиологическим признакам».

Краткий психологический словарь трактует психодиагностику как область психологической науки, разрабатывающую методы выявления и измерения

индивидуально-психологических особенностей личности.

В.В. Столин и А.Г. Шмелев рассматривают психодиагностику как науку о постановке *психологического диагноза*. Диагноз при этом представляет собой заключение о состоянии и свойствах испытуемого на основании комплексного анализа отдельных показателей и характеристик. Тем не менее психодиагностическое исследование существенно отличается от экспериментального тем, что задача первого – получение знаний о конкретном носителе психического (конкретном индивиде или группе индивидов), тогда как задача второго – проверка теоретической гипотезы во взаимосвязи наблюдаемых явлений и переменных. В силу этого психодиагностика подчиняется особым методическим принципам, содержит особые методические схемы, отличные от эксперимента.

В исследованиях Н.И. Шевандрина психодиагностика определяется как раздел психологии, изучающий принципы и средства построения и применения диагностических процедур с целью определения значений некоторых психологических феноменов, позволяющих установить психологический диагноз.

Наиболее общим определением психодиагностики является определение А.Ф. Бурлачук: психодиагностика – это область психологической науки, разрабатывающая теорию, принципы и инструменты оценки и измерения индивидуально-психологических особенностей личности.

В настоящее время психодиагностика рассматривается как научная дисциплина и как практическая деятельность: психодиагностика служит своеобразным мостом между наукой и практикой: наукой об индивидуальных психологических измерениях и практикой постановки психологического диагноза.

Цель научно-исследовательской диагностики – накопление любых психологических данных, сбор результатов для целей исследования, установление определённых закономерностей психического развития. Исходя из этого, психодиагностика понимается как специальная область психологии, разрабатывающая методы и различные психодиагностические средства выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности.

Научно-практическая диагностика – это специфическая сфера деятельности психолога, связанная с практической постановкой психологического диагноза или принятием квалифицированного решения о наличии психологического состояния в целом или же о каком-либо отдельном психологическом свойстве отдельного клиента, группы или организации. Она ориентируется на различные задачи общественной практики, в том числе на задачу психического развития и укрепления психологического здоровья детей дошкольного и школьного возраста.

Главная задача научно-практической психодиагностики – разработка

рекомендаций по развитию тех или иных способностей ребёнка, преодолению трудностей и нарушений в развитии. Для решения этой задачи исследователю необходимо получить информацию об индивидуально-психических особенностях детей, которая была бы полезна им самим и тем, кто с ними работает: учителям, воспитателям, родителям; ответить «на вопросы, вызвавшие исследование, и на дальнейшие, которые из него вытекают» [Шванцара Й., 1975, с.65]; выявить причины определённого психологического явления.

Учитывая специфику научно-практической диагностики, некоторые исследователи определяют её как психолого-педагогическую диагностику.

В диагностике необходимо умение выделять психологическую проблему, правильно задать вопрос, получить нужную информацию от воспитателей, родителей, детей, проанализировать эту информацию и сформулировать вывод, имеющий не просто практическую направленность, но направленность на анализ конкретного, единичного случая. Л.С. Выготский предупреждал: «Исследователь должен помнить, что, отправляясь от данных, от признаков, от симптомов, он должен определить и изучить особенности и характер процесса развития, который непосредственно не дан ему, но который в действительности лежит в основе всех наблюдаемых признаков. Таким образом, в диагностике развития задача исследователя заключается не только в установлении известных симптомов и их перечислении или систематизации и не только в группировке явлений по их внешним, сходным чертам, но и исключительно в том, чтобы с помощью мыслительной обработки этих внешних данных проникнуть во внутреннюю сущность процессов развития» [Выготский Л.С., 1982, с. 302–303].

Результатом проведения диагностики является постановка диагноза.

Выделяют следующие виды диагнозов: клинический (нозологический), функциональный и психологический (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Виды диагнозов

Клинический (нозологический) диагноз требует констатации, описания и сведения к той или иной диагностической формуле выявляемых у ребенка симптомов, которые структурируются в определенном синдроме. Основной целью ставит оказание врачебной помощи в виде определенных медикаментознотерапевтических схем.

Функциональный – диагноз индивидуальных особенностей заболевания, болезненных изменений и сохранных свойств личности, реакции личности на болезнь, преморбидного (доболезненного) состояния, социальной адаптации и ее возможностей в условиях болезни (В.В. Ковалев). Клинический и функциональный диагноз неразрывно связаны и отражают единство биологического и социального в диагностике. Если диагноз понимается как прежде всего основа оказания реальной помощи ребенку, то говорят о динамическом соотношении клинического и функционального диагноза, определяемого, с одной стороны, спецификой и выраженностью психических расстройств (клиническая составляющая), с другой – характером и индивидуальным содержанием проблем психического развития и социальной адаптации ребенка (социальнопсихологическая составляющая). В случаях, квалифицируемых как резидуальные состояния (например, психическое недоразвитие), функциональный диагноз является ведущим, так как только на его основе возможна своевременная и полноценная коррекция нарушений развития ребенка.

Психологический диагноз может быть определен как отнесение состояния ребенка к устойчивой совокупности психологических переменных, обуславливающих определенные параметры его деятельности или состояния [Ануфриев А.Ф., 2006].

Значительная часть психологических методик разрабатывалась в соответствии с потребностями клиники. Поэтому наиболее разработанными в современной психодиагностике считаются представления о клинко-психологическом диагнозе, к основным задачам которого относятся:

- 1) описание нарушений поведения, проявляющихся у обследуемого в его жизни, общении, а также обнаруживающихся в процессе исследования;
- 2) выяснение лежащих в основе нарушений поведения психических дисфункций в области мотивации и познавательных процессов;
- 3) определение значения психологических механизмов в генезисе имеющихся нарушений, а именно: обусловлены нарушения ситуационными или личностными факторами; в какой степени расстройства личности детерминированы органическими факторами, а в какой – психологическими [Левицкий А., 1969].

Психологический диагноз (в пер. с греч. – распознавание, определение) представляет собой конечный результат деятельности психолога, направленный на выяснение и описание сущности индивидуально-психологических

особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, вытекающих из задач психодиагностического обследования [Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., 2011]. Психологический диагноз не ограничивается констатацией, а включает предвидение и выработку рекомендаций, исходя из анализа полученных данных.

Психологический диагноз – это структурированное описание комплекса взаимосвязанных психических свойств – способностей, стилевых черт и мотивов личности. Таким образом, психологический диагноз состоит не из одного слова – названия типа личности или болезни (применительно к специальной психологии), а имеет развернутый и комплексный характер (например, у одного ребенка фиксация следующих особенностей: высокого уровня развития креативности – изобретательности и гибкости мышления; высокого уровня «вербального интеллекта» – речевого мышления, сниженного уровня концентрации внимания).

Под структурированностью психологического диагноза понимается приведение разнообразных параметров психического состояния человека в определенную систему: они группируются по степени значимости, по родственности происхождения, по возможным линиям причинного взаимодействия.

А.А. Невский и Л.С. Выготский выделяют три уровня постановки психологического диагноза:

1) симптоматический (или эмпирический) (констатируются определенные особенности или симптомы, на основании которых непосредственно строятся практические выводы);

2) этиологический (учитывает не только симптомы, но и причины, их вызывающие). Это более трудная ступень, где могут быть следующие ошибки, указанные Л.С. Выготским: «Ошибки этиологического диагноза обычно вытекают из двух источников. Во-первых, очень часто этиологический диагноз понимается чрезвычайно упрощенно: указываются самые отдаленные причины или общие и малосодержательные формулы, вроде преобладания биологических или социальных факторов и пр. Во-вторых, источником ошибок служит незнание ряда причин, в частности, ближайших причин, определяющих явление, и указание на отдаленные причины, которые непосредственно не определяют данное явление, а определяют его лишь в конечном счете». Центральную проблему этиологического диагноза Л.С. Выготский видит во вскрытии механизма симптомообразования, т. е. исследователь должен ответить на вопросы о том, как развивался, с помощью которого механизма возник и установлен, как причинно обусловлен тот или иной симптом;

3) типологический (определяет тип личности с учетом места и значения полученных данных в целостной, динамической структуре личности обследуемого). «Процесс развития всегда разворачивается в том или ином плане,

он совершается по тому или иному типу, другими словами, все многообразие индивидуальных ситуаций можно свести к определенному количеству типичных ситуаций...» [Выготский Л.С., 1983].

Данные уровни диагноза нельзя рассматривать изолированно друг от друга, поскольку это разные ступени познания, и выпадение какой-либо ступени ведет к нарушению правильности постановки психологического диагноза. В соответствии с этим выделяются основные критерии, касающиеся общих условий постановки психологического диагноза:

1) он должен раскрывать специфические особенности явления, присущие данному человеку и упорядоченные в соответствии с их значимым удельным весом в психосоматическом состоянии обследуемого;

2) он не должен ограничиваться констатацией наличного, но и включать причинно-следственные отношения возникновения тех или иных симптомов и их прогноз;

3) он должен быть представлен с помощью объясняющих понятий, т. е. описываются не результаты, полученные с помощью конкретных методик с привлечением специальной терминологии, а их психологическая интерпретация.

Психологический диагноз устанавливается на основании полученных путем экспериментального исследования данных о психической деятельности и личностной сфере испытуемого, анализа различных социальных и медицинских сведений о нем, представляющих объективный анамнез его физического и психического развития.

В психологическом диагнозе недопустимо употребление медицинских (нозологических) понятий, таких как «ЗПР», «психопатия» и т. п.

Педагогическая диагностика обеспечивает изучение учебновоспитательного процесса, способствует выявлению предпосылок, условий и результатов педагогического процесса в целях его оптимизации и обоснования его результатов для развития общества. При этом под педагогической диагностической деятельностью понимают процесс, в ходе которого, соблюдая необходимые научные критерии, учитель наблюдает за учащимися и проводит анкетирование, обрабатывает данные наблюдений и опросов и сообщает о полученных данных с целью описать поведение, объяснить его мотивы или предсказать поведение в будущем.

Одной из отличительных особенностей педагогической диагностики является наличие специфического объекта диагностики – педагогического процесса. Педагогическая диагностика учитывает и прогнозирует те изменения педагогического процесса, которые обуславливают те или иные изменения в ученике. И.Ю. Гутник и ее коллеги придерживаются той позиции, что если для психолога педагогический процесс является только условием исследования, то для педагога это объект исследования и, следовательно, можно говорить о том,

что все компоненты педагогического процесса являются объектами педагогической диагностики, а именно: педагог, ученик, содержание, методы, средства и результаты педагогической деятельности [Гутник И.Ю., 2008].

Таким образом, о б ъ е к т о м педагогической диагностики являются все компоненты педагогического процесса: педагог, дети, используемые педагогические средства, действенность форм организационно-педагогического процесса и т. п.

Согласно К. Ингекамп, Л.Н. Давыдова п р е д м е т о м педагогической диагностики являются психолого-педагогические условия, средства и методы, способствующие преобразованию педагогической действительности и выводящие ее на новый уровень функционирования и развития. Рассматривая данный вопрос, необходимо обратиться к различиям психологической и педагогической диагностик.

На основании сравнения теоретических работ по психодиагностике и педагогической диагностике И.Ю. Гутник с соавторами выделяет три существенных параметра, по которым можно разделить психологическую и педагогическую диагностики:

1. Педагогическая диагностика, в отличие от психологической, выполняет служебную функцию внутри системы воспитания и обучения, т. е. если в психологической диагностике личность изучается «сама по себе», то в педагогической – только в педагогическом процессе.

2. Психологическая диагностика занимается в основном изучением достигнутого на данный момент состояния личности. Педагогическая же диагностика учитывает те изменения качеств личности, которые происходят под действием целенаправленного образовательного процесса.

3. Педагогическая диагностика подходит к исследованию объекта не только ради его изучения, но и ради его преобразования. Таким образом, педагог выступает одновременно в роли диагноста и в роли исполнителя его рекомендаций.

По мнению Б.П. Битинаса, к сфере педагогической диагностики следует относить то, что выступает в качестве непосредственной цели обучения и воспитания или в качестве достижения этой цели; изучение же психологических предпосылок реализации педагогических целей целесообразно считать предпосылкой психодиагностики. При таком понимании различие между психологической и педагогической диагностами становится динамичным, что предполагает тесную взаимосвязь данных видов диагностики.

В психодиагностике о б ъ е к т о м изучения является личность в совокупности ее психологических свойств; предмет – измеряемые индивидуально-психологические особенности, свойства личности; результат познания – измеренные особенности, которые могут выступать как показатель достигнутого уровня психического развития данного индивида (в возрастной

психологии); его пригодность (профессиональная психодиагностика) и т.п.

С точки зрения Л.А. Байковой и А.А. Орлова объект педагогической диагностики рассматривается шире: диагностика в педагогике заключается в соотношении:

- цели и результата педагогической диагностики;
- результатов и самой диагностики: ее содержания, используемых педагогических средств, структуры (алгоритм деятельности, иерархии, педагогических действий, организации избранных форм деятельности);
- педагогической диагностики и уровня подготовленности учащихся (исходного уровня обученности, воспитанности, а также степени обучаемости, воспитуемости, возможностей развития этих показателей).

В настоящее время широко распространенным является понятие «психолого-педагогическая диагностика», которое учитывает специфику психологической диагностики в педагогическом процессе.

Психолого-педагогическая диагностика в образовательном учреждении всегда предполагает в конечном счёте выбор наиболее подходящего педагогического воздействия, создание тех или иных психологических условий.

В основе психолого-педагогической диагностики лежит целостное изучение личности ребёнка в её взаимодействии с окружающей средой, утверждал Л.С. Выготский [Выготский Л.С., 1982]. Он предупреждал, что «мы никогда не поймём до конца человеческой личности, если будем рассматривать её статически, как сумму проявлений, поступков и т. п., без единого жизненного плана этой личности, её лейтматрицы, превращающей историю жизни человека из ряда бессвязных и разрозненных эпизодов в связный, единый биографический процесс. Всякое развитие в настоящем базируется на прошлом развитии и имеет перспективу развития в будущем» [Выготский Л.С., 1982, с. 157]. Ту же мысль высказывает С.Л. Рубинштейн, указывая, что будущее формирование человека определяется всем его предшествующим развитием, внутренними предпосылками и условиями.

Таким образом, измерение той или иной личностной характеристики не может осуществляться вне контекста целостного развития ребёнка.

К. Интекамп, Б.П. Битинас, Д.Б. Эльконин и другие считают, что цель диагностической деятельности педагога заключается в выявлении индивидуальных особенностей учащихся и оценке эффективности использования педагогических средств, обусловленных этими особенностями.

Основные задачи психолого-педагогической диагностики:

- 1) контроль динамики психического развития детей и коррекция развития с целью создания оптимальных возможностей и условий развития, установление правильного направления развития детей, обнаруживающих особые

способности; 2) сравнительный анализ развивающего эффекта различных систем воспитания и обучения с целью выработки рекомендаций для его повышения.

Н.К. Голубев, Б.П. Битинас, Н.И. Шевандрин выделяют следующие функции психологической диагностики в педагогической практике:

1) установление обратной связи, позволяющей педагогу управлять процессом формирования личности, контролируя свои действия при помощи таких сведений о педагогическом процессе, которые позволяют ориентироваться на достижение лучшего варианта педагогического решения;

2) оценка результативности педагогической деятельности, основанная на сравнении достигнутых педагогических результатов с критериями и показателями;

3) воспитательно-побуждающая, учитывающая, что при диагностировании педагогу нужно не только получать информацию о учениках, но и включать их в деятельность, в систему сложившихся отношений;

4) коммуникативная (позволяющая обмениваться информацией);

5) конструктивная (на основе диагноза можно проектировать личность воспитанника), основанная на том, что межличностное общение невозможно без понимания партнера;

6) информирования участников педагогического процесса, т. е. сообщение результатов диагностики (если оно целесообразно) всем педагогам, участвующим в формировании личности данного ученика, родителям, учащимся;

7) прогноза (предсказание будущего развития, интеллектуального и личностного роста и т. д.), подразумевающая определение перспективы развития диагностируемого объекта.

Осуществление психолого-педагогической диагностики опирается на два основных подхода: в основе первого лежат принципы диалектического познания и законы диалектики. Согласно второму подходу под принципами понимаются общие требования к педагогической диагностике.

Представителем первого подхода является Л.Н. Давыдова, которая выделяет пять принципов, понимая под ними исходные научные положения, которыми необходимо руководствоваться педагогу при организации психолого-педагогического диагностирования:

1) принцип целостности, согласно которому объект психолого-педагогического диагностирования необходимо рассматривать как целостную систему, состоящую из определенных взаимосвязанных компонентов;

2) принцип главного звена, согласно которому необходимо вычленить главное звено, оказывающее доминирующее влияние на функционирование исследуемого объекта;

3) принцип объективности, согласно которому педагогу необходимо предъявлять высокую требовательность к себе, использовать научный подход к оценке явлений, формулировке заключений;

4) принцип детерминизма, согласно которому необходимо учитывать причинно-следственную обусловленность педагогических явлений, закономерность многообразия связей и взаимосвязей между ними;

5) принцип анализа и синтеза, согласно которому проникновение в сущность объекта психолого-педагогического диагностирования возможно лишь на основе анализа и синтеза: при помощи анализа устанавливается, из каких самостоятельных элементов складывается диагностируемый объект и какими связями и отношениями он характеризуется.

Согласно второму подходу, представителем которого является А. И. Кочетов, выделяются шесть принципов психолого-педагогического диагностирования:

1) принцип целенаправленности диагностики, согласно которому необходимо четкое выделение основных объектов духовного мира детей, которые необходимо изучать;

2) принцип единства воспитания и изучения, согласно которому необходим всесторонний учет результатов изучения учащихся в планировании, организации и методике каждого учителя, а сам процесс воспитания одновременно организуется и как изучение воспитанников;

3) принцип изучения коллектива и личности в их единстве;

4) принцип непрерывности психолого-педагогической диагностики, согласно которому изучение коллектива и личности – постоянный процесс, так как непрерывным является и сам процесс воспитания и развития детей;

5) принцип соответствия диагностики уровню развития науки, согласно которому необходимо применение только таких методов изучения, которые апробированы в науке и дают наиболее точную картину;

6) принцип комплексного характера диагностики, согласно которому необходимо использование системы методов изучения детей, взаимодополняющих и уточняющих представление о каждом ребенке. Совмещение рассмотренных выше подходов позволяет наиболее полно учитывать как принципы гносеологии и законы диалектики, так и специфику именно педагогического диагностирования.

В структуре психолого-педагогической диагностики выделяется ряд этапов (с опорой на предложенный А.С. Выготским алгоритм диагностики):

1) эмпирический, на котором констатируются определенные особенности или симптомы;

2) этиологический (причинный), на котором изучаются причины, вызывающие те или иные особенности;

3) типологический, на котором определяется тот или иной тип развития или тот или иной путь, по которому данное развитие должно пойти;

4) этап диагноза, т. е. выводного знания о сущности;

5) этап прогноза, т. е. умения предсказать на основе всех проделанных до сих пор этапов исследования дальнейший путь развития;

6) этап психолого-педагогического назначения и определения путей коррекции.

Внутри данных этапов определена следующая операциональная наполняемость.

1. Исследование начинается с определения объекта и целей педагогического диагностирования.

2. Осуществляется прохождение первого этапа педагогического диагностирования – эмпирического.

3. Формулируется гипотеза, в которой делается предположение о причине существующих затруднений.

4. Осуществляется выбор диагностического инструментария и его применение в соответствии со сформулированной гипотезой (этиологический этап).

5. Полученные диагностические данные соотносятся с существующими типологиями затруднений.

6. Ставится диагноз – 4 этап педагогического диагностирования и определяется прогноз – 5 этап.

7. Формулируются предположения о возможных вариантах решения данной проблемы и в соответствии с этим осуществляется стадия планирования своих действий, при помощи которых будут определяться пути коррекции – 6 этап педагогического диагностического исследования.

Таким образом, психолого-педагогическая диагностика является специфической разновидностью диагностики, так как:

- имеет специфический объект диагностирования и своеобразный подход к его исследованию;
- является самостоятельным компонентом педагогической деятельности, присутствующим на всех ее этапах;
- характеризуется наличием отличных от других видов диагностики функций и принципов;
- имеет особенную структуру и ряд специфических этапов.

Общие требования к диагностической деятельности

Психолого-педагогическое обследование представляет собой единый комплекс, включающий три достаточно самостоятельных направления, каждое из которых имеет свои специальные задачи: клиническое,

психологическое, педагогическое. Конечной целью обследования является определение педагогических условий и индивидуальных приемов и методов помощи, необходимой ребенку с тем или иным речевым расстройством.

Первым, как правило, осуществляется клиническое обследование, направленное на то, чтобы построить предварительную гипотезу о виде дизонтогенеза по данным клинически подтвержденного анамнеза. Детальный анамнез – важная прогностическая часть клинического обследования, при сборе которого диагност получает множество значимых сведений о семье и врожденных аномалиях развития, о протекании беременности, болезнях и травмах первых лет жизни, об адаптации в детском саду (школе) и многое другое. Обычно клиническое обследование включает:

- обследование терапевта с целью получить сведения о соматическом здоровье ребенка и на основании этих данных определить возможности организации охранительного режима и лечебнопрофилактических мероприятий;
- обследование невропатолога, которое позволяет определить наличие нарушений центральной нервной системы и их характер. В случае выявления органических нарушений мозга помимо коррекционного педагогического воздействия проводится медикаментозная терапия, тогда как при функциональных расстройствах применяется только педагогическое вмешательство;
- обследование невропатолога в случае органических нарушений дополняют объективные данные (ЭЭГ, доплерография, РЭГ), полученные при нейрофизиологическом обследовании;
- при афазии необходимо проведение нейропсихологического обследования, которое позволяет получить сведения о состоянии высших психических функций.

Педагогическое обследование проводит педагог с целью определить уровень овладения ребенком учебными навыками и степень освоения учебного материала в соответствии с программой образовательного учреждения, в котором находится ребенок.

Диагностика педагогического (коррекционного) процесса необходима для оценки динамики развития ребенка и прежде всего тех психических характеристик, на которые направлена коррекция, с тем чтобы достичь наилучшего результата; для организации оптимальных межличностных взаимодействий в диаде «ребенок – педагог» на основе определения индивидуально-типологических особенностей учащегося и учителя и характера складывающихся между ними взаимоотношений на протяжении курса логокоррекции; для анализа результатов педагогического воздействия, оказываемого всеми педагогами, в той или иной степени участвующими в

коррекционном процессе; для консультативной работы с родителями ребенка и для планирования дальнейшей работы на основании этих данных.

Психологическое обследование – ведущий вид обследования, в задачи которого входит получение сведений о личности, уровне умственного развития и поведении ребенка. Результативность психологического обследования и степень обоснованности выводов в значительной мере зависят от адекватности выбранных психодиагностических методик решаемым психолого-педагогическим задачам. Диагностическая деятельность психолога

осуществляется в рамках психологической модели, цель которой – оценка неречевой симптоматики в структуре речевого дефекта и определение коррекционной работы, направленной на обучение субъекта адаптивным формам поведения в условиях дефекта.

Диагностическая деятельность логопеда направлена, прежде всего, на выявление и анализ проявлений нарушения речевого развития, определение путей преодоления этих расстройств. В организации обследования ребенка логопедом и психологом есть много общего, прежде всего в этапах его проведения. Этапы диагностики:

- 1) ориентация в актуальных проблемах ребенка, формулирование гипотезы исследования, определение средств диагностики, планирование процедуры обследования;

- 2) проведение диагностики в соответствии с гипотезой, которую сформулировал специалист;

- 3) анализ и интерпретация полученных объективных результатов, определение программы коррекционных мероприятий в рамках осуществления индивидуального образовательного маршрута в соответствующем нарушении образовательном учреждении.

Процедура диагностического обследования начинается с плана в соответствии с предъявляемой проблемой, возрастом обследуемого и его актуальными возможностями. Подготовка обследования предполагает подбор стимульного материала и конкретных методик в соответствии с поставленной целью.

Обследование речи обычно осуществляется логопедом с помощью различных нестандартизированных методик, тестовых заданий, к которым не предъявляются требования оценки по валидности, надежности и репрезентативности; к стандартизации условий проведения обследования также не предъявляется обычно жестких требований. Примерный перечень стимульного материала, используемого в логопедическом обследовании ребенка, предлагается ниже.

1. Материал для исследования фонетической стороны речи:

- предметные картинки, содержащие звук в разном положении в слове (в начале, в середине, в конце);

- речевой материал (слова, словосочетания, предложения, тексты, содержащие различные звуки).

2. Материал для исследования фонематической стороны речи:

- картинки и речевой материал для определения способности дифференцировать звуки по противопоставлениям: звонкость – глухость, твердость – мягкость, свистящие – шипящие и т. д.).

3. Материал для исследования лексики и грамматического строя речи:

- предметные и сюжетные картинки по лексическим темам;
- картинки с изображением действий;
- картинки с изображением разного количества предметов (стул – стулья, шкаф – шкафы и т. д.);
- картинки с изображением однородных предметов, отличающихся по какому-либо признаку (величина, высота, ширина и т. д.).

4. Материал для исследования состояния связной речи:

- сюжетные картинки;
- серии сюжетных картин (2, 3, 4, 5) для разных возрастных групп.

5. Материал для исследования языкового анализа и синтеза:

- речевой материал (предложения, слова различной звукослоговой структуры);

- предметные и сюжетные картинки.

6. Материал для исследования состояния письменной речи:

- тексты для чтения (различной сложности);
- слоговые таблицы;
- буквы;
- тексты диктантов и изложений;
- печатные и рукописные тексты для списывания.

Что касается психолога, то он, напротив, пользуется в обследовании только тем психологическим инструментарием, который соответствует всем критериям, предъявляемым к диагностическому материалу, прошел адаптацию на большой выборке детей с подобными проблемами, причем имеются стандартизированные данные об особенностях их развития.

Частные требования к организации диагностической деятельности

Конкретные условия проведения обследования (наблюдения, эксперимента, беседы, тестирования, анализа результатов деятельности) могут в разной степени способствовать адекватности получаемых результатов, что, в свою очередь, может отразиться и на интерпретации полученных данных. Это особенно важно при проведении психологического обследования.

К условиям, которые должен учитывать педагог-психолог, относятся особенности личности обследуемого (пол, возраст, мотивы, установки, позиции,

привычки, характер, темперамент) и внешние условия, в которых осуществляется обследование. Чрезвычайно внимательно нужно отнестись к состоянию здоровья, различным психосоматическим, физиологическим нарушениям, отклонениям в развитии. Умение педагога или психолога уловить, понять состояние ребенка, настроиться на «волну» доброжелательности, заинтересованности в общении способствует адекватности сведений о психологических особенностях детей.

Наряду с этим экспериментатору необходимо проследить за внешними условиями, в которых проводится психологическое обследование: освещением, звуковым фоном, состоянием воздуха, качеством мебели и т. д. Немаловажное влияние на результаты обследования может оказать личность самого исследователя, который должен обеспечить не только стандартность процедуры его проведения, но и создать благожелательную атмосферу, положительный настрой на выполнение предлагаемых заданий и действий.

Успешность диагностики в значительной мере зависит от предварительной подготовки. Перед проведением обследования необходимо дать ребенку возможность привыкнуть к новой для него обстановке, освоить ее и сделать по возможности естественной.

Следует принять меры для предотвращения возможных отклонений от порядка проведения обследования (появления новых лиц, переход в другое помещение и т. п.), что должно обеспечить единообразие процедуры диагностики.

Предварительная подготовка касается различных сторон процедуры обследования. Большинство методов психодиагностики требуют точного воспроизведения словесной инструкции. Значение могут иметь даже незначительные ошибки, нечеткость произнесения, запинки при чтении инструкции испытуемым, предотвратить которые помогает предварительное знакомство с их текстом.

Еще одним важным предварительным условием качественного проведения обследования является подготовка стимульных материалов. В индивидуальном обследовании, особенно при проведении тестов действия, такая подготовка включает размещение необходимых материалов, чтобы свести к минимуму их риски или неловкое обращение с ними. Как правило, материалы должны располагаться на столе вблизи места тестирования так, чтобы они были доступны психологу, но и не отвлекали внимания обследуемого. При использовании аппаратуры часто возникает необходимость в периодическом контроле и калибровке. При групповом обследовании все тестовые бланки, листки для ответов, специальные карандаши и другие материалы должны быть заранее тщательно проверены, пересчитаны и приведены в порядок.

Подробное знакомство с конкретной процедурой диагностики – еще одна важная его предпосылка. Для индивидуального обследования особенно

существенно предварительное обучение проведению определенного теста. При групповом тестировании и особенно в массовых обследованиях такая подготовка может включать предварительный инструктаж других педагогов (кураторов), чтобы каждый хорошо знал свои функции. Обычно кураторы зачитывают инструкции, следят за временем выполнения и руководят группой в условиях тестирования. Они выдают и собирают тестовые материалы, следят за тем, чтобы испытуемые выполняли инструкции, отвечают в разрешенных инструкцией пределах на вопросы испытуемых, не допускают обмана с их стороны.

Во-первых, необходимо следовать процедурам стандартизации даже в самых незначительных подробностях. Создатель психодиагностического метода и его издатель несут ответственность за то, чтобы процедура обследования полно и достаточно ясно была описана в руководстве по его использованию. Во-вторых, следует регистрировать любые нестандартные условия исследования, какими бы второстепенными они ни казались. В-третьих, при интерпретации результатов важно учитывать условия исследования. При подробном обследовании личности методом индивидуального тестирования опытный экспериментатор иногда отступает от стандартной процедуры проведения теста, чтобы выявить дополнительные данные. Поступив таким образом, он теряет право интерпретировать ответы испытуемого в соответствии с тестовыми нормами. В этом случае тестовые задания используются только для качественного исследования; и ответы испытуемых необходимо рассматривать точно так же, как любые другие неформальные наблюдения за их поведением или данные интервью.

Условия взаимопонимания. В психометрии термин «взаимопонимание» означает стремление экспериментатора вызвать у испытуемого интерес к обследованию, установить с ним контакт и обеспечить выполнение им стандартных тестовых инструкций. В тестах способностей необходимо полное сосредоточение на предъявляемых задачах и напряжение всех сил, чтобы хорошо их решить; в личностных опросниках – дать искренние и честные ответы на вопросы, касающиеся повседневной жизни и обычного поведения; в некоторых проективных методиках инструкции требуют полного отчета об ассоциациях, вызываемых тестовыми стимулами, не подвергая их содержание цензуре или редактированию. Другие типы тестов могут содержать иные подходы. Но во всех случаях экспериментатор старается побудить испытуемого следовать инструкциям как можно добросовестнее.

Подготовка психологов помимо приемов, непосредственно относящихся к проведению теста, предусматривает обучение приемам по налаживанию взаимопонимания с обследуемым. При установлении контактов, так же как и при других процедурах тестирования, единообразие условий – существенный фактор получения сравнимых результатов. Если ребенку дают желанную

награду за правильно решенную тестовую задачу, его выполнение нельзя сравнивать непосредственно с нормой или с результатами других детей, побуждаемых к решению лишь обычным словесным подбадриванием или похвалой. Любое отклонение от стандартных условий мотивации в конкретном тесте следует отмечать и учитывать при интерпретации его выполнения.

Хотя при индивидуальном обследовании взаимопонимание может быть более полным, чем при групповом, но и в этом случае стоит предпринять определенные шаги, направленные на то, чтобы создать у испытуемых положительную мотивацию и ослабить их напряжение. Специфические приемы для установления контактов меняются в зависимости от характера теста и зависят от возраста и других особенностей испытуемых. При тестировании дошкольников следует принимать во внимание такие факторы, как боязнь незнакомых людей, легкая отвлекаемость и негативизм. Дружеская, веселая и мягкая манера поведения экспериментатора помогает ребенку успокоиться. Пугливому, застенчивому малышу требуется больше времени для предварительного знакомства с тем, что его окружает. Поэтому лучше, если экспериментатор не будет с самого начала слишком настойчивым, а подождет того момента, пока ребенок вступит с ним в контакт. Период обследования должен быть непродолжительным, а задания следует сделать разнообразными и интересными для ребенка. Тестирование должно представляться ребенку игрой, каждое предлагаемое ему задание должно возбуждать его любопытство. Для этого возрастного уровня процедуре тестирования должна быть присуща определенная приспособленность к возможным отказам, утрате интереса и другим проявлениям негативизма.

Обследование детей начальной школы во многом связано с теми же трудностями, что и тестирование дошкольников. Игровой подход по-прежнему остается наиболее эффективным способом возбуждения их интереса к тесту. Школьников постарше обычно побуждают к участию в обследовании, обращаясь к свойственному им духу соревнования и желанию хорошо выполнить тест. Однако в тех случаях, когда тестируются дети с недостаточной предварительной подготовкой или выросшие в иной культурной среде, экспериментатор не должен думать, что их стремление превзойти других в решении академических задач будет настолько же сильным, как и у детей из выборки стандартизации.

При тестировании школьников или взрослых следует иметь в виду, что каждый тест неявно влияет на внутреннее состояние индивида. Поэтому испытуемых сначала следует успокоить. Полезно, например, объяснить, что никто не ждет, что все задания будут выполнены или правильно решены. В противном случае индивид, приступая к более трудным заданиям и понимая, что не в состоянии закончить их в отведенное время, может испытать растущее чувство неудачи.

Итак, в тестовой ситуации желательно, насколько возможно, исключить элемент неожиданности, так как всё неожиданное и неизвестное, по-видимому, вызывает у испытуемых тревожность. Многие групповые тесты снабжаются пояснениями, зачитываемыми экспериментатором.

Тревожность при тестировании. Многие приемы, предназначенные для налаживания контактов с испытуемыми, уменьшают и их тревожность во время тестирования. Способы, устраняющие в тестировании случайности и неожиданности, а также успокаивающие и ободряющие испытуемого, конечно же, помогают снизить его тревожность. Поведение самого экспериментатора, хорошая организация процесса тестирования и отсутствие помех при его проведении служат той же цели.

Несомненно, что постоянно высокий уровень тревожности отрицательно сказывается на школьном обучении и интеллектуальном развитии. Но при тестировании такое состояние носит временный характер.

Обследование лучше начинать с беседы или проективных методик, которые служат хорошим средством налаживания контакта с ребенком и позволяют получить первую ориентировочную информацию о нем. В некоторых случаях эта информация может изменить план обследования, поэтому следует иметь под рукой достаточный набор подготовленных материалов для проведения дополнительного исследования (бланки, стимульный материал и т. д.).

В ходе проведения основного этапа исследования могут быть обнаружены новые сведения, требующие изменения общего плана. Надо быть готовым к тому, чтобы изменить предварительную диагностическую гипотезу в соответствии с вновь полученными фактами.

При соблюдении всех требований к проведению исследования этот, основной, этап позволяет получить точные сведения об интересующем нас предмете и приступить к не менее ответственному этапу – анализу результатов исследования.

На этапе анализа происходит окончательная обработка полученных результатов, в том числе статистическая, и сведение всех данных в единое описание, например, в таблицу, которая позволит наглядно представить соотношение различных показателей. От формы представления результатов исследования может зависеть окончательный результат – подтверждение или опровержение диагностической гипотезы. Поэтому в процессе анализа данных могут производиться их перегруппировки, дополнительный обсчет и, разумеется, установление причинно-следственных отношений. После уточнения и упорядочивания результатов исследования наступает завершающая процедура – написание заключения и постановка психологического диагноза.

Этика психодиагностического обследования

К сожалению, в отечественной психодиагностике пока неоправданно мало

внимания уделяется этическим проблемам, возникающим в диагностических обследованиях. Как правило, говорится о необходимости сохранять в тайне полученные результаты. Разработанные в последние годы в России этические кодексы психолога имеют много общих положений, но в них отсутствует система контроля за их исполнением.

Образцом нормативно-правового регулирования практической, в том числе диагностической, деятельности зарубежных психологов, специалистов в области психодиагностики являются многочисленные и постоянно дополняемые документы, принятые Американской психологической ассоциацией.

Несмотря на то, что существует множество тестов, все они должны соответствовать требованиям, описанным в «Стандартах для психологических и образовательных тестов», а деятельность психолога регулируется «Этическими стандартами и кодексом поведения».

Основные морально-этические требования, предъявляемые к организации и проведению психолого-педагогической диагностики детей с нарушениями речи, следующие.

1. Каждый пользователь теста должен располагать сведениями о валидности и надежности используемого теста, ограничениях, связанных с его применением.

2. Необходимо уделять большое внимание отбору тестов, интерпретации полученных результатов.

3. Любой из используемых диагностических инструментов должен соответствовать целям исследования.

4. Профессиональные психологические инструменты должны быть недоступны для каждого, желающего их использовать.

5. Особые требования предъявляются к компьютеризированным тестам – они не могут проводиться непосредственно испытуемым без участия психолога, неквалифицированное применение таких методик способствует появлению у пользователя ошибочных, искаженных представлений о себе, своих возможностях, нередко оказывает психотравмирующее воздействие.

6. Большое значение имеет конфиденциальность результатов тестирования: материал, полученный в процессе обследования, не подлежит сознательному или случайному разглашению вне согласованных условий и должен быть представлен таким образом, чтобы он не мог скомпрометировать испытуемого.

7. Ни один из специалистов не может быть компетентен в использовании всех тестов, поэтому нельзя пренебрегать предварительной подготовкой: использование некоторых тестов предполагает специальные знания, а следовательно, обучение.

8. Обследуемый (или родители ребенка) имеет право и должен получить в доступном для него виде сведения о целях тестирования, а также о том, как будут использованы полученные результаты.

9. Специалист в области психодиагностики не только работает с людьми, но и обладает большими возможностями воздействия на них. Результаты наших исследований всегда приобретают личностный смысл для обследуемого. Отсюда – важнейшее требование профессиональной этики психолога – не причинить морального ущерба личности. Психолог должен быть осторожен и осмотрителен в выборе диагностических методик, а также в выводах и рекомендациях.

10. Психолог должен оказывать только те услуги, для которых он имеет необходимое образование (высшее профессиональное) и квалификацию.

11. Если обследование ребенка проводится по требованиям другого лица: врача, представителя другого органа образования и др., психолог должен известить об этом родителей ребенка или лиц, их замещающих.

12. Принцип беспристрастности психолога не допускает предвзятого отношения к испытуемому, формулирования выводов и осуществления действий психологического характера, противоречащих научным данным, какое бы субъективное впечатление он ни производил своим дефектом, юридическим или социальным статусом.

13. Учителям, администрации учреждения допускается сообщать только те данные о детях, которые не могут быть использованы во вред ребенку.

14. Психолог должен быть эмоционально устойчив, выдержан, спокоен, реально оценивать обстановку, устойчив к стрессу.

Таковы основные требования, предъявляемые к специалисту в области практической диагностики. В действительности требований, предъявляемых к разработчикам и пользователям психодиагностических методик, намного больше (приложение 1).

Гранью, где смыкаются вопросы профессиональной и практической этики, является осуществление профессионального долга. Профессиональный долг требует от психолога действия, практическая этика определяет глубину воздействия на другого человека, а профессия диктует принятие ограничений на собственные действия:

«Я как психолог должен принять решение об оказании помощи, но я знаю (понимаю), что этому человеку я не смогу помочь, так как он не примет моей помощи, я должен отказаться от работы с ним, так как не обладаю для этого необходимыми профессиональными средствами» [Абрамова Г.С., 1997].

Тема 4 «Основные психодиагностические модели в изучении детей с нарушениями в развитии»

Понятие «психодиагностическая модель» включает в себя диагностическую гипотезу и определенный набор методов, позволяющий выделить специфические особенности каких-то определенных параметров в целостном обследовании испытуемого. Например, требуется определить возможное поведение человека в каких-то определенных ситуациях. Специалисту необходимо выбрать набор показателей, которые могут охарактеризовать поведение испытуемого: особенности высшей нервной деятельности, мотивацию, индивидуальный уровень тревожности, задеваемые ситуацией ценностные установки, навыки переживания таких ситуаций, состояние внимания и памяти и др. Предположив, что перечисленные психические свойства будут определять поведение человека в интересующих ситуациях, исследователь затем должен подобрать методики для их измерения. Выбранная исследователем модель психических механизмов в интересующей его ситуации определяет подбор необходимых для ее проверки методик диагностики.

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

- медицинская, в рамках которой проводится клиническое обследование всеми специалистами медицинского блока и выделяются характеристики, определяющие причины расстройства, связанные с этиологией и патогенезом нарушения (биологическая и медицинская психокоррекционные модели);
- педагогическая, в рамках которой осуществляется диагностика обучаемости, выявляются проблемы нарушений в обучении, оцениваются навыки и умения ребенка в соответствии с возрастом и образовательным стандартом. Данный вид обследования проводится педагогами с помощью различных нестандартизированных методик, тестовых заданий, позволяющих определить уровень развития ребенка и тип образовательного учреждения для дальнейшего обучения (педагогическая коррекционная модель);
- специальная диагностическая, в рамках которой проводится специальное обследование (в данном случае логопедическое, которое осуществляется

41

логопедом), позволяющее определить специфические особенности нарушения;

- психологическая, цель которой – получить оценку психических процессов, состояний, ведущей деятельности, характер интеракций и др. Обследование проводится психологом с использованием всего арсенала психодиагностических методик (интерактивная деятельность психокоррекционные модели). В обобщённом виде основные психодиагностические модели показаны на рис. 4.1.



Рис. 4.1. Основные психодиагностические модели

Медицинская модель помощи предполагает, что в основе трудностей обучения и развития ребенка с расстройствами речи лежат болезни, болезненные состояния или болезненное развитие личности, обусловленные серьезными нарушениями ЦНС, незрелостью и нарушениями структур головного мозга и другими психосоматическими расстройствами. Соответственно, усилия специалистов направлены на излечение болезни, реабилитацию ребенка, адаптацию здоровых членов семьи к особенностям ребенка с нарушениями речи. Клиническое обследование позволяет установить, какие нарушения в центральной нервной системе органического или функционально-динамического характера привели к нарушениям в психофизиологической сфере ребёнка. Поэтому оно предваряет психолого-педагогическую диагностику. Медицинская диагностическая модель предполагает следующие обследования:

- педиатрическое;
- неврологическое;
- психопатологическое;
- нейрофизиологическое обследование;
- нейропсихологическое обследование;

- отоларингологическое обследование;
- офтальмологическое обследование.

Основные разделы обследования, выделяемые в рамках медицинской диагностической модели, в обобщённом виде показаны на рис. 4.2.



Рис. 4.2. Основные разделы обследования

Первоначально в процессе проведения перечисленных обследований накапливаются объективные данные о ребёнке. Затем эти данные тщательно анализируются, что позволяет сделать заключение о своеобразии структуры дефекта ребёнка.

Остановимся подробнее на каждом из названных разделов.

Педиатрическое обследование

Схема обследования:

- выясняется цель посещения, жалобы;
- выясняется анамнез: наследственность, гинекологический и акушерский анамнез (беременность, роды, ранний неонатический период), сведения о психомоторном развитии, перенесённые заболевания на первом году жизни, аллергоанамнез, перенесённые соматические и острые инфекционные заболевания, прививки и результаты RM, реакции на прививки, перенесённые черепно мозговые травмы, хирургическое вмешательство, результаты профилактических осмотров врачами детских

ПОЛИКЛИНИК;

- исследуется: состояние ребёнка и его самочувствие, сознание, настроение, сон, аппетит, контакт с окружающими, состояние кожи и видимых слизистых оболочек, подкожно-жировой слой, состояние мышечной системы, лимфатической, антропометрия, органы дыхания, сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, мочевыделительная система, эндокринная система, клинические анализы;
- составляется заключение по состоянию соматического здоровья ребёнка;
- формируются рекомендации и составляется план медицинского сопровождения ребёнка, рекомендации по общему режиму, диете, консультациям других специалистов, по методикам общеукрепляющих мероприятий, профилактике различной патологии у детей.

Неврологическое обследование

Схема обследования:

- сбор анамнеза: данные о развитии конкретного заболевания, анамнез жизни, сведения об этапах психомоторного развития ребёнка до года, сведения о болезнях близких родственников, наследственных заболеваниях;
- исследование психофизического развития ребёнка, включая высшие корковые и высшие психические функции;
- исследование функции черепных нервов;
- исследование двигательных нарушений (пирамидная. Экстрапирамидная системы, мозжечок);
- исследуется чувствительность: поверхностная (болевая, температурная, тактильная) и глубокая (суставно-мышечная, стереогноз);
- исследование вегетативных функций (дерматографизм, оценка цвета и степени влажности кожных покровов);
- используются параклинические методы неврологического обследования: электроэнцефалография (ЭЭГ); краниография; эхоэнцефалография (ЭХО-ЭГ), нейросонография, УЗИ мозга; реоэнцефалография, экстраи интракраниальная доплерография; компьютерная томография мозга (КТ), ядерно-магнитнорезонансная томография мозга (ЯМРТ), позитронно-эмиссионная томография мозга; ПЭТ – выявление поражения вещества мозга при различных заболеваниях и поражениях нервной системы; оценка глазного дна и полей зрения; электромиография;
- анализируется неврологический статус, постановка диагноза;
- разрабатываются соответствующие рекомендации и составляется план коррекционных мероприятий.

Психопатологическое обследование

Схема обследования:

- детальное ознакомление с представленной документацией;
- беседа с родителями и сбор анамнестических данных;
- психопатологическое исследование с соотнесением полученных данных с данными неврологического, психологического, педагогического, логопедического исследований;
- анализируется психический статус. Устанавливается диагноз;
- заключение;
- разрабатываются рекомендации и составляется план коррекционных мероприятий.

Нейрофизиологическое обследование

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

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

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

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

Исследование зрительно-пространственного праксиса и гнозиса включает пробы на конструктивный праксис, рисование трехмерного объекта в пространстве, запоминание невербализуемых фигур. Различные схемы проведения нейропсихологического обследования можно найти в целом ряде современных пособий.

Отоларингологическое обследование

Схема обследования:

- устанавливается цель посещения, наличие жалоб;
- составляется анамнез;
- выявляются факторы риска;
- проводится осмотр оториноларинголога;
- обследование слуха, аудиологическое обследование (схема обследования

определяется целью посещения, характером патологии, возрастом ребёнка и включает в себя тональную пороговую и надпороговую, речевую и компьютерную аудиометрию);

- выносятся заключение;
- вырабатываются рекомендации по реабилитации и коррекции слуха.

Офтальмологическое обследование

Схема обследования:

- сбор анамнеза;
- совместно с тифлопедагогом и нейрофизиологом оценивается психофизиологическое развитие ребёнка, включая внешние корковые функции;
- оцениваются функции зрения, характер зрения;

- исследование сред и глазного дна в условиях циклоплегии;
- определяется рефракция (субъективная и объективная коррекция);
- исследуется зрительная фиксация;
- измеряется угол косоглазия по Гиршберу и призмам;
- определяется фузионная способность;
- исследуется поле зрения (периметрия);
- производится топометрия;
- исследование аккомодации (объём аккомодации);
- выносятся заключение;
- вырабатываются рекомендации по реабилитации и коррекции зрения.

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

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

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

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

других индивидуальных особенностей, а также от целей и задач каждого этапа обследования.

Как правило, обследование начинается с предварительного изучения документации ребенка: характеристики, медицинских справок, записей других специалистов, письменных работ. Затем проводится беседа с родителями с целью выяснить условия жизни ребенка, особенности его развития, состав семьи, профессию родителей и т. п. С родителями также уточняется школьный анамнез ребенка: с какого возраста началось обучение, по каким программам обучался ребенок, какие предметы вызывали особые трудности в освоении, каковы увлечения и интересы ребенка в свободное от школы время.

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

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

Схема педагогического обследования:

- 1) знакомство с документацией (школьная характеристика, медицинские сведения);
- 2) беседа с родителями или лицами, их заменяющими, в которой выясняются причины обращения за консультацией;
- 3) выяснение сформированности временных и пространственных представлений обследуемого. Знание времен года, их основные признаки, последовательность, название месяцев по порядку и вразбивку, по временам года. Знание дней недели, умение называть предыдущий и последующий день по отношению к данному, знание частей суток, определение времени по часам, определение сторон тела на себе и собеседнике, относительное положение предметов в пространстве и на листе бумаги;
- 4) выяснение сформированности обобщающих понятий, уровня обобщения и характера выбора связей (выделение 4-го «лишнего предмета, слова в ряду представлений»). Нахождение различий и сходства в операциях сравнения;
- 5) определение умения подбирать простые и сложные аналогии

(конкретные или логические ассоциации). Подбор аналогий по противоположностям (подбор антонимов);

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

7) выяснение понимания логико-грамматических конструкций;

8) уровень понимания переносного смысла метафор и пословиц;

9) обследование знаний, умений и навыков по программе детского учреждения. Из школьных программ выбран материал диагностически значимый, позволяющий оптимально раскрыть способность ребенка к отвлеченному и логическому мышлению; из математики – умение определять и сравнивать предметы по цвету, форме, величине; предел знания последовательности чисел натурального ряда; умение назвать их в обратном порядке; соотношение числа и цифры; способ вычисления (конкретно, отвлеченно) на основе знания нумерации, знания состава числа, знания вычислительных приемов; понимание зависимости между компонентами и результатами действий; использование математической терминологии, понимание конкретного смысла терминов и действий; умение устанавливать логические связи при решении простых, составных, типовых задач; умение решать уравнения, неравенства; из русского языка – сформированность анализа на фонетическом, морфологическом, синтаксическом уровнях, умение выделить и объяснить орфограммы, сформулировать правило с подбором конкретных примеров, умение работать с различными деформированными текстами. При письме под диктовку учитывается сформированность графических навыков и характер ошибок (орфографические, специфические); из чтения – способ чтения (побуквенное, послоговое, по единицам чтения, синтетическое, беглое); качество чтения (правильность, плавность, выразительность, сознательность), характер ошибок; пересказ (самостоятельный, полный, последовательный, по наводящим вопросам, примитивный, фрагментарный); умение делать вывод с учетом характеристик текста (описание, повествование, рассуждение);

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

Образец педагогического заключения представлен в приложении 2.

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

В таких случаях речевые нарушения входят в синдром основного нервно-психического заболевания. Задача логопеда – определить степень речевых расстройств и характер их в каждом из таких синдромов. Так, характерным для школьников является достаточно равномерное нарушение и фонетико-фонематического, и лексикограмматического строя речи, обусловленные основным заболеванием (умственная отсталость). Речь детей школьного возраста с задержкой психического развития или с социально-педагогической запущенностью сопровождается характерными особенностями лексикограмматического строя (трудности словообразования, подбора антонимов и синонимов, затруднений в понимании лексикограмматических конструкций, недостаточной сформированностью связной речи).

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

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

Схема логопедического обследования.

1. Цель посещения, жалобы родителей и ребенка.
2. Ознакомление с педагогической документацией.
3. Выяснение акушерского анамнеза и анамнеза развития ребенка (моторного, речевого, психического). Особое внимание обращают на:

- предречевые вокализации (гуканье, гуление);
- появление и характер лепетной речи, первых слов, фраз;
- качество первых слов, фраз (наличие нарушений слоговой структуры, аграмматизмы, неправильное звукопроизношение).

4. Объективное исследование ребенка.

- 4.1. Установление эмоционального контакта с ребенком, создание правильного отношения к обследованию: выявление интересов ребенка, его любимых занятий, игр, особенностей представления об окружающем.

- 4.2. Исследование невербальных функций: изучение психомоторики, тесты Н.И. Озерецкого (пересчет пальцев, проба на пальцевой гнозис по подражанию, по словесной инструкции), наличие персевераций, застревания, соскальзывания, выраженной замедленности.

- 4.3. Сукцессивные способности: повтор цифрового ряда в прямом и обратном порядке, звуковых рядов по ритму, ряды по сенсорным эталонам.

- 4.4. Исследование предметного гнозиса (по контуру, по пунктиру, на зашумленном фоне, с недостающими элементами).

- 4.5. Исследование буквенного гнозиса и праксиса (по контуру, по пунктиру, на зашумленном фоне, с недостающими элементами).

4.6. Исследование мышления (расклад серии сюжетных картинок, выявление причинно-следственных связей, определение уровня смысловой целостности рассказа).

4.7. Исследование импрессивной речи:

- понимание связной речи;
- понимание предложений;
- понимание различных грамматических форм (предложнопадежных конструкций, дифференциация единственного и множественного числа существительных, глаголов, дифференциация глаголов с различными приставками и т. п.);

- понимание слов (противоположных по значению, близких по значению).

4.8. Исследование фонематических процессов.

4.8.1. Фонематический анализ:

- выделение звука на фоне слова;
- выделение звука из слова;
- определение места звука в слове по отношению к другим звукам;
- определение количества звуков в слове;
- дифференциация звуков по противопоставлениям (звонкость – глухость, мягкость – твердость, свистящие – шипящие и т. п.).

4.8.2. Фонематический синтез:

- составление слов из последовательно данных звуков;
- составление слов из звуков, данных в нарушенной последовательности.

4.8.3. Фонематические представления:

- придумать слово на определенный звук.

4.9. Исследование экспрессивной речи.

4.9.1. Строение и подвижность артикуляционного аппарата, исследование орального праксиса. Отметить параметры движений:

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

4.9.2. Состояние звукопроизношения:

- изолированный вариант;
- в слогах: открытых, закрытых, со стечением согласных;
- в словах;

- в речи;
- произношение слов различной слоговой структуры. Отмечается сокращение числа слогов, упрощение слогов, уподобление слогов, перестановка слогов.

4.9.3. Исследование словарного состава языка:

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

При моторной алалии отметить разницу между активным и пассивным словарем.

4.9.4. Обследование грамматического строя речи. Отметить:

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

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

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

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

4.12. Особенности голоса: громкий, тихий, слабый, сильный, хриплый.

5. Состояние письменной речи.

5.1. Состояние навыка письма:

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

5.2. Состояние навыка чтения:

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

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

7. Рекомендации.

Образец логопедического заключения представлен в приложении 2.

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

затрагивающие жизнь ребенка в социуме.

53

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

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

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

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

Схема психологического обследования

I. Общие сведения о ребенке:

фамилия, имя, отчество;

год рождения (возраст); место
работы (д/сад, школа).

II. Особенности психического развития.

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

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

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

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

- установление причинно-следственных зависимостей и функциональных связей;
- затруднения в протекании мыслительных операций (анализа, синтеза, аналогии, сравнения, абстракции, обобщения, классификации);
- затруднения в построении выводов, обобщений, умозаключений;
- особенности усвоения понятий (дифференцированность, подмена понятий, выделение существенных признаков, формирование определений);
- состояние видов мыслительной деятельности: нагляднодейственное, наглядно-образное, понятийное мышление. Творческое и репродуктивное мышление;
- нарушения мышления.

5. Обследование личностных особенностей:

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

- нарушения в развитии воли, упрямство, легкая внушаемость, податливость, капризы, негативизм, импульсивность, развязность;
- личность и поведение. Интересы, потребности, идеалы, убеждения личности. Позиция личности;
- характер в системе взаимоотношений личности. Нарушения в общении личности. Характер и темперамент;
- нарушения в поведении и характере личности: замкнутость, аутизм, самолюбие, чрезмерная обидчивость, эгоизм. Завышенный уровень притязаний. Грубые нарушения в общении и поведении.

Деятельность личности. Развитие потенциальных возможностей в деятельности. Сензитивность возрастных периодов и ведущий вид деятельности. Мотивы различных видов деятельности: игровой, учебной, трудовой;

- развитие потенциальных возможностей личности в деятельности;
- нарушение работоспособности, отношений к деятельности, утомляемость.

Образец заключения психолога представлен в приложении 2.

Тема 5 «Методы и приёмы психолого-педагогической диагностики детей с речевой патологией»

Методы изучения детей с особыми потребностями разнообразны и в основном совпадают с методами изучения детей с нормальным развитием, однако имеют свою специфику (рис. 5.1).



Рис. 5.1. Методы диагностики детей с речевой патологией

В рамках клинических методов диагностики осуществляется общеклиническое (врачебное) и параклиническое обследование детей с речевой патологией специалистами-медиками (рис. 5.2).

К общеклиническим методам относятся исследования: рефлексорно-двигательных функций, чувствительности, функции черепных нервов, вегетативной нервной системы.

При исследовании *рефлексорно-двигательных функций* прежде всего устанавливают объём и силу движений, состояние мышечной системы, наличие похуда мышц или их чрезмерного развития, излишних движений или, наоборот, скованность.

Мышечную силу определяют посредством специальных приёмов, а также с помощью динамометров.

Для оценки слабости конечностей используются специальные пробы. Для выявления слабости верхних конечностей ребёнку предлагают вытянуть руки вперёд. При наличии в руке мышечной слабости она опускается быстрее, чем здоровая (верхняя проба Барре). Для выявления слабости в ногах лежащему на

спине или животе обследуемому сгибают ноги под прямым углом. При этом слабая нога опускается быстрее (нижняя проба Барре).

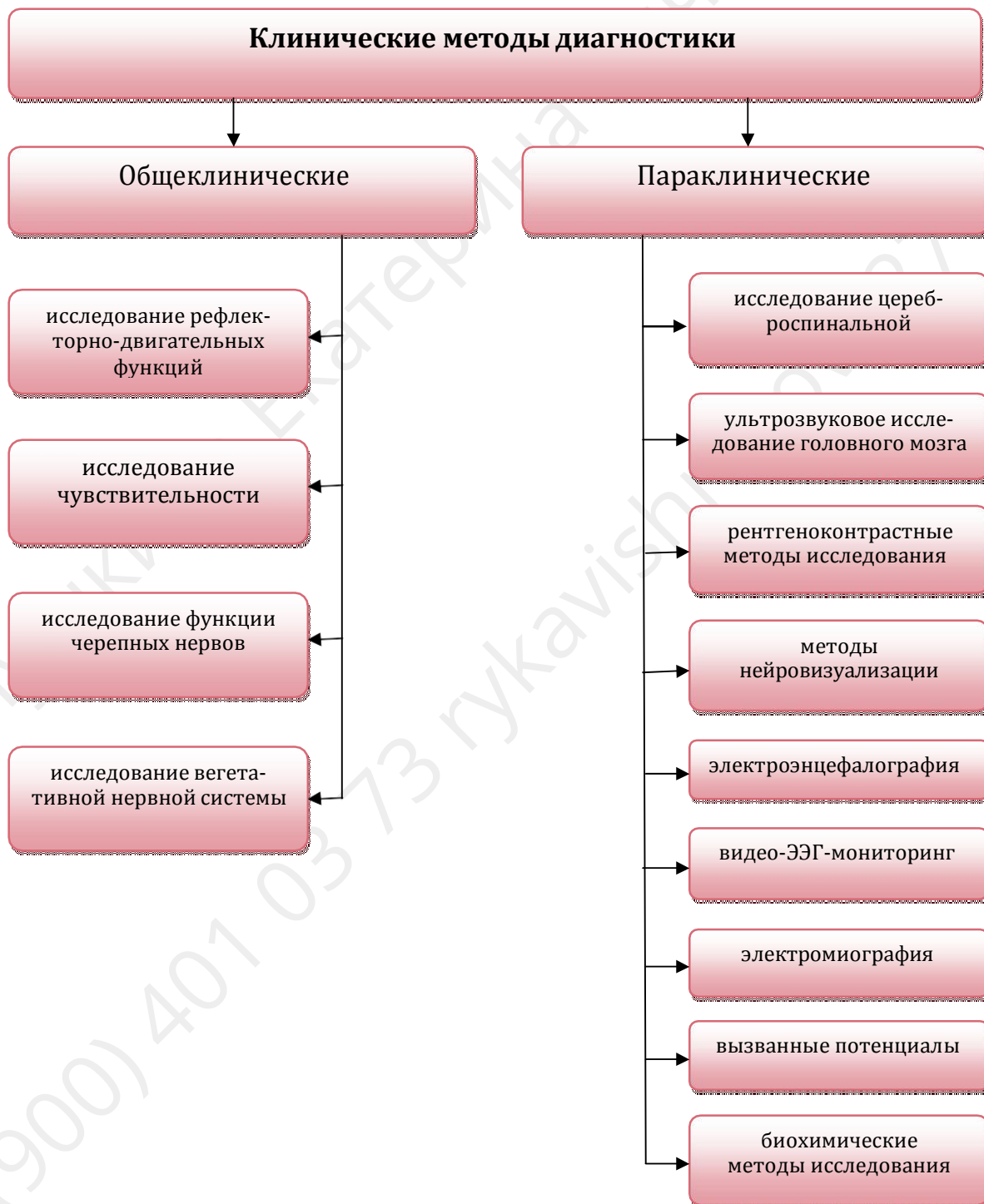


Рис. 5.2. Клинические методы диагностики

Мышечный тонус – степень непроизвольного напряжения мышц. В норме

между мышцами-антагонистами – сгибателями и разгибателями – существует строго сбалансированная взаимосвязь. Поддержание мышечного тонуса – рефлекторный акт. Это своеобразный рефлекс на растяжение. При растяжении мышцы возникают импульсы, направленные на её сокращение. Мышечный тонус исследуют при пассивных движениях конечностей, оценивая его как нормальный, пониженный (гипотония или атония), повышенный (гипертония).

Для характеристики функций движений большое значение имеет также оценка сухожильных и надкостничных рефлексов. Рефлексы являются одним из важнейших показателей состояния нервной системы, степени её зрелости, а также целостности рефлекторной дуги и центральных механизмов регуляции. По типу рецепторов, с которых вызываются рефлексы, различают рефлексы поверхностные, вызываемые с рецепторов кожных покровов и слизистых оболочек, и глубокие, вызываемые с рецепторов мышц, сухожилий, надкостницы и суставов.

К рефлексам, вызываемым со слизистых оболочек, относятся корнеальный, конъюнктивальный, глоточный и нёбный.

Рефлексами, вызываемыми с рецепторов кожи, являются брюшные, кремастерный, подошвенный и анальный.

К глубоким рефлексам относятся надбровный, нижнечелюстной, рефлекс с сухожилия трёхглавой мышцы, пястно-лучевой, коленный, рефлекс с ахиллова сухожилия.

При оценке двигательных функций необходимо исследовать также состояние экстрапирамидной системы. Экстрапирамидные нарушения проявляются изменениями мышечного тонуса, координации движений, двигательной активности, равновесия тела в покое и при ходьбе. В исследование экстрапирамидной системы входит оценка состояния её паллидарного и стриарного отделов, а также мозжечка. При исследовании паллидарного отдела экстрапирамидной системы обращают внимание на речь, активность движений, позу больного, походку, состояние мышечного тонуса, наличие дрожания (тремор) рук, головы.

В процессе исследования стриарного отдела экстрапирамидной системы прежде всего выявляются насильственные движения – гиперкинезы. Необходимо учитывать, что они могут распространяться и на речевой аппарат: возникают запинки в речи, произвольные вскрикивания, нарушения артикуляции.

При исследовании движений большое значение имеет оценка функций мозжечка. Мозжечок обеспечивает точность целенаправленных движений, согласованность действий мышц сгибателей и разгибателей, контролирует равновесие тела, принимает участие в регуляции мышечного тонуса. Поражение мозжечка и нарушение его связей с другими отделами нервной системы

сопровождаются расстройствами координации движений, мышечного тонуса и равновесия. С целью оценки функции мозжечка исследуют координацию движений, равновесие и состояние мышечного тонуса.

При исследовании *чувствительности* основываются на показаниях испытуемых в ответ на те или иные раздражители. Однако исследование чувствительности у детей представляет большие трудности, так как ребёнок не всегда может чётко дифференцировать раздражение, правильно проанализировать свои ощущения и адекватно их описать. У детей младшего возраста нередко приходится ограничиваться исследованием только болевой чувствительности, так как реакция на болевые раздражители наиболее заметна. При исследовании чувствительности устанавливают характер и границы нарушения. Вначале исследуют поверхностную чувствительность: тактильную, болевую, температурную. После изучения поверхностной чувствительности исследуют глубокую (проприоцептивную) чувствительность: суставно-мышечное чувство, вибрационную чувствительность, чувство давления и веса.

Нарушения чувствительности могут быть количественными и качественными. К количественным относятся выпадение всех видов чувствительности (анестезия) или их снижение (гипостезия). Может быть выражено выпадение какого-либо одного вида чувствительности (болевой – аналгезия, тактильной – собственно анестезия, температурной – терманестезия, суставно-мышечного чувства – батаналгезия, стереогноза – астерогнозия и т. п.). Иногда чувствительность может быть повышена (гипересезия).

К качественным нарушениям чувствительности относятся раздвоение болевого ощущения (при уколе иглой обследуемый чувствует сначала прикосновение, а потом боль), извращённое восприятие раздражителя. Когда тепло воспринимается как холод, укол как прикосновение горячего и т. д. (дисестезия), диссоциация чувствительности – изолированное нарушение одних видов чувствительности при сохранности на той же стороне других видов.

Важное место среди нарушений чувствительности занимают боли. Они могут быть местными (ощущаются в области нанесения раздражения), проекционными (проецируются с места раздражения в область кожи, иннервируемую данным нервом), иррадиирующие (возникающие в зоне иннервации одной ветви нерва и передаются в другие ветви этого же нерва). Отражённые (появляются при заболеваниях внутренних органов и локализуются в определённых участках кожи, которые называются зонами Захарьина-Геда).

Исследование *функции черепных нервов* имеет большое значение для оценки неврологического статуса.

Исследование обонятельного нерва проводят с помощью набора склянок с ароматическими веществами. Каждый носовой ход обследуют отдельно. В патологических случаях можно отметить понижение обоняния (гипосмия), иногда наоборот – обострение обоняния – гиперосмию.

В неврологии исследуют зрительный нерв, оценивая остроту зрения, цветоощущение, поля зрения, глазное дно. Исключительное значение в неврологии имеет исследование глазного дна, так как оно отражает многие болезненные процессы в головном мозге. Глазное дно исследует окулист при помощи офтальмоскопа. Обращают внимание на состояние зрительного нерва, сетчатки, сосудов.

Глазодвигательный, блоковый и отводящий нервы исследуют одновременно, так как они выполняют общую функцию – осуществляют движение глазных яблок. Оценивая функции этих нервов, обращают внимание на подвижность глазных яблок и верхнего века. Исследуют форму и размеры зрачка, его реакцию на свет и аккомодацию. Определяют положение глазного яблока в глазнице: нет ли выпячивания (экзофтальм) или западения (энофтальм). Выясняют, не наблюдается ли у обследуемого двоение в глазах. Обращается внимание на расположение глазных яблок: срединное, отклоняющееся кнутри (сходящееся косоглазие) или кнаружи (расходящееся косоглазие).

При исследовании тройничного нерва определяют его чувствительную и двигательную функции.

Чувствительность (болевая, температурная и тактильная) исследуется на симметричных участках лица. Во время исследования двигательной порции нерва определяют тонус и степень сокращения жевательных мышц. Исследуют рефлексы – надбровный, корнеальный, конъюнктивный и нижнечелюстной.

При исследовании функции лицевого нерва оценивают симметричность выраженности лобных и носогубных складок и симметричность глазных щелей. Выясняют, может ли испытуемый вытягивать губы хоботком, свистеть и производить оскал зубов. Определяют особенности слёзои слюноотделения.

При исследовании слухового нерва проверяют остроту слуха и способность к локализации источника звуков. Остроту слуха определяют для каждого уха отдельно. Обследуемого просят закрыть глаза и шёпотом на расстоянии произносят отдельные слова или фразы. Устанавливают максимальное расстояние, при котором слова воспринимаются правильно. Слух считается нормальным, если шёпотная речь воспринимается с расстояния 5 м. Более детально слух исследуется с помощью аудиографии.

У новорожденных и детей в первые месяцы жизни о сохранности слуха судят по их реакции на резкий звуковой раздражитель. В ответ на такой звук слышащий ребёнок отвечает смыканием век, реакцией испуга, двигательным беспокойством, поворотом головы. Исследуют также воздушную и костную проводимость звука при помощи звучащего камертона.

Для оценки функции вестибулярного нерва выясняют нет ли головокружения, нистагма, нарушения координации движений. Головокружение может возникать приступообразно, усиливаться при взгляде

вверх. При резких поворотах головы.

Языкоглоточный и блуждающий нервы исследуются одновременно, так как они совместно обеспечивают чувствительную и двигательную иннервацию глотки, гортани, мягкого нёба, вкусовую чувствительность задней трети языка, секреторную иннервацию околоушной слюнной железы. Выявляют чувствительность глотки, гортани, мягкого нёба, вкусовую чувствительность языка. Оценивают звучание голоса (нет ли охриплости, гнусавого оттенка, снижение звучности голоса – гипои или афонии). Определяют функцию мышц глотки – не затруднено ли глотание, не затекает ли пища в полость носа; исследуют нёбный и глоточный рефлекс.

При исследовании функции добавочного нерва оценивают функции грудино-ключично-сосцевидной мышцы, которая обеспечивает наклон головы назад с поворотом лица в противоположную сторону и трапециевидной, обеспечивающей поднятие плеча и лопатки вверх.

Подъязычный нерв иннервирует мышцы языка. При анализе функций этого нерва определяют положение языка в полости рта и при высывании (язык по средней линии или сдвигается в сторону), подвижность языка (вверх, вниз, в стороны), тонус мышц языка.

При исследовании *вегетативной нервной системы* обращают внимание на регуляцию сосудистого тонуса. Кожно-вегетативные рефлекс, терморегуляцию, вегетативную иннервацию глаза, слюно- и слёзоотделение.

Сосудистая регуляция исследуется при помощи анализа сердечно-сосудистых рефлекс (глазосердечный, соларный и клиностаический). Во время исследования кожно-вегетативных рефлекс оценивают дермографизм и рефлекс «гусиной кожи».

Для исследования состояния вегетативной иннервации исследуют также терморегуляцию (кожную температуру), потоотделение (потовые рефлекс), регуляцию мочеиспускания и дефекации, слёзоотделение и слюноотделение, вегетативную иннервацию глаза (зрачковый рефлекс, аккомодацию). Дополнительные (лабораторные и аппаратно-инструментальные) методы исследования помогают оценить характер поражения нервной системы, его распространённость и некоторые другие особенности.

К *параклиническим методам* принято относить:

- исследование цереброспинальной жидкости;
- ультрозвуковое исследование головного мозга;
- рентгеноконтрастные методы исследования;
- методы нейровизуализации;
- электроэнцефалография;
- видео-ЭЭГ-мониторинг;
- электромиография;

- вызванные потенциалы;
- биохимические методы исследования.

Исследование цереброспинальной жидкости в неврологии имеет большое значение, так как многие воспалительные, опухолевые, дегенеративные и другие заболевания изменяют её характер и свойства. С целью исследования цереброспинальной жидкости иглой делают поясничный прокол спинномозгового канала. Для последующего анализа из него извлекают 2–5 мл жидкости. Такой прокол безопасен и, как правило, не вызывает осложнений. Однако после процедуры ребёнка необходимо положить горизонтально без подушек, и в течение суток соблюдать постельный режим.

Цереброспинальную жидкость исследуют при менингитах, энцефалитах, опухолях головного и спинного мозга, внутричерепных кровоизлияниях, судорогах, водянке головного мозга и др.

Ультразвуковое исследование головного мозга – нейросонография (НСГ) – метод нейровизуализации, который основан на компьютерной обработке отражённого ультразвукового сигнала, что позволяет получать изображения структур головного мозга в различных плоскостях.

Ультразвуковое исследование головного мозга производится с целью выявления структурных нарушений головного мозга, динамического наблюдения за их трансформацией и соотношения с их клиническими проявлениями поражения ЦНС у новорожденных.

Показаниями к проведению нейросонографии являются недоношенность; неврологическая симптоматика у новорожденного и ребёнка первого года жизни; родовая травма; стигмы дизэмбриогенеза; проявления гипоксии и асфиксии в родах; осложнения антенатального и интранатального периодов развития плода; симптоматика инфекционного поражения головного мозга у новорожденных.

Методом НСГ можно выявить: вентрикуломегалию, выраженные внутримозговые кровоизлияния, отёк мозга, мозговые инфаркты, выраженные аномалии развития. При перинатальном поражении мозга можно выявить геморрагические и ишемические изменения головного мозга, в том числе внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) и перивентрикулярную лейкомаляцию (ПВА).

К *рентгеноконтрастным методам исследования* относят вентрикулографию, ангиографию и контрастную миелографию. Вентрикулография – метод введения контрастного вещества непосредственно в желудочки мозга с последующей рентгенографией. На рентгенограммах получается изображение желудочков мозга или контуров спинного мозга. Ангиография – метод, дающий рентгенографическое изображение сосудов головного мозга после введения в них рентгеноконтрастного вещества. Ангиография проводится с целью уточнения локализации патологического очага, выяснения его природы и

характера. Ангиография позволяет диагностировать сосудистые поражения головного мозга. Аневризмы, ангиомы, опухоли головного мозга. Контрастная миелография – рентгеноконтрастный метод для диагностики заболеваний спинного мозга и его оболочек.

К *методам нейровизуализации* относят рентгеновское исследование, компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ).

В настоящее время рентгеновское исследование черепа и позвоночника применяют редко, однако этот метод может быть достаточно информативным при диагностике внутречерепных заболеваний, травмах головы, заболеваниях костей черепа, позвоночника, сочленений между позвонками. С помощью рентгенограммы черепа (краниограммы) выявляют врождённые дефекты костей черепа, пороки развития мозга, гидроцефалию, микроцефалию, переломы костей черепа, дистрофическое изменение костей черепа, раннее расхождение или заращение черепных швов. Рентгенограммы черепа также позволяют диагностировать опухоли головного мозга, повышение внутричерепного давления и др.

Отличие метода компьютерной томографии (КТ) от традиционного рентгеновского исследования заключается в планетарном механизме, т. е. оппозитном позиционировании рентгеновской трубки и системы воспринимающих датчиков, на которые падает коллимированный рентгеновский пучок, обогащённый прохождением через исследуемую часть тела. Принципом компьютерной томографии (КТ) является послойное исследование тканей. При этом интенсивность рентгеновского пучка ослабевает в тканях, имеющих большую плотность, и усиливается в наименее плотных участках. На экране это выглядит различными градациями серого цвета (например, воздух чёрный, а кости белые).

В настоящее время общепринятым стандартом в практической медицине являются спиральные многосрезовые КТ сканеры, в которых, во-первых, присутствуют спиральные (непрерывные) обращения планетарной системы вокруг пациента, и, во-вторых, используется не один ряд воспринимающих детекторов, а несколько (4,8,16, 32 и 64). Таким образом, создаются уникальные возможности для интерактивной трёхмерной реконструкции заданных органов и сосудов.

Ещё более высокотехнологичным и наукоёмким методом исследования является магнитно-резонансная томография (МРТ). Изображение при МРТ строится на совершенно других принципах, нежели при КТ. Речь идёт уже не о коэффициенте рентгеноабсорбций тканей, а о различиях в их суммарном магнетизме, т. е. при изменении магнитного поля электроны меняют орбиту и испускают квант энергии, которая улавливается датчиками. Естественно, ядов водорода больше в воде, чем в костях, поэтому на экране более жидкие среды выглядят более тёмными, чем плотные. Таким образом создаётся изображение,

поэтому эти методы и называют «визуализацией».

63

Электроэнцефалография – это метод регистрации биотоков мозга. В тканях мозга при возбуждении нервных клеток возникает разность потенциалов между заряжающимися отрицательно участками мозга. Разница потенциалов очень мала, однако при помощи энцефалографа они усиливаются и регистрируются. Биотоки мозга отводятся с помощью укрепляемых на коже головы электродов. Биотоки регистрируются на бумаге или на экране дисплея. Применяются многоканальные отведения биопотенциалов. Их отведения проводят с лобных, височных, теменных, затылочных областей мозга. Исследования детей с помощью метода электроэнцефалографии проводятся при наличии эпилептических припадков, внутричерепных травм, задержек психического развития, очаговых поражений головного мозга.

Видео-ЭЭГ-мониторинг (ВЭМ) – синхронная регистрация записи биоэлектрической активности головного мозга (электроэнцефалография) и видеоизображения пациента.

Цель ВЭМ – регистрация пароксизмального события с целью проведения дифференциального диагноза между эпилептическими и неэпилептическими состояниями, такими как парасомнии, синкопальные состояния, конверсионные приступы, стереотипии, дистонические атаки и др.

Электромиография (ЭМР) – метод регистрации биотоков мышц. Он широко используется для диагностики нервно-мышечных заболеваний. Электромиограмма отражает электроактивность мышечных волокон. Это ценный метод исследования, позволяющий дифференцировать различные уровни поражения нервной системы. Электромиограммы имеют разную картину при двигательных нарушениях, обусловленных поражением центральной, периферической нервной системы и мышечного аппарата. Изменения биоэлектрической активности мышц зависят от локализации поражения нервной системы, тяжести и стадии болезни. Электромиография помогает диагностировать центральные, спинномозговые (сегментарные), невральные и мышечные двигательные нарушения. Электромиография позволяет также обнаружить типичные нарушения биоэлектрической активности в ранней стадии заболевания и наблюдать за динамикой процесса и эффективностью лечения.

Вызванные потенциалы – реакция мозга на какой-либо стимул. Он генерируется теми же нейрональными структурами, что и энцефалография, но амплитуда спонтанной ЭЭГ значительно превышает амплитуду ВП, которую выделяют из ЭЭГ путём многократной стимуляции, последовательного усреднения и фильтрации. Стимул подаётся многократно, и ответ суммируется с предыдущим. В результате накопления сигнал ВП усиливается быстрее, чем шум спонтанной ЭЭГ, который не связан со стимулом и попадает при суммации в случайную фазу друг с другом.

Вызванные потенциалы могут быть зарегистрированы при электрокожной, тактильной, слуховой, зрительной стимуляции. Метод зрительных ВП позволяет получить объективную информацию о состоянии зрительного анализатора (определение остроты зрения, состояние зрительного нерва, характер зрительных нарушений и эффективность их лечения), провести дифференциальную диагностику органических и функциональных нарушений, выявить нарушения полей зрения. Этот метод позволяет определить локализацию повреждения зрительного анализатора на любом уровне; применяется при инсультах, рассеянном склерозе, опухоли головного мозга, последствиях черепно-мозговой травмы, эпилепсии. Сенсомоторные ВП – электрические ответы нервных структур при стимуляции нервов. Применяются соматосенсорные ВП периферических нервов, спинного и головного мозга. Диагностическая ценность слуховых ВП состоит в том, что они могут обнаруживать повреждение от уровня кохлеарного органа до ядер ствола и слуховой коры. Применяется для выявления повреждения при нейросенсорной тугоухости, опухолях ствола, болезни Меньера, рассеянном склерозе и инсультах.

Многие заболевания сопровождаются нарушениями постоянства внутренней среды организма – сдвигами биохимических процессов. Многие из них можно выявить с помощью *биохимических методов исследования*. С целью определения характера заболеваний нервной системы прибегают к исследованию аминокислот, жиров, углеводов, ферментов, продуктов распада гемоглобина, эритроцитов, белков, макро- и микроэлементов. При исследовании спектра аминокислот крови и мочи можно выявить наследственные заболевания обмена аминокислот (фенилпировиноградная олигофрения, гомоцистинурия, лейкоцитоз и др.). Исследование ферментов, принимающих участие в обмене жиров, способствует выявлению многих наследственных нарушений обмена жиров. Определение содержания билирубина в крови у новорожденных с желтухой при резус-конфликте беременности позволяет вовремя провести обменное переливание крови с целью профилактики поражения мозга. Биохимические методы исследования в клинике нервных болезней в настоящее время широко применяются и имеют важное значение.

Психолого-педагогические методы диагностики

Прежде чем рассматривать методы психолого-педагогической диагностики, следует рассмотреть основные виды диагностики, выделяемые в педагогической и психологической литературе.

Психологические методы диагностики.

В современной психологической науке не существует единой классификации психодиагностических методов. Разные авторы выделяют различные основания классификации психодиагностических методов. Приведем

некоторые наиболее распространенные классификации методов психодиагностики.

Й. Шванцара объединяет психодиагностические методы в группы по следующим основаниям:

- 1) по используемому материалу (вербальные, невербальные, манипуляционные, тесты «бумаги и карандаша» и т. д.);
- 2) по количеству получаемых показателей (простые и комплексные);
- 3) тесты с «правильным» решением и тесты с возможностью различных ответов;
- 4) по психической активности испытуемых:
 - интроспективные (сообщение испытуемого о личном опыте, отношениях): анкеты, беседа;
 - экстраспективные (наблюдение и оценка разнообразных проявлений);
 - проективные (испытуемый проецирует такие неосознаваемые свойства личности, как внутренние конфликты, скрытые влечения и другие на малоструктурированные, многозначные стимулы);
 - исполнительные (испытуемый осуществляет какое-либо перцепционное, мыслительное, моторное действие, количественный уровень и качественные особенности которого являются показателем интеллектуальных и личностных черт).

В.К. Гайде и В.П. Захаров объединяют психодиагностические методы по следующим основаниям:

- 1) по качеству: стандартизованные, нестандартизованные;
- 2) по назначению:
 - общедиагностические (тесты личности по типу опросников Р. Кеттелла или Г. Айзенка, тесты общего интеллекта);
 - тесты профессиональной пригодности;
 - тесты специальных способностей (технических, музыкальных, тесты для пилотов);
 - тесты достижений;
- 3) по материалу, которым оперирует испытуемый:
 - бланковые;
 - предметные (кубики Кооса, «сложение фигур» из набора Векслера);
 - аппаратные (устройства для изучения особенностей внимания и т. д.);
- 4) по количеству обследуемых:
 - индивидуальные;
 - групповые;
- 5) по форме ответа:
 - устные;

- письменные;

6) по ведущей ориентации: тесты на скорость, тесты мощности, смешанные тесты. В тестах мощности задачи трудны и время решения не ограничено; исследователя интересует как успешность, так и способ решения задачи;

7) по степени однородности задач: гомогенные и гетерогенные (отличаются тем, что в гомогенных задачи схожи друг с другом и применяются для измерения вполне определенных личностных и интеллектуальных свойств; в гетерогенных тестах задачи разнообразны и применяются для оценки разнообразных характеристик интеллекта);

8) по комплексности: изолированные тесты и тестовые наборы (батареи);

9) по характеру ответов на задачи: тесты с предписанными ответами, тесты со свободными ответами;

10) по области охвата психического: тесты личности и интеллектуальные тесты;

11) по характеру умственных действий: вербальные, невербальные.

Классификации психодиагностических методов по А.А. Бодалеву, В.В. Столину предусматривают объединение методов психодиагностики в группы по следующим основаниям.

1. По характеристике того методического принципа, который положен в основу данного приема:

а) объективные тесты (в которых возможен правильный ответ, т. е. правильное выполнение задания);

б) стандартизованные самоотчеты:

- тесты-опросники, открытые опросники;
- шкальные техники (семантический дифференциал Ч. Осгуда),

субъективная классификация;

▪ индивидуально-ориентированные техники (идеографические) типа ролевых репертуарных решеток;

в) проективные техники;

г) диалогические техники (беседы, интервью, диагностические игры).

2. По мере вовлеченности в диагностическую процедуру самого психодиагноста и степени его влияния на результат психодиагностики: объективные и диалогические.

Объективные методы характеризуются минимальной степенью вовлеченности психодиагноста в процедуру проведения, обработки и интерпретации результата. К ним относятся тесты, многие опросники и шкальные техники.

Диалогические методы характеризуются большой степенью вовлеченности диагноста. Мера вовлеченности характеризуется влиянием опыта,

профессиональных навыков, личности экспериментатора и других его характеристик, самой диагностической процедурой. К диалогическим методам относятся беседа, интервью, диагностические игры, психопсихологический эксперимент, некоторые проективные методики.

К.М. Гуревич предлагает разделить методы психодиагностики на две группы: методики высокого уровня формализации, или строго формализованные, и методики малоформализованные.

К строго формализованным методикам относятся тесты, опросники, методики проективной техники и психофизиологические методики. Для них характерны:

- определенная регламентация
- точное соблюдение инструкций;
- строго определенные способы предъявления стимульного материала;
- невмешательство исследователя в деятельность испытуемого;
- стандартизация (установление единообразия проведения обработки и представления результатов диагностических экспериментов);
- надежность и валидность.

Эти методики позволяют собрать информацию в относительно короткие сроки и в таком виде, который дает возможность количественно и качественно сравнивать индивидов между собой.

К малоформализованным методикам относятся наблюдения, беседа и интервью, анализ продуктов деятельности. Эти методики дают очень ценные сведения об испытуемом, особенно когда предметом изучения выступают такие психические процессы и явления, которые мало поддаются объективизации или являются чрезвычайно изменчивыми по содержанию (например, динамика целей, настроений и т. д.). Данные методики трудоемки, длительны по времени и в большей степени основаны на профессиональном опыте, психологической подготовленности самого диагноста.

Эти группы методик не противостоят друг другу, а, как правило, взаимно дополняют друг друга. В полноценном диагностическом обследовании необходимо гармоничное сочетание тех и других методик. Так, сбору данных с помощью тестов должен предшествовать период ознакомления с обследуемыми (биографические данные, мотивация, склонности, интересы и т. п.), с этой целью могут быть использованы наблюдения, беседы и другие методы.

В современной педагогической науке в зависимости от этапа педагогического процесса выделяются следующие виды диагностики: предварительная (вводная), промежуточная и итоговая (конечная).

Цель вводной диагностики – выявление исходного уровня, состояния детей для составления программы их развития, плана работы.

Цель промежуточной диагностики – оценка эффективности

педагогических воздействий, своевременная коррекция программ развития, составление дальнейшего плана работы.

В педагогике используются следующие формы промежуточной диагностики:

- срезовой контроль;
- тестовые задания;
- ведение дневника наблюдений за ребенком;
- конкурсы;
- выставки рисунков и т. д.

Цель итоговой диагностики – выявление достигнутого уровня развития способностей, экстренная необходимая коррекция для детей выпускных групп, комплексная оценка педагогической деятельности.

По степени охвата выделяется полная и частичная диагностика. В диагностическом процессе выделяются следующие аспекты.

1. Изучение, осуществляемое в несколько этапов:

- сбор данных, на основе которых делаются выводы;
- сравнение наблюдаемого поведения с прежним поведением того же лица, с поведением других лиц, с описанием стандартного поведением того же лица, с описанием стандартного поведения;
- интерпретация, чтобы после обработки имеющейся информации дать оценку тому или иному поведению;
- анализ с целью определить причины отклонения в поведении. Изучение отдельных учеников и класса в целом должно быть направлено на вскрытие причин поведения, мотивов, а не на констатацию фактов.

2. Прогнозирование, которое является не менее важным аспектом педагогической диагностики, поскольку позволяет предвидеть поведение в других ситуациях или в будущем. В сфере педагогической диагностики преподаватель использует выводы, сделанные в результате сопоставлений и анализа, при анализе поведения в других ситуациях или в будущем. Это также значительно помогает в педагогической работе, позволяя подобрать оптимальный способ взаимодействия с учеником и с классом в целом.

3. Сообщение результатов обследуемым или их родителям. Очень часто оценка поведения необходима, так как с помощью обратной связи возможно оказать влияние на поведение детей в будущем. Необходимо контролировать воздействие этих сообщений на учащихся, для того чтобы знать, удалось ли достичь желаемого результата.

Обычно результаты диагностической деятельности не следует оглашать публично. Если требуется повлиять на конкретного ученика, лучше всего поговорить с ним или с его родителями наедине.

Разговаривая с родителями о воспитании, легко затронуть интимные сферы

как отдельной личности, так и всей семьи. Этот эффект сглаживается, если обсуждать проблему на родительском собрании. При этом педагогу не следует указывать на конкретных учеников: родители сами должны понять, что относится к их ребенку.

Принципы педагогической диагностики.

1. Краткость – например, при диагностировании познавательных способностей детей 3–4 лет считается целесообразным анализировать всего 5–6 умений.

2. Комплексность методик – при диагностировании каждой конкретной способности необходимо видеть систему, например, диагностируя наблюдательность, можно говорить о памяти, внимании, гибкости мышления, особенностях восприятия и, конечно же, об особенностях речи, овладении общеучебными умениями, конкретных знаниях детей.

3. Прочность – диагностирующих достижений не много, методики просты в работе. Соблюдается принцип преемственности между возрастами, получаемая в итоге информация может быть использована при планировании и организации работы с детьми.

Основные требования, предъявляемые к педагогической диагностике детей, следующие:

- изучение отдельных детей и детского коллектива в целом должно быть направлено на вскрытие причин поведения, мотивов, а не на констатацию фактов;
- исследование процесса развития каждого ребенка должно осуществляться на протяжении всех лет его обучения;
- диагностика должна охватывать всех детей без исключения и проводиться путем систематических диагностических срезов по каждому из параметров развития. В случае невозможности проведения этого среза в отношении какого-либо ребенка в установленное время (из-за болезни или по другим причинам) этот срез должен быть проведен в самое ближайшее время, но ни в коем случае не пропущен;
- диагностика уровня овладения учебным материалом и развития навыков у детей школьного возраста должна проводиться по каждой учебной теме. Только в таком случае возможно эффективное использование результатов диагностической деятельности.

Педагогические методы диагностики в зависимости от задач изучения подразделяются на:

- неэкспериментальные (служат для выявления наличия или отсутствия какой-нибудь психологической особенности), часто используются как средство первоначальной «разведки», ориентировки, знакомства с учениками. Они позволяют собрать большой материал для установления предварительных

данных. Также их можно использовать для длительного наблюдения за динамикой изменений. К неэкспериментальным методам относятся анкетирование, анализ продуктов деятельности, беседа, наблюдение;

- диагностические (для количественного измерения) позволяют не просто описать те или иные психические особенности личности или группы людей, но и измерить их. К ним относятся тестирование, шкалирование;
- экспериментальные (для объяснения психических явлений). В педагогической диагностике используются естественный, лабораторный и моделирующий эксперименты;
- формирующие (для выявления возможностей развития) позволяют изучать психологические особенности ребенка в естественных условиях путем активного формирования интересующих исследователя качеств. «Попутно» решаются образовательные и воспитательные задачи. Эти методы, позволяя проследить развитие личности, удачно сочетают психологическое изучение детей с поиском и разработкой оптимальных путей учебно-воспитательной работы.

Большинство диагностических методов педагогическая наука заимствовала из психологии. В связи с этим понимание диагностических методов сходно в педагогической и психологической науке. В процессе психолого-педагогической диагностики используются, как правило, следующие методы: наблюдение, эксперимент, беседа, анкетирование, тестирование, шкалирование, опросники, интервью, анализ процесса и продуктов деятельности, изучение документации, биографический метод.

Метод эксперимента

Эксперимент (от лат. *experimental* – проба, опыт, испытание) – наиболее сложный и трудоемкий вид исследования, но вместе с тем более точный и полезный в познавательном плане.

Эксперимент, несмотря на его сложность и трудоёмкость, занимает важное место в современной науке и практике, так как только в тщательно продуманном, правильно организованном и проведенном эксперименте можно получить наиболее доказательные результаты, особенно касающиеся причинно-следственных зависимостей.

Цель эксперимента – выявление закономерных связей, т. е. устойчивых, существенных, связей между явлениями и процессами. Именно эта цель отличает эксперимент от других методов исследования, которые выполняют функцию сбора эмпирических данных. Для эксперимента как метода исследования характерны следующие особенности.

1. В эксперименте раскрывается причинно-следственная связь, т. е. зависимость изучаемого явления от известных контролируемых условий.
2. Эксперимент предполагает активное вмешательство ученого в процесс

исследования, управление этим процессом так как условия меняет сам ученный.

3. Использование как минимум двух методик измерения, одна из которых измеряет условия протекания процесса, а другая фиксирует изменения, происходящие в изучаемых объектах.

4. Необходимо наличие гипотезы, т. е. предположение о характере изучаемой связи, которую должен подтвердить или опровергнуть эксперимент.

Обобщение указанных признаков позволяет дать определение эксперименту.

Эксперимент – это метод научного познания, направленный на выявление причинно-следственных связей и доказательство гипотезы путем целенаправленного и контролируемого изменения условий протекания процессов или явлений.

Сущность эксперимента сводится к абстрагированию, т. е. искусственному выделению одной стороны изучаемого процесса из всего многообразия изучаемых связей (например, изучение влияния нарушенного звукопроизношения на развитие грамматического строя речи ребёнка, но на его речевое развитие (в том числе развитие грамматического строя речи) влияют и другие факторы кроме звукопроизношения).

Эксперимент играет особую роль в педагогических исследованиях. В педагогике под экспериментом понимают сбор фактов в специально смоделированных условиях, обеспечивающих активное проявление изучаемых явлений. Он может быть применен для изучения различных видов деятельности детей, выявления особенностей развития их личности и возможностей обучения.

При проведении эксперимента ребёнку предлагается по определенной инструкции выполнить задание, представляющее собой модель обычной интеллектуальной или любой другой деятельности. Метод эксперимента, как и все другие методы, призван обеспечить выявление и негативных, и позитивных возможностей ребёнка, кроме того, обеспечить получение сведений об обучаемости ребёнка.

Педагогический эксперимент – исследовательская деятельность с целью изучения причинно-следственных связей в педагогических явлениях, которая предполагает опытное моделирование педагогического явления и условий его протекания; активное воздействие исследователя на педагогическое явление; измерение результатов педагогического воздействия и взаимодействия. Выделяют следующие этапы эксперимента.

1. Теоретический (постановка проблемы, определение цели, объекта и предмета исследования, его задач и гипотез).

2. Методический (разработка методики исследования и его плана, программы, методов обработки полученных результатов).

3. Собственно эксперимент – проведение серии опытов (создание экспериментальных ситуаций, наблюдение, управление опытом и измерение реакций испытуемых). В ходе проведения основного этапа исследования могут быть обнаружены новые сведения, требующие изменения общего плана. Надо быть готовым к тому, чтобы изменить предварительную диагностическую гипотезу в соответствии с вновь полученными фактами.

При соблюдении всех требований к проведению исследования этот, основной, этап позволяет получить точные сведения об интересующем нас предмете и приступить к не менее ответственному этапу – анализу результатов исследования.

4. Аналитический – количественный и качественный анализ, интерпретация полученных фактов, формулирование выводов и практических рекомендаций. На этапе анализа происходит окончательная обработка полученных результатов, в том числе статистическая, и сведение всех данных в единое описание. Таблица, которая позволяет наглядно представить соотношение различных показателей, удачно служит последней задаче. От формы представления результатов исследования может зависеть окончательный результат – подтверждение или опровержение диагностической гипотезы. Поэтому в процессе анализа данных могут производиться их перегруппировки, дополнительный обсчет и, разумеется, установление причинно-следственных отношений. После уточнения и упорядочивания результатов исследования наступает завершающая процедура – написание заключения, постановка диагноза и разработка рекомендаций.

Одно из основных понятий при описании эксперимента – переменная. Так называют любое реальное условие ситуации, которое может быть изменено. Выделяется несколько видов переменных (рис. 5.3).

Независимая – это условия, которые меняет сам экспериментатор.

Зависимая – фактор, изменяющийся в ответ на ввод независимой переменной.

Контролируемые переменные – те условия, которые в ходе эксперимента не должны меняться. Иначе нарушится правомерность эмпирического доказательства: динамику зависимой переменной можно будет объяснить не влиянием ЗП, а иными незапланированными и незамеченными самим экспериментатором воздействиями.

Спонтанные переменные – неподдающиеся строгому контролю, но непременно учитываемые факторы, на практике находящиеся между независимыми и зависимыми переменными, опосредующие их влияние друг на друга. Например: физиологическое или психологическое состояние испытуемых (стресс, усталость, интерес к работе, безразличие и др.). Логика эксперимента требует, чтобы такого рода характеристики не были упущены из

вида, так как они способны существенно изменить поведение испытуемых, повлиять тем самым на качество полученных результатов.

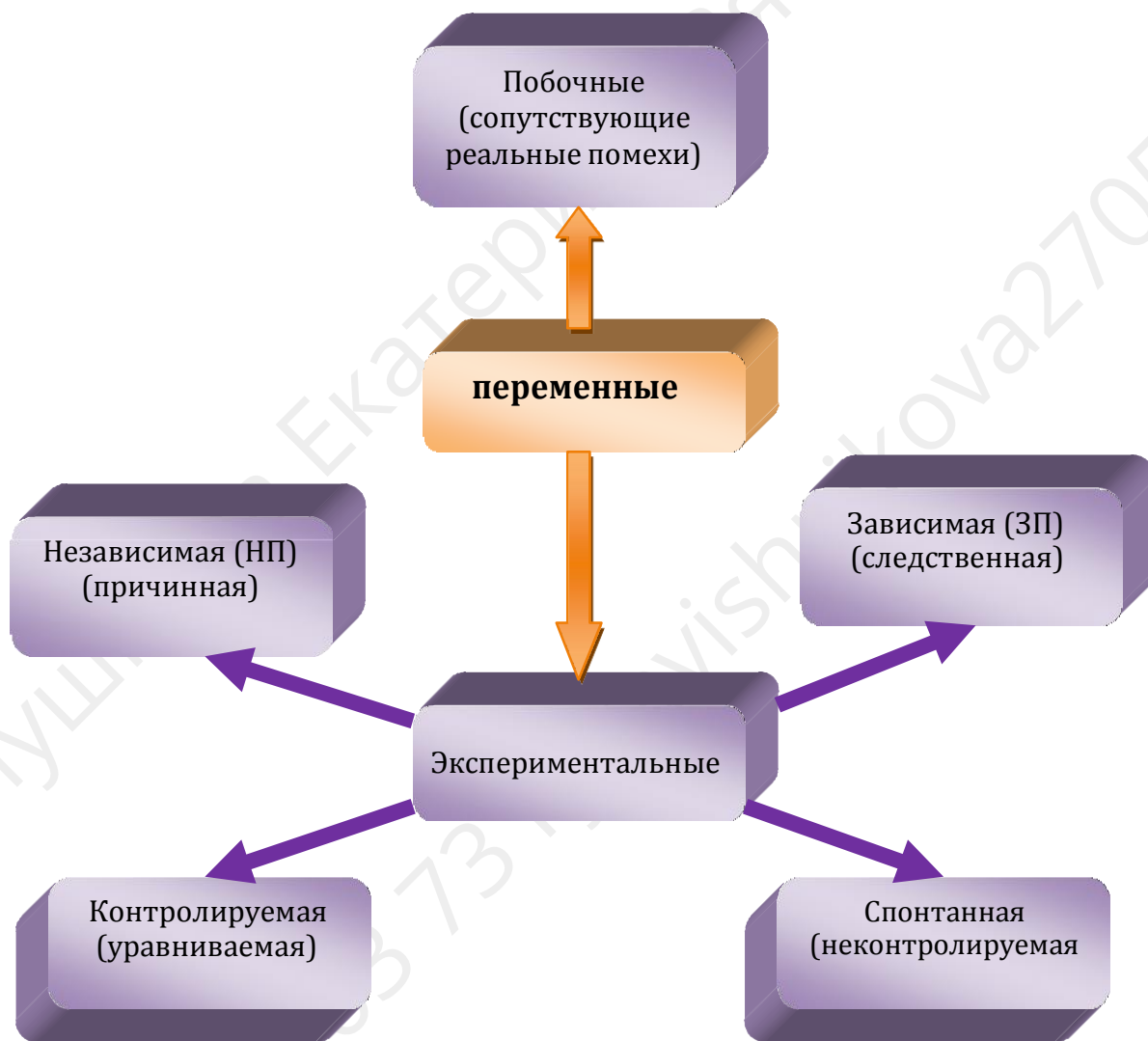


Рис. 5.3. Виды переменных

Таким образом, с помощью эксперимента исследователь изучает влияние независимых переменных на зависимые при константных характеристиках контролируемых переменных и учитываемых спонтанных.

В науке различают два плана проведения экспериментов: традиционный, где меняется только одна независимая переменная и факторный, где меняются одновременно несколько независимых переменных.

Гипотеза — это утверждение предположительного характера, научное суждение, для выдвижения и экспериментальной проверки которого требуются

74

веские основания научного и практического характера.

Выбор конкретной гипотезы во многом обусловлен целью исследования, главное, чтобы гипотеза поддавалась проверке и была сформулирована предельно точно и недвусмысленно. В науке выделяют три разновидности гипотез: о наличии феноменов (явлений); о наличии связи между феноменами; о существовании причинноследственной связи между феноменами.

Гипотеза будет научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям.

1. Формулировка гипотезы должна быть максимально точной и сравнительно простой. В ней не должно содержаться неопределенных, неоднозначно трактуемых терминов и понятий.

2. Гипотеза должна быть принципиально проверяемой, т. е. доказуемой экспериментальным путем.

3. Гипотеза должна объяснять весь круг явлений, на которые распространяются в ней утверждения.

Обычно в эксперименте участвуют две группы испытуемых: экспериментальная и контрольная. В работу первой из них вводится независимая переменная (одна или несколько), а в работу другой не вводится. Если все остальные условия эксперимента одинаковы, а сами группы схожи по своему составу, то можно доказать, что гипотеза является истинной или ложной.

Схема психолого-педагогического эксперимента.

Д. Кемпбел ввел понятие идеального эксперимента, которому удовлетворяют следующие условия:

- изменение экспериментатором только одной независимой переменной, а зависимая переменная строго контролируется;
- другие условия экспериментатора остаются неизменными;
- эквивалентность (равенство) испытуемых в контрольной и экспериментальной группе;
- проведение всех экспериментальных воздействий одновременно.

Идеальных экспериментов практически не бывает.

Виды эксперимента

В зависимости от *условий деятельности* различают лабораторный и естественный эксперимент.

Лабораторный эксперимент проводится в специально организованных условиях, отличающихся от реальных. При этом практически всегда применяются технические средства и специальная аппаратура. Действия испытуемых полностью определяют инструкциями. Достоинства этого эксперимента:

- высокая точность результатов;
- создание оптимальных условий для психологических исследований;

- осуществление полного контроля за всеми переменными;
- возможность повторных исследований в аналогичных условиях.

Недостатки эксперимента:

- условия деятельности испытуемых не соответствуют реальным;
- испытуемые знают, что они являются объектами исследований.

Многие значимые достижения психологической науки стали следствием использования лабораторных экспериментов. Однако далеко не всегда полученные результаты поддаются правомерному переносу в окружающую действительность.

В педагогических исследованиях лабораторный эксперимент предполагает создание искусственных условий для проверки, например, того или иного метода обучения, когда отдельные учащиеся изолируются от остальных.

Естественный эксперимент проводится в реальных условиях при целенаправленном варьировании нескольких из них исследователем. В психологии, как правило, применяется для изучения особенностей поведения. В педагогической науке естественный эксперимент используется чаще. Под естественным экспериментом в данном случае понимают эксперимент, проводимый в условиях обычного образовательного процесса, который направлен на решение задач педагогики и педагогической психологии, его обычно называют психолого-педагогическими. Он может быть длительным или кратковременным.

Значительный вклад в методику организации такого рода экспериментов внес отечественный ученый А.Ф. Лазурский.

По степени разработанности программы различают следующие виды эксперимента:

- поисковый, направленный на получение принципиально новых результатов в малоисследованной области. Проводится, когда неизвестно, существует ли причинно-следственная связь между независимой и зависимой переменными, или в тех случаях, когда не установлен характер зависимой переменной;
- уточняющий, цель которого – уточнение границ, в пределах которых распространено действие данной теории или закона;
- критический, организуемый в целях опровержения существующей теории или закона новыми фактами;
- воспроизводящий, предусматривающий точное повторение экспериментов предшественников для определения достоверности, надежности и объективности полученных ими результатов.

По характеру действия исследователя выделяются констатирующий, формирующий, проверочный (контрольный) и обучающий эксперименты.

Констатирующий эксперимент предусматривает выявление существующих

психических особенностей или уровень развития соответствующих качеств, а также констатацию отношений причин и следствий. Трудности констатирующего эксперимента состоят в том, что необходимо в совершенстве владеть техникой его проведения, здесь требуются особая деликатность, такт, щепетильность со стороны исследователя, умение устанавливать контакт с испытуемым. Констатирующий эксперимент позволяет установить только реальное состояние дел в процессе.

Контрольный эксперимент (проверочный уточняющий) используется для проверки гипотезы.

Формирующий эксперимент предполагает активное, целенаправленное воздействие исследователя на испытуемых для того, чтобы выработать определенные свойства или качества. Это позволяет раскрыть механизмы, динамику, закономерности образования психических феноменов, определить условия их эффективного развития. В педагогических исследованиях формирующий эксперимент используется для определения условий (методов, форм и содержания образования) развития личности школьника или детского коллектива.

В педагогических исследованиях используется обучающий эксперимент, который позволяет получить сведения об обучаемости ребенка. Обучающий эксперимент имеет особое значение в ходе изучения ребенка, так как определение способности к обучению – это определение резервов развития ребенка. Принцип обучающего эксперимента заключается в следующем: при проведении эксперимента избираются заведомо трудные для ребенка задания, а затем экспериментатор обучает ребенка решению задачи. Помощь экспериментатора строго регламентируется в виде фиксированных инструкций – кратких «уроков». В качестве показателя обучаемости учитывается:

- количество и качество помощи, необходимой для правильного выполнения задания (процесс формирования навыка);
- возможность и качество словесного отчета ребенком о проделанной работе;
- возможность переноса полученного навыка на новые условия. Мера помощи связана с изменением степени сложности предлагаемого ребенку задания. Учитывая это, каждое из экспериментальных заданий может быть представлено как задание с несколькими степенями сложности.

Понятие «степень сложности» включает:

- характеристику объема материала, с которым действует ребенок во время выполнения задания;
- степень участия экспериментатора в разъяснении пути выполнения задания;
- виды помощи, которые могут быть предложены ребенку в процессе выполнения задания (помощь стимулирующая, организующая, разъясняющая,

наглядно-действенная, конкретная).

77

Помощью является стимуляция к действию (подумай, постарайся сделать, у тебя получится); разъяснение сущности действия (например, при классификации: сюда будем откладывать все желтые, а сюда красные кружочки); введение наглядности при показе пути решения (экспериментатор выкладывает перед ребенком детали, необходимые для заданной конструкции, и начинает конструирование, предлагая ребенку продолжить действие); демонстрация образца (конкретная помощь) – выполнение задания с последующей репродукцией ребенком (например, экспериментатор сложил разрезную картинку, показал результат ребенку, разобрал конструкцию и предложил ребенку сделать то же самое).

При таком подходе к исследованию способы предъявления материала ребенку могут быть разнообразными, что обеспечивает постепенность изменения степени трудности задания и требований к ребенку. Это дает ему возможность перейти от элементарных к более сложным формам деятельности. Такая последовательность предъявления заданий позволяет определить степень сформированности того или иного действия. Результаты исследования покажут, способен ли ребенок вообще действовать в данной сфере деятельности, может ли решать поставленную задачу в обычных или хотя бы облегченных условиях.

Полученные с помощью обучающего эксперимента данные могут быть использованы для первичной оценки обучаемости детей, для сравнения сдвигов в развитии при различных системах обучения. Они помогут обеспечить индивидуальный подход при обучении.

В процессе работы выделяются следующие *этапы обучающего эксперимента*.

1. Введение ребенка в ситуацию эксперимента.
2. Сообщение содержания задания (инструкция).
3. Наблюдение за деятельностью ребенка при выполнении задания (решение задания) и оказание дозированной помощи.
4. Оценка результатов деятельности ребенка.

При оценке результатов деятельности фиксируется и анализируется принятие задачи ребенком, понимание им инструкции, возможность самостоятельного выполнения задания и возможность коррекции ошибок (контроль за деятельностью), обучаемость, факторы, влияющие на изменение результатов работы.

Резюмируя вышеизложенное, можно сказать, что анализ результатов изучения детей с особыми потребностями в обучении предполагает концентрацию внимания исследователя на анализе характера нарушений, возникающих при выполнении ребенком заданий, и учет условий эксперимента. Сюда относятся анализ истощения, наступающего в процессе выполнения ребенком экспериментального задания; учет темпа проведения эксперимента, характеризующего скорость нервных процессов, изменение объема

предполагаемых задач или материала, с которым действует ребенок (что в случаях превышения доступных для него пределов вызывает запредельное торможение). Отражение этих результатов в заключении по результатам эксперимента позволяет получить объективные данные, характеризующие особенности аномального ребенка.

В отличие от наблюдения, эксперимент – активный способ познания реальности, он предполагает планомерное вмешательство ученого в исследуемую ситуацию, управление ею. Если пассивное наблюдение позволяет нам ответить на вопросы: как, каким образом нечто происходит, то эксперимент дает возможность найти ответ на вопрос другого рода: почему это происходит?

Метод наблюдения

Наблюдение – основной, наиболее распространенный в педагогической психологии (и в педагогической практике в целом) эмпирический метод изучения человека. Под наблюдением понимается целенаправленное, организованное и определенным образом фиксируемое восприятие исследуемого объекта. Результаты фиксации данных наблюдения называются описанием поведения объекта.

Педагогическое наблюдение – это непосредственное восприятие, познание педагогического процесса в естественных условиях (например, в процессе учебы, внеклассной работы и т. д.).

Наблюдение позволяет судить о состоянии тех или иных психических функций в процессе спонтанной деятельности ребенка при минимальном вмешательстве со стороны наблюдающего. Наиболее важными видами наблюдения при психолого-педагогическом изучении ребенка является наблюдение за игрой, поведением, общением и состоянием работоспособности ребенка. Начиная обследование с наблюдения за игрой, можно расположить ребенка к себе в ситуации обследования, постепенно перейти к экспериментальным методикам.

Наблюдение в педагогическом исследовании может быть направлено на достижение различных целей: как источник информации для построения гипотез, для проверки данных, полученных другими методами, с его помощью можно извлечь дополнительные сведения об изучаемом объекте.

Наблюдение может проводиться непосредственно или же с использованием технических средств и способов регистрации данных (фото-, аудио- и видеоаппаратура, карты наблюдения и пр.). Однако с помощью наблюдения можно обнаружить лишь явления, встречающиеся в обычных, «нормальных» условиях, а для познания существенных свойств объекта необходимо создание специальных условий, отличных от «нормальных».

Чтобы получить необходимую для целей исследования информацию, не пропустить каких-то важных фактов или значимых сведений изучаемого

объекта, следует заранее разработать программу педагогического наблюдения. Её составление ставит исследователя перед необходимостью решать ряд достаточно сложных задач:

- изучать объект исследования всесторонне, в различных условиях и ситуациях;
- строить систему классификации фактов, явлений, которые отвечают целям исследования;
- проверять жизненность гипотезы;
- устанавливать сроки проведения наблюдения и определять средства сбора информации.

Можно выделить следующие этапы наблюдения:

- выявление проблемной ситуации;
- определение цели и задач (для чего, с какой целью ведется наблюдение);
- выбор объекта наблюдения (отдельные индивиды или группа), предмета наблюдения (поведение индивида или группы) и ситуации;
- выбор способа наблюдения, наименее влияющего на исследуемый объект и наиболее обеспечивающий сбор необходимой информации (как наблюдать);
- выбор способов регистрации наблюдаемого (как вести записи);
- построение плана наблюдения (ситуации – объект – время);
- осуществление наблюдения согласно плану;
- обработка и интерпретация полученной информации (каков результат).

Для регистрации различных действий объекта наблюдения (единиц наблюдения) используются *следующие документы*:

а) карточка наблюдения – предназначена для регистрации признаков наблюдения в строго формализованном и, как правило, в закодированном виде;

б) протокол наблюдения – предназначен для комбинированной регистрации результатов наблюдения в формализованных и неформализованных процедурах. Отражает алгоритм взаимодействия различных карточек наблюдения;

в) дневник наблюдателя – предназначен для фиксации результатов наблюдения. В нем отмечаются не только сведения об объекте, но и действия исследователя в ходе наблюдения, дается оценка инструментария.

Виды наблюдения показаны на рис. 5.4.

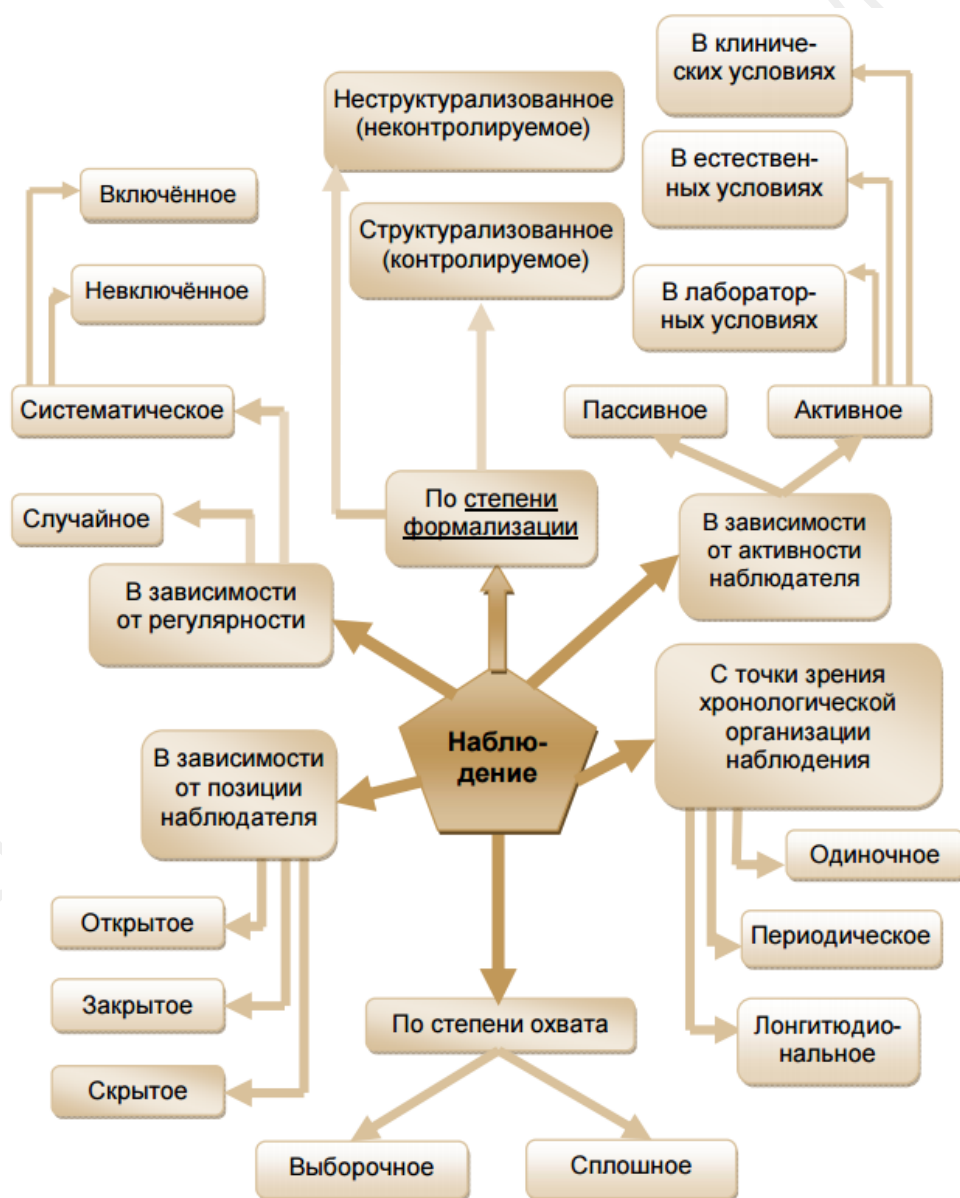


Рис. 5.4. Виды наблюдения

По степени охвата наблюдение может быть сплошным (когда внимание исследователя обращено, скажем, на весь класс (группу)); выборочным (когда ведётся наблюдение за отдельным учащимся и небольшой группой ребят).

По *регулярности проведения* можно различать наблюдение систематическое и случайное.

Систематическое наблюдение характеризуется, прежде всего, регулярностью фиксации действий, ситуаций, процессов в течение определённого периода времени. Оно позволяет выявить динамику процессов, значительно повысить достоверность экстраполяции их развития.

К случайному наблюдению относится наблюдение заранее незапланированного явления, деятельности, педагогической ситуации. Иными

словами, случайное наблюдение обычно не планируется как самостоятельная процедура сбора первичной информации.

По *степени формализации* выделяют неструктурированное (неконтролируемое), наблюдение, при котором исследователь не определяет заранее, какие именно элементы изучаемого процесса (ситуации) он будет наблюдать.

Оно не имеет строгого плана. Структурированное (контролируемое) наблюдение – исследователь заранее определяет, какие из элементов изучаемого процесса или ситуации имеют наибольшее значение для его исследования, и сосредотачивает на них свое внимание, составляя специальный план записи наблюдений до начала сбора информации. Чаще всего задача структурированного наблюдения в исследовании – проверка результатов, полученных другими методами, уточнение их.

Необходимо отличать научное наблюдение от обыденного (житейского). Научное наблюдение осуществляется по специально разработанной педагогической программе и в отличие от обыденного характеризуется следующими особенностями.

1. Целенаправленностью не только преимущественно на выбранные объекты, но и проведение их описания в свете определённой концепции, парадигмы (модели). Это позволяет сделать наблюдение не просто фиксированием материала, а средством отбора необходимого.

2. Аналитическим характером, что даёт возможность выделять отдельные стороны, элементы, связи изучаемых объектов, их анализировать, оценивать и объяснять уже в ходе наблюдения.

3. Комплексностью, обусловленной целостным характером педагогического процесса и требующей не упускать из поля зрения ни одной его существенной стороны или связи.

4. Систематичностью – когда не ограничиваются разовым «снимком» изучаемого, а на основе систематических наблюдений выявляют существенные связи и отношения, обнаруживают причины изменения и развития наблюдаемого за определённый период.

Наблюдение бывает *прямое* и *косвенное*. Прямое наблюдение характеризуется тем, что исследователь изучает процесс непосредственно, косвенное – тем, что об особенностях изучаемого явления педагог узнаёт через других лиц.

Преимущество прямого наблюдения состоит в том, что оно позволяет изучать деятельность и поведение людей непосредственно, т. е. те их особенности, о которых, например, в беседах или анкетах они не упоминают. Однако отметим, что интимные процессы и многие ситуации совсем недоступны прямому наблюдению. Поэтому полученные материалы при помощи этого наблюдения трудно поддаются анализу.

В практике работы с учащейся молодёжью применяется скрытое

наблюдение – осуществляется незаметно для учащихся. Именно это наблюдение представляет ценность. Здесь исследователь придерживается правила: стремиться видеть, будучи невидимым. Он просто регистрирует ход происходящих событий. В процессе скрытого наблюдения на первой (предварительной) стадии педагог-исследователь в начале учебного года целенаправленно и систематически собирает материал жизни, деятельности, общения учащихся. Информация фиксируется и накапливается в дневниках педагогических наблюдений. На второй (утрачивающей) стадии педагог-исследователь систематизирует, классифицирует полученную информацию, анализирует факторы, способствующие развитию негативных качеств личности учащегося, внешние особенности поведения, устанавливает между ними связь, чтобы проникнуть в сущность явления, строит умозаключения.

На третьей, заключительной (преобразующей) стадии педагог-исследователь на основе получения информации и её анализа прогнозирует воспитательную работу с учащимися.

В зависимости от степени участия исследователя в изучаемой ситуации различают включенное (участвующее) и невключенное (неучаствующее) наблюдение. При невключенном (внешнем) наблюдении исследователь находится вне изучаемого объекта, он как бы со стороны наблюдает происходящие процессы, не вмешиваясь в их ход, не задавая никаких вопросов, он просто регистрирует ход происходящих событий. Невключенное наблюдение ведется за массовыми процессами, оно применяется для описания педагогической атмосферы, в которой происходит интересующие исследователя явления, факт.

Внешнее наблюдение даёт возможность фиксировать факты так называемого «открытого поведения», «открытых отношений», «открытых поступков». Но исследователь как человек посторонний не может точно знать, что скрывается за этими фактами, поэтому его интерпретация не всегда может быть правильной. Повысить объективность наблюдения можно путём увеличения числа наблюдателей (исследователей). Недостатком данного вида наблюдения является то, что при нём всегда может иметь место некоторая нарочитость в поведении. Длительность и систематичность наблюдений снимают этот недостаток.

Включенным (участвующим) называется такой вид наблюдения, при котором исследователь в той или иной степени непосредственно включён в изучаемый процесс, находится в контакте с наблюдаемыми людьми и принимает участие в их деятельности. Иными словами, исследователь «сливается», «сживается» с наблюдаемой средой, коллективом. Существенно то, что наблюдаемые начинают исследователя считать членом данного коллектива и соответственно к нему относиться. Например, исследователь вместе с учащимися участвует в различных воспитательных мероприятиях: в организации

и проведении вечеров, дискотек, общественно полезном труде, в многообразных конкурсах, спортивных играх.

Ценность включенного наблюдения состоит в том, что оно позволяет собрать информацию, недоступную для получения другими методами. Исследователю здесь открываются более значимые для коллективной деятельности процессы и явления. Поскольку при длительном наблюдении члены изучаемого коллектива успевают привыкнуть к исследователю, они возвращаются к своим привычным действиям и поведению, к своим обычным правилам и нормам, словом, к тому, что им свойственно в естественных условиях. Исследователь постепенно начинает постигать более глубинные процессы коллективной жизни: проникать во внутрь взаимоотношений, «высвечивать» закономерности и противоречия, которые внешне не видны, и т.д. Например, исследователь узнаёт, чем живёт коллектив, какие традиции являются ведущими, что поощряется и что порицается, какова нравственно-духовная и эмоциональная атмосфера, в которой живёт коллектив, и т. д.

В исследовании педагогических проблем используется лонгитюдное наблюдение – длительное наблюдение за одними и теми же, скажем, учащимися на протяжении нескольких лет. Это наблюдение охватывает большое количество в разной мере взаимосвязанных явлений. При этом наблюдении представляется возможность проследить развитие личности учащегося или ученического коллектива (по мере перехода из одного класса в последующий) на протяжении многих лет. Благодаря этому многолетнему наблюдению удаётся раскрыть объективные и субъективные тенденции, изменения интеллектуальных, познавательных и духовных потребностей учащегося, определить причины изменения школьника к учебе, труду, товариществу, коллективу. А на основе собранного материала наметить конкретные пути совершенствования учебно-воспитательной работы.

Эффективность метода наблюдения во многом зависит от соблюдения следующих педагогических требований:

- успех метода наблюдения в конкретном педагогическом исследовании во многом определяется личностью наблюдателя: его мировоззрением, способностями, профессионализмом, общительностью, отзывчивостью, скромностью, ненавязчивостью и другими качествами;
- наблюдение должно служить строго сформулированным действительно научным задачам исследования и ничем не вредить тем, за кем наблюдают;
- исследователь должен непрерывно контролировать свои действия, чтобы их влияние на наблюдаемую ситуацию и, следовательно, изменение её было минимальным;
- наблюдение не должно быть субъективным, исследователь обязан фиксировать все факты, а не те, которые его устраивают;

- результаты наблюдений необходимо сопоставлять с помощью других методов (например, анкетирования, тестов, рейтинга, анализа результатов деятельности и т. д.) и выполнять в виде кратковременной записи, проводимой по «горячему следу»; карточек, служащих для регистрации информации; дневников наблюдений, в которых систематически день за днем заносить все необходимые сведения;

- необходима точная фиксация фактов в процессе наблюдения, их последующий объективный педагогический анализ.

Наблюдение – достаточно трудоёмкий метод исследования (рис. 5.5).

Трудности применения наблюдения в качестве метода сбора первичной информации являются следствием его особенностей и делятся на субъективные, связанные с личностью исследователя, и объективные, не зависящие от исследователя.

Приведем субъективные трудности наблюдения.

1. Поскольку наблюдение часто ведется одним человеком, а его восприятие ограничено, то он может пропустить, не заметить какие-то важные проявления воспитанника.

2. Исследователь старается в короткое время зафиксировать как можно больше различных явлений, может не найти их места в контексте тех процессов, которые свойственны коллективу, и его наблюдения могут так и остаться набором разрозненных впечатлений. Это особенно характерно для тех случаев, когда учащегося наблюдают эпизодически. В любом учебном заведении всегда есть учащиеся, которые особенно нуждаются в пристальном внимании и специальном педагогическом воздействии, а ограниченность времени не предоставляет возможности исследователю всесторонне и глубоко изучить воспитанника. Поэтому наблюдения необходимо дополнять данными, полученными при помощи других методов.



Рис. 5.5. Достоинства и недостатки метода наблюдения

3. Поскольку результаты наблюдения фиксируются словесно, то неизбежно искажение информации, так как некоторые формы поведения учащихся исследователю трудно описать однозначно.

4. Исследователь понимает и истолковывает поведение и действия воспитанников через призму собственного «я», через свою систему ценностных ориентаций.

К объективным трудностям наблюдения относится ограниченность времени наблюдения, а также то, что далеко не все педагогические факты поддаются непосредственному наблюдению. С его помощью почти невозможно выявить мнения, суждения, точку зрения, позицию, мотивы деятельности, ценностные ориентации. Методом наблюдения исследователь фиксирует внешнее поведение ребенка, но не может с достаточной достоверностью судить о тех психических процессах, которые характеризуют внутренние мотивы его деятельности. Кроме того, без привлечения дополнительной информации невозможно сказать, насколько поведение учащихся или дошкольников, находящихся под наблюдением, типично для окружения.

В связи с вышесказанным метод наблюдения применяется в сочетании с другими методами исследования личности ребенка (рис. 5.6).

Метод беседы относится к традиционным методам педагогических исследований. Исследователи всех времен в беседах получали такую информацию, какую никакими другими способами получить невозможно.

Беседа – самостоятельный или дополнительный метод исследования, применяемый с целью получения необходимой информации или разъяснения того, что не было достаточно ясным при наблюдении. В беседе выявляются отношения людей, их чувства и намерения, оценки и позиции. Педагогическая беседа как метод исследования позволяет собрать информацию о психических явлениях в процессе личного общения, проникнуть во внутренний мир собеседника, выявить причины тех или иных его поступков.

Беседа не требует привлечения сложной дополнительной аппаратуры и оборудования, но в то же время, как ни один другой метод, предъявляет высокие требования к исследователю, его мастерству, профессиональной зрелости.

Беседа проводится по заранее намеченному плану с выделением вопросов, требующих выяснения. Она ведется в свободной форме без записи ответов собеседника.

В зависимости от особенностей предварительно подготовленного плана (программы и стратегии) и характера стандартизации беседы, т. е. ее тактики выделяется несколько типов беседы от «полностью контролируемой» до «практически свободной». При этом под программой и стратегией, как правило, подразумевают составленный исследователем в соответствии с целями и задачами беседы набор смысловых тем и последовательность движения между ними. Чем выше степень стандартизации беседы, тем более строг, определен и неизменяем набор и форма вопросов в ней, т. е. тем более жесткой и ограниченной является его тактика. Стандартизация беседы означает также и то обстоятельство, что инициатива в ней перемещается на сторону психолога, задающего вопросы.

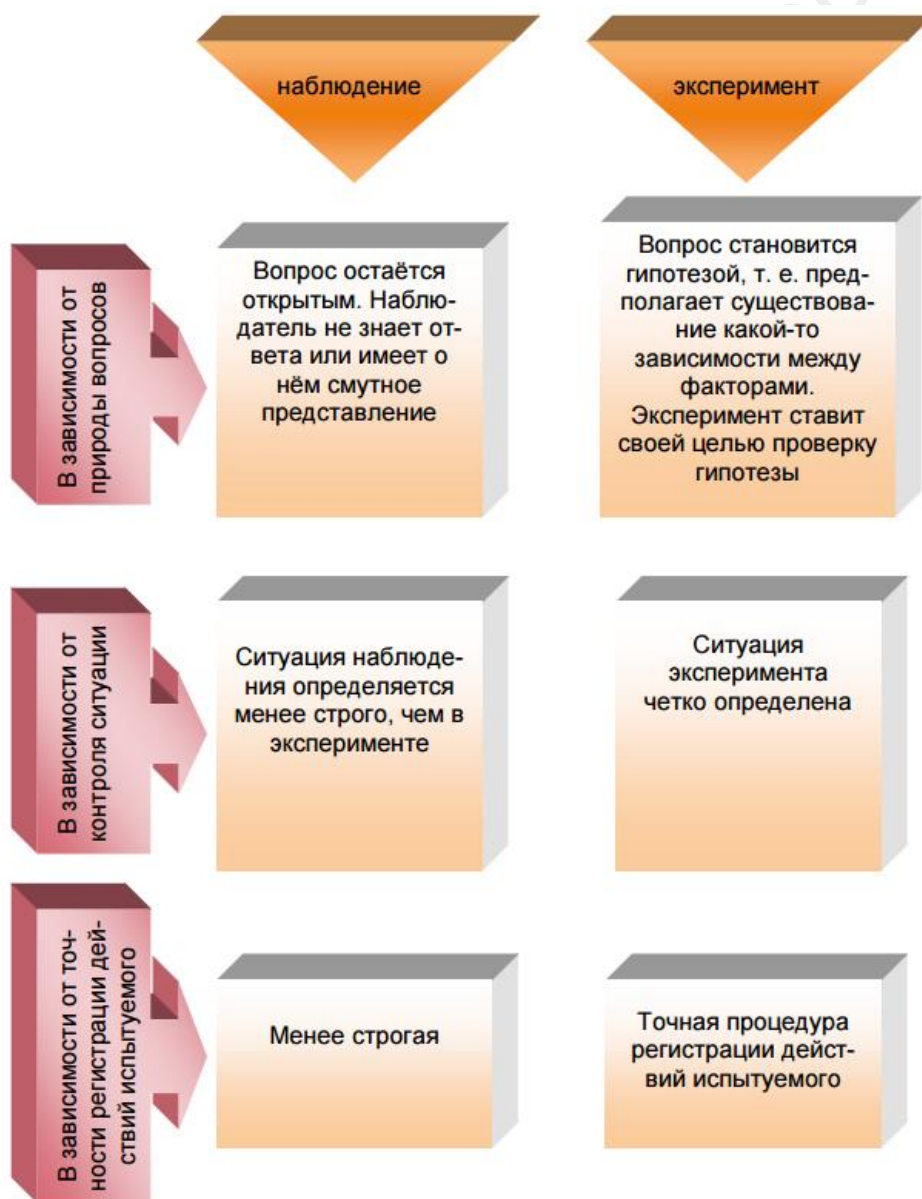


Рис. 5.6. Сравнительный анализ методов наблюдения и эксперимента

Таким образом, полностью контролируемая беседа предполагает жесткую программу, стратегию и тактику, а противоположный полюс – практически свободная беседа – отсутствие заранее сформулированной программы и наличие инициативной позиции в беседе у того, с кем она проводится. Между ними располагаются следующие *основные типы бесед*:

- стандартизированная – стойкие программа, стратегия и тактика;
- частично стандартизированная – стойкие программа и стратегия, тактика значительно более свободная;

- свободная – программа и стратегия заранее не определяются или же только в основных чертах, тактика совершенно свободная.

Полностью и частично стандартизированная беседа дает возможность сравнения разных людей; беседы такого типа являются более емкими в отношении времени, могут опираться на меньший клинический опыт исследователя и ограничивать непреднамеренное воздействие на испытуемого.

Однако их большим недостатком является то, что они представляются не вполне естественной процедурой, имеющей более или менее выраженный оттенок экзаменационного опроса, и поэтому сковывающей непосредственность и вызывающей к действию защитные механизмы.

Как правило, к беседам подобного типа прибегают в том случае, если исследователем уже установлено сотрудничество с собеседником, исследуемая проблема несложна и носит скорее частичный характер.

Беседа свободного типа всегда ориентирована на конкретного данного собеседника. Она позволяет получать множество данных не только прямым, но и косвенным образом, поддерживать контакт с собеседником, отличается сильным психотерапевтическим содержанием, обеспечивает высокую спонтанность проявления значимых признаков. Подобный тип беседы характеризуется особенно высокими требованиями к профессиональной зрелости и уровню педагога, его опыту и умению творчески пользоваться беседой.

В целом процедура проведения беседы предполагает возможность включения в нее разнообразных модификаций – тактических приемов, позволяющих обогатить ее содержание. В беседах с детьми хорошо оправдывают себя куклы, различные игрушки, бумага и карандаш, драматические сценки.

Несмотря на многообразие типов беседы, все они имеют ряд постоянных структурных блоков, последовательное движение по которым обеспечивает беседе полную целостность.

Вводная часть беседы играет очень важную роль в композиции. Именно здесь необходимо заинтересовать собеседника, привлечь его к сотрудничеству, т. е. настроить на совместную работу. Продолжительность и содержание вводной части беседы принципиально зависят от того обстоятельства, будет ли она единственной с данным собеседником или у нее возможно развитие; каковы цели исследования и т. д.

На начальной стадии беседы особую роль для установления и поддержания контакта играет невербальное поведение педагога или психолога, свидетельствующее о понимании и поддержке собеседника. Важным является наличие отчетливого представления исследователя о целях и задачах вводной части. Их последовательная реализация, установление прочного контакта с собеседником позволяют переходить к следующему, второму этапу.

Второй этап беседы характеризуется наличием общих открытых вопросов по теме беседы, вызывающих как можно больше свободных высказываний собеседника, изложение им своих мыслей и переживаний. Такая тактика позволяет педагогу накопить определенную фактическую событийную информацию.

Третьим этапом беседы становится подробное исследование содержания обсуждаемых проблем. На этом этапе следует от общих открытых вопросов переходить к более специфическим, конкретным. Данный этап наиболее сложный для исследователя, так как его успешность зависит от умения задавать вопросы, слушать ответы, наблюдать за поведением собеседника. Содержание этапа полностью определяется конкретными целями и задачами данной беседы.

Завершающая фаза – окончание беседы. Переход к ней возможен после успешного и достаточно полного проведения предшествующего этапа исследования. Как правило, здесь в той или иной форме делаются попытки ослабить напряжение, возникающее в ходе беседы, и выражается признательность за сотрудничество. Если беседа предполагает свое последующее продолжение, то ее завершение должно сохранить готовность собеседника к дальнейшей совместной работе.

Описанные этапы беседы не имеют жестких границ. Переходы между ними являются постепенными и плавными. Однако «перескакивание» через отдельные фазы беседы может привести к резкому снижению достоверности получаемых данных, нарушить процесс общения, диалога собеседников.

Использование метода беседы требует от исследователя умения правильно обращаться к своему собеседнику, задавать вопросы и слушать его ответы.

Для поощрения собеседника к высказыванию своих мыслей исследователем используются нейтральные, малозначащие по существу фразы, позволяющие содержательно продолжить беседу. Такие ответы – не просто реплики, которые делаются тогда, когда ответить нечего; они помогают выразить одобрение, понимание, интерес, приглашение высказаться свободно и непринужденно. Исследования показали, что простейшая нейтральная реплика или утвердительный наклон головы ободряют собеседника и вызывают у него желание продолжить общение. Важно только, чтобы ответы возникали естественно и были бы всегда действительно нейтральными.

Наиболее употребительными минимальными ответами являются следующие: «да?»; «продолжайте, продолжайте, это интересно»; «понимаю»; «можно ли поподробнее...».

Эти реплики нейтральны, их иногда называют «открывающими», т. е. такими, которые способствуют развитию беседы, особенно в самом ее начале. Они снимают напряженность говорящего, возникающую из боязни быть непонятым, получить отказ, так как молчание слушающего может быть неправильно истолковано как незаинтересованность или несогласие.

С другой стороны, некоторые краткие реплики, напротив, могут стать помехой в общении, так как могут быть поняты как принуждение к нему. Это высказывания следующего типа: «это почему же?»; «почему бы и нет?». Они, скорее, приведут к прекращению разговора, чем к его продолжению.

Принципиальное значение в проведении беседы имеют вопросы. С их помощью можно вести процессы передачи информации собеседником в определенном направлении, соответствующем программе беседы; взять инициативу в беседе; активизировать собеседника, чтобы от монологической речи перейти к диалогу; дать возможность собеседнику проявить себя, доказать свои знания, продемонстрировать свои мнения, оценки, взгляды и позиции.

Известно, что между вопросом и ответом существует достаточно строгая смысловая и формальная координация. Вопрос строится в зависимости от потенциального ответа. Существует несколько классификаций типов вопросов, используемых в беседе. В зависимости от широты предстоящего ответа выделяются три основные группы вопросов.

1. Закрытые – это вопросы, на которые ожидается ответ «да» или «нет». Они обращены ко всему объему содержащегося в них смысла.

Примеры: «любите ли Вы бродить осенним вечером под теплым и негромким дождем?»; «это все, что Вы хотели сказать?»; «это трудно?»; «предпочли бы Вы это сделать сами?». Закрытые вопросы ведут к созданию напряженной атмосферы в беседе, поскольку резко сужают «пространство для маневра» у собеседника, легко могут нарушить ход мыслей говорящего. Они переключают фокус общения с говорящего на слушающего, нередко заставляют говорящего занимать защитную позицию. Следовательно, использование такого типа вопросов осуществляется не случайно, а только со строго определенной целью: расширить или сузить первоначальное сообщение говорящего, нацелить непосредственно на принятие решения.

2. Открытые вопросы – это вопросы, на которые нельзя ответить «да» или «нет», они требуют какого-то объяснения. Это так называемые вопросы «кто», «что», «как», «сколько», «почему». Например: «что Вы собираетесь делать летом?». Вопросы такого типа позволяют общению перейти в разновидность диалога-монолог с упором на монолог собеседника, т. е. на более высокую ступень беседы. Благодаря их использованию собеседник находится в более активном состоянии, он имеет возможность без подготовки, по своему усмотрению строить содержание ответов. Открытые вопросы могут быть и переломными по своей функции, т. е. для перехода от одной, уже полностью раскрытой смысловой темы, к другой.

3. Выясняющие вопросы – обращение к говорящему за уточнением. Они вынуждают собеседника размышлять, тщательно обдумывать и комментировать то, что уже было сказано. Например: «в этом ли состоит проблема, как Вы ее понимаете?»; «что Вы имеете в виду?».

Однако на пути углубленного выяснения содержания ответа собеседника более удобным представляется не формулирование вопросов, а прием перефразирования, когда говорящему передают его же сообщение, но словами слушающего. Цель перефразирования – собственная формулировка сообщения говорящего для проверки его точности. Перефразирование можно начать следующими словами: «как я понял Вас»; «как я понимаю, Вы говорите...»; «другими словами, Вы считаете»; «по Вашему мнению». При перефразировании выбираются только главные, существенные моменты сообщения, иначе ответ вместо уточнения понимания может стать причиной путаницы. Слушающему важно уметь выразить чужую мысль своими словами.

В зависимости от смысла ответов выделяются следующие типы вопросов:

- «да – нет» вопросы, т. е. закрытые;
- альтернативные. Вопрос содержит в себе самом тот возможный выбор, который предстоит сделать собеседнику. Ответ на него будет охватывать лишь часть (большую или меньшую) смысла, содержащегося в вопросе;
- избирательные. Вопрос задает некоторый круг «предметов», не называя их конкретно, из которых можно сделать выбор, который содержится в ответе на избирательный вопрос. Например: «чем он болен?» – «гриппом»;
- иксовые вопросы, не подсказывающие ответа. Например: «что он сказал?»; «что Вы собираетесь делать летом?». На вопросы такого типа могут последовать любые ответы, которые явным образом не связаны с теми смысловыми ориентирами, которые содержатся в вопросе. Координация между вопросом и иксовым ответом подтверждается тем фактом, что вопрос при иксовом ответе не может строиться так же, как строится при «да-нет» ответах, альтернативных и избирательных ответах.

Предложенные четыре типа вопросов рассматриваются как основные ориентиры, к которым могут в большей мере тяготеть конкретные ответы.

В зависимости от функциональной роли данного вопроса в целостной программе беседы выделяются следующие типы вопросов:

- подспудные – это те переменные, в которых мы хотим охарактеризовать испытуемого. Это, по сути дела, вопросы, которые задает себе сам проводящий беседу. Содержание «подспудного», «генерального» вопроса порождает целый веер конкретных вопросов, ответы на которые позволяют нам проникнуть в те проблемы, которые в ходе беседы явно не формулируются;
- прямые – это средство реализации подспудного вопроса. Прямые вопросы могут быть сформулированы в личной форме: «знаете ли Вы...»; «что Вы думаете о...?»; «каково Ваше мнение по поводу...?». Они также могут быть сформулированы в безличной или полубезличной форме: «некоторые люди считают, что...»; «а как с Вашей точки зрения?»;

- фильтрующие – выполняют функцию контрольных. Положительный или отрицательный ответ, полученный на них, должен быть повторен на связанные с ними по смыслу вопросы. Если у испытуемого нет знания о предмете обсуждения, то не может быть своих мнений и оценок.

На основе характера связи вопросов с исследуемым, обсуждаемым предметом выделяют:

- прямые вопросы – непосредственно касаются исследуемого предмета, например: «боязно ли Вам обращаться к незнакомому человеку?»;
- косвенные – более опосредованно касаются исследуемого предмета, оставляя испытуемому достаточно широкий выбор ответа, например: «как Вы поступаете, когда Вам бывает боязно обратиться к незнакомому человеку?»;
- проективные – касаются той области, в которую включен исследуемый предмет: «все ли боятся обращаться к незнакомым людям?». К ним можно добавить вспомогательный вопрос: «ну, а как Вы?».

Независимо от конкретного вида вопросов и их классификации существует ряд общих правил относительно неприемлемых в беседе типов высказываний.

1. Следует избегать наводящих вопросов, которые самой своей формулировкой подсказывают ответ: «вы, конечно, любите читать книги?»; вопросов, первая часть которых содержит любую оценочную позицию или точку зрения экспериментатора: «я знаю, что такие уверенные в себе люди, как Вы, легко общаются. Не так ли?»; вопросов, носящих произвольный, непроверенный, альтернативный характер: «вам легко знакомиться с другими людьми или Вам это трудно сделать?» (испытуемый может придерживаться третьей точки зрения, которая вовсе не задана этим вопросом и потому может остаться невысказанной) и, наконец, вопросов, слишком широко сформулированных относительно предмета обсуждения: «как Вы относитесь к другим людям?»

2. Не следует злоупотреблять комментариями, вставлять их как можно реже, осторожнее и всегда продуманно.

Эффективность беседы во многом зависит от умения слушать собеседника. Слушать и воспринимать означает, иными словами, умение не отвлекаться, поддерживать постоянное внимание, устойчивый визуальный контакт. Поскольку скорость мышления примерно в четыре раза больше скорости речи, следует использовать время на анализ и выводы из непосредственно услышанного.

Немаловажным в процессе беседы является невербальное общение, которое включает в себя формы самовыражения, не опирающиеся на слова и другие речевые символы. Ценность невербального общения заключается в том, что оно спонтанно и проявляется бессознательно, оно содержит достаточно элементов, которые позволяют убедиться в достоверности того, что сказано словами.

Понимание невербального языка в основном происходит при обучении. И хотя люди в этом плане очень отличаются друг от друга, установлено, что чуткость в невербальном общении повышается с возрастом и опытом.

Выражение лица – мимика – главный показатель чувств. Легче всего распознаются положительные эмоции: счастье, любовь, удивление; труднее – отрицательные: печаль, гнев, отвращение. Наиболее информативны в данном случае положение бровей, «открытость» или прищуренность глаз, положение губ. Особенно экспрессивны губы человека. Так, плотно сжатые губы отражают глубокую задумчивость, изогнутые – сомнение или сарказм. Улыбка, как правило, выражает дружелюбие, потребность в одобрении. В то же время как элемент мимики и поведения она зависит от региональных и культурных различий. Поскольку улыбка может отражать разные мотивы, следует быть осторожным в ее истолковании. Например, чрезмерная улыбчивость часто выражает потребность в одобрении или почтение по отношению к начальству; улыбка, сопровождаемая приподнятыми бровями, выражает готовность подчиняться, а улыбка с опущенными бровями выражает превосходство. Лицо экспрессивно отражает чувства, поэтому говорящий обычно пытается контролировать выражение своего лица. В неприятной ситуации натянутая улыбка выдает чувства беспокойства и извинения. *Визуальный контакт* – исключительно важный элемент общения. Когда мы смотрим на говорящего, это означает не только заинтересованность, но и помогает нам сосредоточить внимание на том, что нам говорят. Во время беседы говорящий и слушающий то смотрят, то отворачиваются друг от друга, чувствуя, что постоянный взгляд может мешать собеседнику сосредоточиться. Время от времени глаза собеседников встречаются, но на короткое время. Легко поддерживается визуальный контакт при обсуждении приятной темы; собеседники избегают его, обсуждая запутанные или неприятные вопросы. Нстойчивый или пристальный взгляд в подобных случаях воспринимается как признак враждебности, создает неблагоприятное впечатление о смотрящем.

Визуальный контакт помогает регулировать беседу. Если говорящий то смотрит в глаза, то отводит взгляд в сторону, то он еще не закончил говорить. По завершении своего высказывания говорящий, как правило, прямо смотрит в глаза собеседнику, как бы предлагая тому вступить в разговор.

Интонация и тембр голоса. Умеющий слушать понимает больше, чем значат слова говорящего. Можно оценить и тон голоса, скорость речи, заметить отклонения в построении фраз (например, аграмматизмы, незаконченность предложений), частоту пауз. Эти вокальные выражения наряду с отбором слов и выражением лица очень важны для понимания сообщения. Чувства собеседника прямо отражаются в тоне голоса. Легко распознаются, например, гнев, печаль, несколько труднее – нервозность, ревность. Сила и высота голоса тоже несут дополнительную информацию о сообщении говорящего. Так, например,

радость, недоверие, энтузиазм передаются высоким голосом, гнев и страх тоже выражаются высоким голосом, но в более широком диапазоне тональности, силы и высоты звуков; печаль, горе, усталость обычно передаются мягким и приглушенным голосом с понижением интонации к концу каждой фразы. Скорость речи возрастает, когда говорящий взволнован, обеспокоен или сообщает о своих личных трудностях. Быстро говорит и тот, кто стремится убедить своего собеседника. Медленная речь чаще свидетельствует об угнетенном состоянии, горе, высокомерии или усталости. Допуская в речи незначительные ошибки – повторение слов, неуверенный или неправильный их выбор, обрыв фразы на полуслове – люди невольно выражают свои чувства или намерения. Обычно речевые недостатки более выражены при неуверенности собеседника в себе, в состоянии волнения или при попытках обмануть. Порою звуки – междометия, вздохи, нервный кашель, фырканье и т. п. – могут означать больше, чем слова.

Позы и жесты. Установку и чувства человека во многом можно определить по его моторике, т. е. по тому, как он стоит или сидит, по его жестам и движениям. Поза говорящего, склоняющегося к сидящему, более способствует разворачиванию общения, поскольку она свидетельствует о внимании. В разговоре труднее с теми, кто откидывается назад или разваливается в кресле. Следует понаблюдать, в каком положении собеседник чувствует себя наиболее удобно, как он стоит, сидит, передвигает стул или как движется, когда думает, что на него смотрят. Значение многих жестов рук или движений ног в определенной мере очевидно. Например, скрещенные руки (или ноги) обычно указывают на скептическую, защитную установку, тогда как не скрещенные конечности выражают более открытую установку доверия. Сидят, подперев ладонями подбородок, обычно в задумчивости. Стоять подбоченившись – признак неповиновения, или, наоборот, готовности приступить к работе. Руки, заведенные за голову, выражают превосходство. Во время разговора головы собеседников находятся в постоянном движении; хотя кивание головой не всегда означает согласие, оно действительно помогает беседе, как бы поощряя собеседника продолжить речь. Кивки головой действуют на собеседника одобряюще, однако быстрый наклон или поворот головы в сторону, жестикуляция часто указывают на то, что слушающий хочет высказаться.

Обычно и говорящим, и слушающим легче беседовать с теми, у кого оживленное выражение лица и экспрессивная моторика. Активная жестикуляция часто отражает положительные эмоции и воспринимается как признак заинтересованности и дружелюбия. Чрезмерное жестикулирование, однако, может быть выражением беспокойства или неуверенности.

Другим важным фактором является *межличностное пространство* – как близко или далеко собеседники находятся по отношению друг к другу.

Обычно чем больше собеседники заинтересованы друг в друге, тем ближе

они располагаются. При этом социальное расстояние для неформальных социальных и деловых отношений составляет от 1,2 до 3,7 м, причем верхний предел более соответствует формальным отношениям. На расстояние между собеседниками может повлиять и стол, если во время беседы он не используется по своему прямому назначению, т. е. на нем не пишут, не рисуют и т. п. Стол может ассоциироваться в подобном случае с высоким положением и властью, что может сразу же придать беседе вид ролевого общения. По этой причине удобнее в некоторых случаях проводить беседы, сидя рядом с собеседником на стульях, стоящих под углом друг к другу.

Невербальное общение позволяет точнее понять сказанное. В том случае, когда невербальные «сообщения» противоречат сказанным словам, следует особенно внимательно отнестись к этому обстоятельству. На противоречивые жесты и слова собеседника следует отвечать подчеркнуто продуманно, оставляя себе время для оценки происходящего и принятия решения. Например, говорящий соглашается с вами, но проявляет при этом признаки сомнения: делает частые паузы, задает вопросы, его лицо выражает удивление и т. п. В данном случае возможно высказывание такого типа: «похоже, Вы к этому относитесь скептически? И с чем это может быть связано?» Подобное высказывание выражает внимание к тому, что говорит и делает собеседник, не вызывая у него беспокойства или защитной реакции.

Итак, эффективность беседы зависит не только от внимания к словам говорящего, но и от понимания невербальных сигналов: жестов и мимики говорящего. Анализ содержания вербального и невербального общения позволяет правильно интерпретировать содержание беседы и, следовательно, повышает уровень достоверности ее результатов.

Таким образом, можно выделить следующие основные требования к педагогической беседе:

- целенаправленность, т. е. педагог четко намечает цель предстоящей беседы;
- специально составленная программа, т. е. педагог намечает круг основных и вспомогательных вопросов, которые позволят выяснить сущность интересующих исследователя проблем; при продумывании вспомогательных вопросов педагог учитывает возможные варианты беседы и предусматривает ее ход в случае позитивных или отрицательных ответов;
- создание благоприятной морально-психологической атмосферы;
- умение наблюдать за поведением собеседника, его мимикой, эмоциональными реакциями, желанием отвечать или уходить от ответов;
- удобные формы фиксации получаемой информации по ходу беседы и интервью.

При изучении детей проводится, во-первых, беседа с ребенком, во-вторых,

беседа с родителями.

96

Как правило, *беседа с ребенком* проводится перед началом обследования с целью установления контакта с ним, создания у него правильного отношения к работе и составления общего представления о его развитии. Это исходный этап знакомства, от которого зависит установление контакта, и очень важный метод, потому что многие дети с отклонениями в развитии имеют негативный опыт общения со взрослыми. Неуверенных детей следует приободрить, похвалить, с детьми расторможенными – взять более строгий тон. Содержание беседы должно быть направлено на выявление особенностей представлений ребёнка об окружающем, следует коснуться интересов ребёнка, его любимых занятий, игр. Начинать беседу следует с простых вопросов. Если ребёнок отказывается отвечать, ему можно предложить рассмотреть какую-нибудь картинку или игрушку и постепенно, по мере установления контакта, ввести беседу в нужное русло. Беседовать с ребёнком следует в доброжелательном, ровном тоне. Обращаться к нему следует только по имени.

В книге И. Шванцара «Диагностика психического развития» описаны общие рекомендации к проведению беседы с детьми (иногда его называют диагностическим интервью). Обычно такая беседа отличается следующей структурой:

- введение: привлечение внимания ребёнка к сотрудничеству, «настройка»;
- свободные, неуправляемые высказывания ребёнка;
- общие вопросы типа: «ты можешь мне рассказать что-нибудь о себе», «меня бы интересовало, раз уж мы немного познакомились, как ты играешь с детьми», и т. п.;
- подробное исследование;
- попытка ослабить напряжение и сделать заключение с выражением признательности ребёнку.

Вопросы, которые задаются ребёнку, бывают трёх видов: прямые, непосредственно касающиеся исследуемого предмета, например: «ты любишь сливы?», косвенные, снижающие опасность внушения, например: «как ты поступишь, если на столе стоит ваза со сливами?», прожективные, которые сочетаются с идентифицированием ребёнка с группой или каким-то лицом, например: «дети любят сливы?».

Беседа с ребенком не должна быть длительной и скучной. Необходимо применять разные модификации в соответствии с возрастом детей и задачами диагностики. При беседе с детьми необходимо помнить, что дети не всегда правильно оценивают своё состояние, не умеют описывать свои чувства, им легче их выразить в рисунках. Кроме того, они внушаемы и на настойчивый вопрос могут дать ответ в зависимости от тона спрашивающего. В связи с этим

рекомендуется в процессе беседы использовать игрушки, бумагу, карандаши, фломастеры.

Беседа с родителями (учителями, воспитателями). Беседа со взрослыми, как правило, предшествует знакомству с ребенком. Ее можно проводить либо непосредственно перед обследованием, либо заранее. В любом случае она не должна проходить при ребенке.

В процессе беседы со взрослыми исследователем решаются следующие задачи:

- получить общее представление о том, как родитель (учитель или воспитатель) воспринимает ребенка и сложившуюся ситуацию, что его беспокоит;
- ознакомиться с типичными поведенческими проявлениями ребенка и выяснить, как обычно реагируют на них окружающие его люди (взрослые и дети);
- собрать анамнестические данные, сведения о семейной и школьной ситуации.

Решение последней задачи лучше отложить на конец беседы. В некоторых случаях возникает необходимость в последующей беседе, которая проводится уже после психологического обследования ребенка с целью сбора анамнестических данных по некоторым дополнительным направлениям.

В начале беседы не стоит сразу задавать много формальных вопросов, а просто выслушать собеседника. При этом в общении с педагогами и с родителями наиболее типичны противоположные сложности. Педагоги обычно чрезвычайно кратки. Родители, напротив, часто бывают чересчур многословны. В первом случае надо попросить рассказать подробнее, задавая наводящие вопросы. Во втором случае исследователь мягко указывает на то, что пока его интересует лишь наиболее общая картина, а более подробный разговор предстоит позже, когда он уже составит собственное представление о ребенке. Вместе с тем сообщаемая информация, даже при ее обилии, часто оказывается очень неконкретной. Тогда полезно попросить рассказывающего привести конкретные примеры.

В процессе беседы надо выяснить, насколько постоянны имеющиеся у ребенка проблемы, насколько и в какую сторону меняется степень их выраженности, давно ли они появились, когда и кем впервые были замечены, предпринималось ли что-либо для их преодоления, были ли обращения к каким-либо специалистам (если да, то какие рекомендации были получены, выполнялись ли они, и с какими результатами).

Не всегда в процессе беседы удается собрать полный анамнез. Если беседа проводится с учителем, то вряд ли удастся получить какие-либо сведения о беременности, родах, раннем развитии ребенка и его поведении дома. Если же

беседа проводится с родителями, то описать школьную ситуацию они смогут в лучшем случае лишь со слов учителя. О семейной ситуации далеко не все родители часто могут и хотят рассказать. Если собеседник забыл что-либо, относящееся к раннему развитию ребенка (например, не помнит, когда тот начал сидеть), то не стоит настаивать: это лишь приведет к появлению ложных воспоминаний.

Многие полученные в ходе беседы сведения могут оказаться неточными. Такую возможность надо иметь в виду при последующем анализе материала. Не следует также исключать возможность сознательного утаивания или искажения информации. Например, родители иногда не сообщают о том, что ребенку уже был ранее поставлен какой-либо диагноз (например, умственная отсталость). Иногда они таким образом проверяют педагога или психолога (в чем нет ничего обидного для него), иногда стесняются рассказывать о чем-то, что считают для себя позорным, иногда «надеются на чудо» (если не сказать, то, глядишь, окажется, что ничего страшного нет).

Общая позиция исследователя во время первичной беседы — это доброжелательное, заинтересованное и сочувственное выслушивание собеседника, но не идентификация с ним, не оценка и не критика его высказываний. Если собеседник восклицает: «это ужасно!», то не надо вторить ему: «да, это действительно кошмар!», не надо и возражать: «не вижу в этом ничего страшного». Достаточно сочувственно кивнуть головой.

Таким образом, во время беседы важно все время учитывать, что получаемая в ходе беседы информация является достаточно субъективной.

При проведении беседы необходимо вести записи. Полезно записывать детали, выясняющиеся по ходу рассказа. Иногда имеет смысл дословно приводить использованные клиентом слова и выражения. «Во время урока витает в облаках...», «всегда добьется своего...», «сколько ни делаешь замечаний, ничего не помогает...», — подобные высказывания содержат очень полезную информацию, которая потеряется, если вы попытаетесь перевести их на более строгий язык.

А н а м н е з. Одной из задач беседы является сбор анамнестических данных и составление представления об истоках аномального развития. Анамнез бывает субъективный (со слов ребенка) и объективный (со слов близких людей). Естественно, что чем младше ребенок, тем больший удельный вес приобретает объективный анамнез. Но в любом случае необходимо собрать и субъективный, и объективный анамнез, для того чтобы он приобрел стройный, последовательный и достаточно полный характер.

Анамнез состоит из двух частей: анамнез жизни и анамнез болезни. В анамнезе жизни излагается история развития ребёнка с момента рождения до времени исследования. При этом важно выяснить, как протекали роды, какие заболевания ребёнок перенёс в раннем возрасте и как эти заболевания

отражались на его нервнопсихическом развитии. Тяжёлые, длительные роды, оперативные акушерские вмешательства во время родов могут явиться причиной поражения нервной системы новорожденного, нарушений нервнопсихического развития ребёнка.

Очень важно выяснить особенности психофизического развития ребёнка в раннем возрасте: следует выяснить, когда ребёнок стал держать голову, сидеть, вставать на ноги, самостоятельно стоять, ходить.

Если раннее развитие ребёнка протекало с задержкой, следует также выяснить, обращались ли родители в связи с этим к врачу, какое проводилось лечение и каков был эффект. Целесообразно выяснить, как протекало физическое и психическое развитие ребёнка в дошкольном и школьном возрасте.

В анамнез жизни надо включить описание санитарногигиенических и социально-бытовых условий, в которых ребёнок находился до момента обследования, так как эти факторы могли оказать значительное влияние на его развитие и формирование нервно-психического склада.

Особое значение при сборе анамнеза имеют сведения о ближайших и отдалённых родственниках, наличие тех или иных заболеваний и аномалий в семье по линии отца и матери. Ряд психических заболеваний возникает при генетической к ним предрасположенности, поэтому в некоторых семьях такие болезни встречаются часто. Необходимо выяснить, не было ли каких-либо отклонений в характере, в социальной адаптации у родителей вашего пациента и их родственников в настоящем и в предыдущих поколениях, не отмечались ли у них нервно-психические заболевания.

В семейном анамнезе важно отразить состояние здоровья матери. Описать те факторы, которые могли оказывать на неё отрицательное влияние во время беременности. Многие заболевания матери (болезни сердца, лёгких, эндокринной системы) могут осложнять течение беременности и приводить к поражению плода.

Анамнез болезни посвящён истории развития настоящего заболевания от появления его первых признаков до момента обследования. При этом важно установить, как и когда были отмечены первые признаки заболевания, в каком порядке и когда появлялись последующие, как вёл себя ребёнок, какие изменения обнаруживались в его состоянии. Выясняется наличие общепаразитарных признаков заболевания (повышение температуры тела, кашель, насморк). В анамнезе фиксируют и эпидемиологические данные.

Таким образом, при сборе анамнеза полезно получить ответы на следующий ряд вопросов:

- от какой по счету беременности родился ребенок;
- как относились к беременности члены семьи? Как протекала беременность и роды;

- как восприняли рождение ребенка братья, сестры, другие родственники;
- как протекал период новорожденности и раннего детства? Какие у малыша были заболевания в этот период, отклонения в темпе и характере психомоторного развития, особенности поведения и взаимоотношений с матерью;
 - как протекало дошкольное детство;
 - как складывались отношения с членами семьи, с посторонними детьми и взрослыми;
 - как ребенок адаптировался к обстановке детского сада или других дошкольных детских групп;
 - каковы его любимые игры, привязанности, симпатии и антипатии этого периода жизни, взаимоотношения с детьми противоположного пола;
 - чем болел ребенок в этот период жизни;
 - как относился к подготовительным занятиям перед поступлением в школу и чему научился;
 - как складывались отношения с первой учительницей, одноклассниками, как малыш учился в начальной школе;
 - как он относился к домашним заданиям, чем увлекался в свободное от учебы время?

В тех случаях, когда нарушения затрагивают различные стороны психического развития ребенка, возникает необходимость сбора анамнестических данных по некоторым дополнительным направлениям.

В зависимости от характера проблемы, могут иметь значение разные аспекты анамнеза. Можно использовать следующую (достаточно общепринятую) классификацию проблем:

- связанные с умственным развитием;
- поведенческие проблемы;
- эмоциональные и личностные;
- проблемы общения;
- неврологические проявления.

Проблемы умственного развития (неуспеваемость, плохая память, нарушения внимания, трудности в понимании учебного материала и т. д.). Основными направлениями сбора анамнеза будут следующие.

1. Возможные источники органических поражений мозга:

- патология в протекании беременности: гормональные нарушения, угроза выкидыша, заболевания, из которых наиболее опасны краснуха беременных (рубелла) и грипп (особенно в первой половине беременности); работа на химическом производстве, с химическими реактивами;
- патология в протекании родов: сильная недоношенность;

стремительные роды; родовспоможение (щипцы – частый источник локальных органических поражений; вакуум нередко вызывает множественные микропоражения); асфиксия, проявляющаяся в том, что ребенок закричал не сразу после рождения; травмы головы, сопровождавшиеся признаками сотрясения мозга: тошнотой, рвотой (при этом диагноз «сотрясение мозга» мог отсутствовать);

- неврологические заболевания (менингит, энцефалит и др.).

2. Признаки нарушений в раннем психическом развитии:

- замедленное развитие прямохождения и ходьбы: можно ориентироваться на следующие примерные границы нормы: ребенок начинает сидеть к 6–8 месяцам, стоять – к 9–11 месяцам, ходить – к 12–14 месяцам;

- замедленное развитие речи, ориентировочные нормы: лепет (повторение однотипных слогов типа «ба-ба-ба», «на-на-на» и т. п.) – с 6 месяцев, отдельные слова (например, «мама» или «дай») – к 11–14 месяцам, простейшие фразы из двух слов – к 18–24 месяцам;

- отсутствие или запоздалое появление комплекса оживления – активной радостной реакции и смеха при виде взрослого; в норме комплекс оживления появляется к 3 месяцам;

- отсутствие или позднее появление, бедность и однообразие сюжетных игр (в норме они обычно появляются в 3 года).

3. История обучения ребенка:

- посещал ли детский сад: если да, то с какого возраста и какого типа (дневной, круглосуточный, массовый, специальный);

- в каком возрасте пошел в школу; если пошел раньше или позже обычного срока, то почему;

- каковы успехи в учебе в настоящее время и в предшествующие годы;

- какие имеются (имелись) трудности, по каким предметам.

Проблемы поведения. В этих случаях необходимо собрать сведения о поведении в разных ситуациях.

1. Поведение ребенка в школе:

- соблюдение норм поведения на уроке: сидит ли ребенок за столом или может вдруг встать и пойти по классу (выйти из класса), мешает ли вести урок, слушает ли учителя, как реагирует на его замечания;

- поведение на перемене: спокоен или сверхподвижен, общается ли с другими детьми, вступает ли в драки.

2. Поведение в семье:

- выполняет ли общие требования родителей (выполнение домашних заданий, укладывание спать, соблюдение гигиенических требований);

- как реагирует на отдельные поручения, просьбы и указания,

особенности поведения по отношению к разным членам семьи;

- поведение с родителями вне дома (в магазине, в гостях).

3. Поведение в общении с другими детьми:

- играет ли с детьми, участвует ли в коллективных развлечениях;
- часты ли конфликты, ссоры;
- по каким причинам они возникают;
- как ведет себя в случае конфликта.

4. Воспитательные воздействия, применяемые взрослыми:

- поощрения (подарки, развлечения, сладости и т. п.), насколько часты, в каких случаях ребенок их получает, зависят ли от поведения ребенка;
- наказания: какие именно наказания используются, насколько они часты;
- общий стиль общения с ребенком, время, уделяемое ему родителями, совпадают ли у родителей взгляды на воспитание.

5. Образцы, которые ребенок наблюдает дома (поведение родителей в разных ситуациях, не имеющих прямого отношения к ребенку).

Эмоциональные и личностные проблемы (сниженное настроение, повышенная возбудимость, частая смена настроений, страхи, раздражительность, безволие и т. п.) – рекомендуются следующие направления сбора анамнеза.

Типичные ситуации, вызывающие те или иные негативные проявления: способствующие улучшению состояния; реакции ребенка на разные жизненные ситуации: школа (в частности, ответственная контрольная), выполнение домашних заданий, общение с родителями, самостоятельная деятельность, общение с детьми, развлечения, каникулы.

Проблемы общения. Нарушения общения могут проявляться в замкнутости, агрессивности, неадекватных притязаниях на лидерство, повышенной обидчивости, неумении «постоять за себя» и т. п. Они могут относиться к любым ситуациям общения или только к некоторым из них (например, только к общению с детьми или, напротив, со взрослыми; только к общению в школе или, наоборот, в семье). В любом случае рекомендуется собрать достаточно подробный анамнез об особенностях общения ребенка в разных ситуациях.

1. Раннее развитие общения:

- имелся ли комплекс оживления;
- любил ли ребенок в младенческом возрасте быть у родителей на руках, просился ли на руки, часто ли его брали.

2. Общение со сверстниками:

- есть ли у ребенка друзья (подруги), сколько их, насколько часто они

общаются, где (в школе, в кружке, на улице, ходят друг к другу в гости), чем обычно занимаются;

- поведение в общении с другими детьми.

3. Общение со взрослыми:

- общение в семье: проявляет ли ребенок инициативу в общении, старается ли обратить на себя внимание взрослых, делится ли своими проблемами и переживаниями, кто из членов семьи проводит с ребенком больше всего времени;

- общение в школе: любит ли ребенок учительницу (учителя), обращается ли к ней (к нему) по собственной инициативе, как реагирует на обращение к себе;

- общение с посторонними взрослыми: стремится ли ребенок к такому общению или старается его избегать, как ведет себя в гостях, на улице, в транспорте.

Неврологические проявления. Наиболее распространенные неврологические проявления – это тики (непроизвольные подергивания мышц), навязчивые движения, энурез (ночное или дневное недержание мочи), повышенная утомляемость, нарушения сна. Если за ними не стоит серьезное нервное заболевание (выходящее за рамки компетенции педагога), то они, как правило, являются следствием эмоциональных проблем. Поэтому в этом случае следует использовать ту же схему сбора анамнеза, что и при эмоциональных и личностных проблемах.

Не имеет смысла стараться во всех случаях собирать полный анамнез. Это занимает очень много времени, а значительная часть полученных сведений часто оказывается не нужна.

Беседа относится к методам опроса. К ним относятся также интервью и анкетирование.

Интервьюирование, привнесенное в педагогику из социологии, является разновидностью беседы. Под интервью в психологической науке понимается вид опроса, использующий непосредственное социально-психологическое взаимодействие между исследователем и респондентом в соответствии с поставленной целью. В психологопедагогической диагностике интервью применяется в качестве метода сбора информации. При интервьюировании исследователь придерживается заранее намеченных вопросов, задаваемых в определенной последовательности. Во время интервью ответы записываются открыто либо самим интервьюером, либо механически с использованием технических средств.

Таким образом, в интервью участвуют два индивида, выполняющие разные роли, преследующие разные цели и придерживающиеся разных сценариев поведения. Первая роль – это интервьюер, функции которого выполняет

профессионально подготовленный специалист, обладающий соответствующим опытом и наделенный коммуникативными навыками. Вторая роль – интервьюируемый или опрашиваемый. От него не требуется владения специальными навыками, особых знаний в какой-либо области человеческих знаний, умения непринужденно общаться или связно выражать свои мысли. Интервьюер занимает активную и воздействующую позицию, интервьюируемый, напротив, пассивную и выжидательную.

Специфика интервью как одного из методов опроса заключается в том, что в интервью роли собеседников закреплены, нормированы, а цели заданы программой и задачами исследования.

Структура интервью сходна со структурой анкеты. Но в отличие от анкеты, интервью, во-первых, носит непосредственный, прямой контакт исследователя с испытуемым (в анкетном опросе контакт носит, как правило, опосредованный характер), во-вторых, проводится в устной форме (в анкетном опросе присутствует письменная форма контакта).

Продолжительность интервью в среднем от 10 минут до полутора часов.

Достоинства интервью:

- непринужденная обстановка общения и повышение искренности ответов;
- большая доверительность и серьезное отношение информанта к беседе;
- возможность коррекции плана беседы по ее ходу;
- позволяет получить информацию о мнениях, мотивах, представлениях респондента;
- близость по форме к обыденному разговору, способствует возникновению непринужденной обстановки общения и повышению искренности ответов;
- личностный характер взаимодействия обеспечивает его большую доверительность, а также серьезное отношение информанта к беседе;
- возможность наблюдать психологические реакции респондента позволяет по ходу беседы корректировать ее план, видоизменять форму или последовательность вопросов, следить за степенью искренности при ответах;
- устный характер контакта позволяет устранить незапланированное восприятие вопросов посредством их уточнения или разъяснения;
- личный контакт интервьюера с респондентом обеспечивает максимальную полноту реализации вопросника;
- повышается надежность собираемых данных за счет уменьшения числа неответивших и ошибок при заполнении вопросников;
- возрастает содержательность и глубина собираемой информации;
- в случае непонимания респондентом смысла вопроса интервьюер всегда

может прийти на помощь;

- более удобно, чем при анкетировании, использовать табличную форму ответов на вопросы;
- при переходе от одной темы к другой интервьюер может изменять формулировку вопроса, не меняя его направленности.

Недостатки интервью:

- значительные временные затраты;
- обстановка интервью может не располагать к откровенности;
- требует специальной подготовки и достаточного опыта интервьюера;
- разные виды интервьюирования предполагают наличие у исследователя неоднозначных наборов знаний и умений;
- невозможность использования интервью в ситуациях краткосрочных массовых опросов;
- нетерпеливость респондентов, которые с трудом отвечают на большое количество вопросов, даже если их 20–25;
- эмоциональное поведение респондентов, респондент не должен состоять в эмоциональной связке с интервьюером, хотя эмоциональную отстраненность сохранять очень трудно;
- семантические трудности, слова, употребляемые в интервью, должны быть понятны респонденту и иметь однозначное толкование.

Благоприятная обстановка интервью обеспечивается:

- отсутствием посторонних лиц;
- созданием максимально спокойной обстановки общения (исключение хождения кого-то по комнате, телефонных звонков и т. п.);
- заботой о психологическом комфорте информанта: внешние атрибуты ситуации общения (мягкий свет, удобная мебель) и профессиональными умениями интервьюера (убедительная речь, располагающая к себе мимика и пантомимика и т. п.).

К неблагоприятным факторам при проведении интервью относятся:

- отсутствие отдельного помещения для проведения беседы;
- занятие информанта рабочими и домашними делами;
- прямое или косвенное влияние посторонних людей;
- прерывание интервью для других дел (телефон, хождение по комнате, обращение к посторонним людям и т. п.).

В зависимости от критериев выделяются различные виды интервью.

По степени стандартизованности интервью бывают стандартизированные, полустандартизированные, свободные.

При стандартизированном интервью интервьюер имеет список конкретных вопросов, на которые должен ответить респондент.

Полустандартизированное интервью характеризуется тем, что вопросы по ходу интервью могут несколько менять свою формулировку, чередоваться в той последовательности, которая представляется интервьюеру оптимальной для беседы с конкретным человеком.

Свободное интервью – исследователь кратко представляет тему и просит респондента в свободной форме высказаться по этому поводу. При этом исследователь занимает пассивную позицию, его главное качество, кроме эмпатии – умение слушать и слышать своего собеседника. Эта форма интервью помогает погрузиться в духовный мир индивида, поэтому к свободному интервью чаще прибегают психологи.

По направленности различают направленное и ненаправленное интервью.

Направленное интервью предполагает: четкий план, использование только понятий, которые есть в формулировке вопроса, использование «подсказок», наводящих респондента на удобную для последующей обработки форму ответа. Достоинства направленной техники заключаются в относительной простоте, что позволяет использовать в качестве интервьюеров не только специалистов, и в возможности последующей стандартизации ответов.

К недостаткам направленной техники можно отнести, во-первых, возможную психологическую «зажатость» респондента вследствие жесткой структуры вопроса, и во-вторых, некоторую поверхностность ответов, так как человек старается следовать предложенным формулировкам и «отсеивает» побочную информацию, которая может оказаться интересной и полезной.

Ненаправленная техника способствует свободному самовыражению респондента, в котором проявляются не только осознанные, но и неосознаваемые мотивы его деятельности, установки, оценки и стереотипы.

По числу обсуждаемых тем интервью подразделяется на фокусированное (направленное) и нефокусированное (ненаправленное).

Фокусированное интервью проводится с целью сбора информации по поводу конкретной ситуации, явления. Респондентов заранее знакомят с предметом беседы.

Нефокусированное интервью характеризуется отсутствием предметного единства, общей темы или исследовательского замысла. Наблюдается тематическая «солянка», вопросы не образуют логической взаимосвязи.

По количеству опрашиваемых интервью подразделяется на индивидуальное (личное) и групповое.

Индивидуальное, или личное, интервью – беседа тет-а-тет интервьюера с одним опрашиваемым в доверительной обстановке при отсутствии посторонних наблюдателей.

Групповое интервью – беседа одного интервьюера, который в этом случае называется модератором, с несколькими людьми для выяснения коллективного мнения, установления общей точки зрения на предмет. Групповое интервью

используется в тех случаях, когда исследователя интересует групповое влияние, а не индивидуальное мнение отдельных людей. Достоинства групповой техники:

- присутствие других людей поощряет человека к высказыванию, стимулирует реакции индивидов;
- групповое интервью по времени и материальным средствам наименее «затратное», позволяет опросить одновременно несколько человек.

Недостатки групповой техники:

- участники располагают меньшим временем для высказывания, чем при индивидуальном опросе;
- большинство людей в составе группы склонны конформировать с мнением большинства;
- особое значение приобретает психологический тип отдельного члена группы – его доминантность или подчиненность;
- необходимо достаточно большое помещение, чтобы участники беседы сидели по кругу, а не друг за другом;
- в групповом опросе значительно сложнее анализировать информацию, чем в индивидуальном, так как необходима интерпретация и групповых феноменов, которые влияют на результат интервью.

Оптимальный состав группы – в среднем 10 человек, однородного состава, в том числе и половозрастного.

Основными разновидностями группового интервьюирования являются фокус-группа и мозговая атака.

По стилю ведения интервью делятся на жесткие и мягкие. Жесткое интервью – интервьюер может грубо перебивать респондента, ловить его на противоречиях, задавать наводящие вопросы, оказывать психологическое давление. Этот метод ведения интервью напоминает тактику поведения следователей при допросе обвиняемых и практически не используется в психологопедагогической диагностике.

Мягкое интервью предполагает вежливое обращение с опрашиваемым, употребление всевозможных этикетных правил и формул.

По целевой заданности интервью бывает диагностическим или клиническим.

Диагностическое интервью используется исследователем для того, чтобы глубже узнать внутренние мотивы поведения, черты личности, расстройства, симптомы болезни.

Клиническое интервью используется как метод терапевтической беседы с пациентом с целью оказать ему психологическую помощь, например, избавиться от навязчивой идеи.

По длительности проведения исследования интервью может быть однократным (разовым) или многократно повторяться (через определенный

промежуток времени). Во втором случае оно приобретает статус повторного или лонгитюдного исследования.

Анкетирование – метод массового сбора материала с помощью анкеты. Те, кому адресованы анкеты, дают письменные ответы на вопросы. Другими словами, анкетирование представляет собой методический прием получения психологической информации при помощи составленных в соответствии с определенными правилами систем вопросов. Посредством анкетирования, например, учитель получает материал для установления суждений и личностных качеств школьников.

Вопросы анкет бывают открытыми (предполагают свободные ответы по своему усмотрению) и закрытыми (даны готовые ответы для выражения своего согласия или несогласия, список ответов на выбор или ответы для определения их места в классификации).

Требования, предъявляемые к анкете, следующие.

1. Нельзя предлагать вопросы, требующие нравственной оценки своих качеств («считаете ли вы себя самоуверенным?». Лучше этот вопрос сформулировать по-другому («после критического момента ситуации склонны ли вы думать о том, что вы что-то сделали не так?»).

2. Вопросы должны быть лаконичными, ясными по смыслу, доступными для понимания, конкретными.

3. На выяснение одной характеристики должно быть направлено несколько вопросов, которые контролировали бы искренность ответов ученика.

4. Вопросы располагаются в анкете в зависимости от степени трудности: в начале анкеты (первая треть) желательно предлагать легкие вопросы (касающиеся конкретных действий, событий), затем трудные (на выявление суждений, оценок), далее самые сложные (требующие принятия решений), в заключение (последняя треть) – снова простые.

Достоинства анкет:

- массовость обследования;
- большая скорость сбора информации;
- легкость обработки результатов;
- возможность применения статистических методов.

К недостаткам следует отнести следующие:

- анкетирование не учитывает различное понимание вопросов школьниками;
- объективность ответов не всегда высокая, так как учащиеся могут недобросовестно отнестись к ответу;
- жесткий список вопросов может ограничить круг мыслей опрашиваемых и заставить ответить не то, что они думают в действительности.

Беседу и интервью называют опросом «лицом к лицу», анкетирование – заочным опросом.

Т е с т ы (от англ. испытание, проверка, проба) – это стандартизированные и обычно краткие и ограниченные по времени испытания, предназначенные для установления количественных и качественных индивидуально-психологических различий между людьми. Их особенность заключается в том, что они состоят из заданий, на которые нужно получить правильный ответ. Тестирование является наименее трудоемким способом получить сведения об объективных данных или субъективных позициях.

Тесты могут быть классифицированы по форме и по содержанию.

А. По *форме* психологического тестирования:

- индивидуальные и групповые;
- устные и письменные;
- бланковые, предметные, аппаратные и компьютерные;
- вербальные и невербальные (практические).

Индивидуальные тесты – такой вид методик, когда взаимодействие экспериментатора и испытуемого происходит один на один.

Преимущества: психолог имеет возможность наблюдать за реакциями испытуемого, фиксировать непредусмотренные инструкцией высказывания, что позволяет оценить отношение к обследованию, отмечать состояние испытуемого и т. д.

Недостаток: требуют много времени и менее экономичны в сравнении с групповыми.

Данная форма необходима при работе с детьми младенческого и дошкольного возраста, в клинической психологии – для тестирования лиц с соматическими и нервно-психическими заболеваниями.

Групповые тесты – тип методик, который позволяет одновременно проводить испытания с очень большой группой людей (до несколько сотен человек). Особенно строго при проведении группового тестирования соблюдается единообразие условий проведения эксперимента. Обработка результатов не требует высокой квалификации.

Недостатки: у экспериментатора меньше возможностей установить взаимопонимание с испытуемым, пробудить интерес; любые состояния испытуемого (болезнь, утомление) могут влиять на выполнение задания, что гораздо труднее выполнить при групповом тестировании.

Устные тесты (чаще индивидуальные) предполагают открытые (самостоятельное конструирование ответа) и закрытые (выбор из нескольких предложенных) ответы.

Письменные тесты – ответы даются или в тестовой тетради, или на специально разработанном бланке ответов. Могут носить открытый и закрытый характер.

Бланковые, предметные, аппаратные и компьютерные различаются по материалу, который используется при тестировании.

Бланковые («карандаш и бумага») – представлены в виде отдельных бланков или тетрадей, в которых содержится инструкция по применению, примеры решения заданий, сами задания и графы для ответов (применяются в индивидуальной и групповой форме).

Предметные – материал представлен в виде реальных предметов: кубики, карточки и т. п. (кубики Кооса, невербальные задания из тестов интеллекта и т. п.).

Аппаратурные – тип методик, требующий применения специальных технических средств или специального оборудования для проведения исследования или регистрации полученных данных (чаще всего индивидуально).

Компьютерные – в форме диалога испытуемого и ЭВМ. Тестовые задания предъявляются на экране дисплея, а ответы испытуемый вводит в память ЭВМ с клавиатуры. Позволяют получить такие данные, которые без ЭВМ получить практически невозможно: время выполнения отдельных заданий, время, затраченное на обдумывание ответа испытуемым и т. д.

Вербальные и невербальные тесты различаются по характеру стимульного материала. В вербальных основным содержанием являются операции с понятиями, мыслительные действия, осуществляемые в словесно-логической форме. Они очень чувствительны к различным условиям в языковой структуре, уровню образования. Невербальные – тип методик, в которых материал представлен в наглядной форме (картинки, чертежи и т. п.). От испытуемого требуется понимание вербальных инструкций, само же выполнение опирается на перцептивные и моторные функции (самые известные – матрицы Равена). Облегчают процедуру тестирования испытуемых с нарушениями речи, слуха или низким уровнем образования.

Б. По *содержанию* обычно выделяются:

- 1) тесты интеллекта;
- 2) тесты способностей;
- 3) тесты личности;
- 4) тесты достижений (их особенность – они не предназначены для решения собственно психологических проблем).

Тесты интеллекта – совокупность заданий, выполнение которых не требует специальных знаний, умений и навыков (как правило позволяет оценить общий уровень интеллекта). Одни из наиболее распространенных методик.

Под интеллектом как объектом намерения подразумеваются не любые проявления индивидуальности, а прежде всего те, которые имеют отношение к познавательным процессам и функциям (мышлению, памяти, вниманию, восприятию) (М.К. Гуревич). По форме они могут быть групповыми и индивидуальными, устными или письменными, бланковыми, предметными и компьютерными. Каждое задание в тесте называется субтестом и имеет правильное решение, и об успешности их выполнения судят по числу правильных или неправильных ответов. Каждый из подобных тестов основывается на какойлибо модели интеллекта. Чаще используются следующие тесты:

- ✓ тест структуры интеллекта Амтхауэра;

- ✓ школьный тест умственного развития (ШТУР);
- ✓ шкалы измерения интеллекта Векслера;
- ✓ прогрессивные матрицы Равена.

Тесты способностей – тип методик, предназначенных для оценки возможностей индивида в овладении знаниями, навыками, умениями в различных областях: математике, технике..., в разнообразных видах художественной деятельности.

Способностями называют индивидуально-психологические особенности человека, которые способствуют его успеху в какой-либо деятельности. Принято выделять общие и частные (специальные) способности, которые делятся на элементарные и сложные (рис. 5.7).

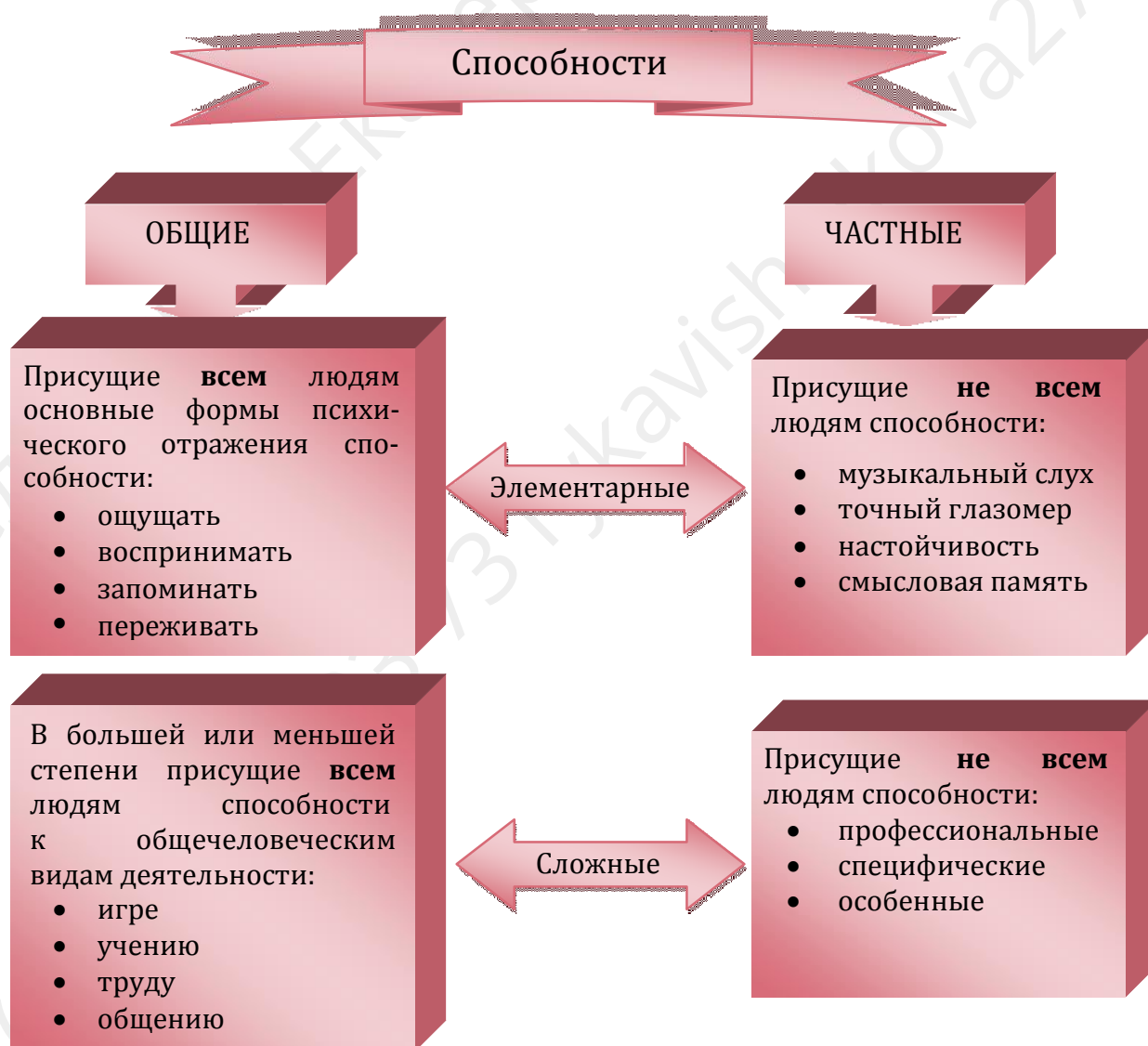


Рис. 5.7. Классификация способностей

Общие способности обеспечивают овладение разными видами знаний и

умений, которые человек реализует во многих видах деятельности. Общие способности отождествляются с интеллектом и часто называются общими умственными способностями. Для их диагностики часто используются тесты интеллекта, кроме того, есть батареи тестов общих способностей (оценка интеллекта при ориентации на профессиональные критерии).

Специальные же способности рассматриваются в отношении к отдельным, специальным областям деятельности.

В соответствии с этим делением разрабатываются тесты общих и специальных способностей. По форме могут быть всех видов. Ответы также оцениваются как правильные и неправильные.

Критерием наличия способностей можно считать уровень успешности в какой-либо деятельности по сравнению с другими (например, меньшая затрата сил, быстрота). Если уровень успешности в какой-либо деятельности одинаков у двух людей, то более способным из них к этой деятельности будет тот, кто обладает оригинальностью приемов, своеобразием способов действий.

Способность характеризуется успешностью в приобретении знаний, умений и навыков и их переноса с одного класса задач на другой. Способность – не есть одно единственное качество, а целый комплекс качеств: например, изобразительную способность составляют хорошая зрительная память, острота зрительного восприятия и др.

Тесты личности – это психодиагностические методики, направленные на оценку эмоционально-волевых компонентов психической деятельности: мотивации, интересов, эмоций, отношений (в том числе межличностных), а также особенностей поведения индивида в определенных ситуациях.

Тесты личности делятся на тесты действия и ситуационные тесты. Тесты действий представляют собой процедуры, ориентирующие респондента на выполнение какой-либо задачи (т. е. дается целевая задача что-то выполнить, и его не просят описать привычный способ поведения, как, например, в опросниках). Цель этих тестов замаскирована, индивид не осознает, какой аспект его действий оценивается. Задачи, предъявляемые испытуемому, структурированы: в этом их принципиальное отличие от задач, используемых в проективных методиках.

Существует несколько подходов в рамках тестов действия: исследование когнитивного стиля (типичных способов восприятия, решения проблемных ситуаций, мышления, запоминания), эстетических вкусов, юмора, оценка пословиц, интересов и установок.

Эти тесты основаны на изучении действий, осуществляемых в рамках какого-либо психического процесса (например, шкала оценки Н.И.Озерецкого – оценка двигательных умений и отдельных компонентов моторики, корректурная проба Бурдона – концентрация, устойчивость внимания и др.) Большинство тестов воспринимается испытуемым как проверка способностей,

при которой он должен дать «правильный» ответ (в отличие от проективных методик, в которых каждый ответ «хорош»).

Особенностью ситуационных тестов является то, что испытуемому предлагается выбрать образ поведения в сложной социальной ситуации, близкой к реальной жизни или имитирующей ее. С их помощью диагностируются такие аспекты личности, как склонность к асоциальному поведению, а также к стабильным, устойчивым решениям и действиям (например, методика «Дилемма выбора», в которой описывается 12 житейских ситуаций, по выбору стратегии поведения в этих ситуациях определяется прогноз стиля принятия решений). Или испытуемому предлагают ряд заданий, вызывающих тревожность, и объективно регистрируют выполнение этих заданий (в тестах на стресс).

Тесты достижений, или тесты объективного контроля успешности (школьной, профессиональной и т. п.). Предназначены для оценки уровня или степени продвинутости знаний, умений, навыков после прохождения человеком соответствующего обучения, общей и профессиональной подготовки. Также предлагается правильный ответ, а показателем успешности является количество правильно выполненных заданий.

Выделяют две группы тестов достижений: широкоориентированные и по конкретным учебным предметам. Широкоориентированные тесты достижений ориентированы на оценку навыков по основным целям обучения (например, тесты на понимание научных принципов).

Тесты достижений по конкретным предметам (достижения в чтении, математике и т. п.) ориентированы на оценку усвоения элементов учебных программ, конкретных тем, уровня владения навыками (например, счетными).

В основе различных тестов достижений лежат разные представления и модели интеллекта и деятельности. Одной из широко употребляемых моделей интеллекта, на которой могут базироваться тесты достижений, является модель Дж. Гилфорда. В основу этой модели Гилфорд положил три переменные: операции, содержание и результаты мышления.

Составляющие проявления структуры интеллекта включают:

- познавательные процессы (операции) – это то, что умеет испытуемый;
- виды информации (содержание) – природа материала или информации, на основе которой осуществляются действия;
- виды конечного мыслительного продукта (результат).

Более развернуто интеллектуальные операции состоят из познания (открытие, повторное открытие или узнавание); памяти (сохранения познанного); дивергентного (расходящегося) мышления, т. е. мышления в различных направлениях, включающего исследование и отыскивание различий; конвергентного (сходящегося) мышления, которое приводит к одному ответу, узнаванию лучшего или самого оптимального варианта действия; оценки.

Содержание мышления можно представить в следующих формах: а) образной (реальные объекты или их изображения, модели); б) символической (буквы, числа, условные знаки); в) семантической, смысловой (слова); г) поведенческой (информация о других людях, их поведении, способностях, потребностях и т. д.).

Результаты мышления могут проявляться в элементах, классах (совокупности элементов), отношениях, системах, предвидениях, преобразованиях.

На базе этой модели можно построить тест, позволяющий оценить уровень (или степень) овладения какой-либо деятельностью (например, учебной). Чтобы не давать преимуществ учащимся с доминированием определенных составляющих интеллекта, необходимо строить тест достижения из заданий, уравновешенных по вышеперечисленным составляющим интеллекта.

Частным случаем тестов достижений являются педагогические тесты, предназначенные для диагностики успешности овладения учащимися различными компонентами учебной деятельности.

Педагогический тест представляет собой совокупность взаимосвязанных заданий возрастающей сложности, позволяющих надежно и валидно оценить знания и другие интересующие педагога характеристики воспитанника.

Педагогическое тестирование – целенаправленное, одинаковое для всех испытуемых обследование, проводимое в строго контролируемых условиях, позволяющее объективно измерять изучаемые характеристики педагогического процесса. Выделяются следующие виды педагогических тестов:

- тесты успеваемости;
- тесты элементарных умений;
- тесты для диагностики эффективности обучения (уровня обученности).

Диагностика эффективности обучения включает оценку уровня сформированности ЗУН (знаний, умений и навыков); оценку уровня понимания, т. е. наличие адекватной структуры и содержания понятий изученной дисциплины.

Педагогические тесты выполняют несколько функций:

- выступают как средство оценки знаний;
- выявляют недостатки обучения;
- подсказывают направление последующего обучения;
- обеспечивают мотивацию учащегося;
- помогают приспособить обучение к потребностям индивида;
- дают информацию об уровне знаний, усвоенных учащимися. В педагогических тестах используются различные формы тестовых заданий:

1) закрытые (необходимо осуществить выбор из множества приведенных) –

чаще используются для текущего контроля знаний учащихся;

115

2) открытые (самостоятельное конструирование ответа) – обладают высоким обучающим потенциалом, используется для итогового контроля;

3) установление правильного соответствия между группами объектов (например, понятиями и их определением, авторами и названиями произведений и т. д.)

4) установление правильной последовательности каких-либо условий, этапов развития и т. д.

Эти формы заданий соответствуют основным мыслительным операциям: выбор из множества альтернатив, конструирование, установление соответствия и правильной последовательности и т. д.

В настоящее время из психометрических тестов значительное распространение получили проективные тесты. Они основаны на предположении, что человек всегда преобразует (в восприятии и представлении) ситуацию, в которой он оказался. Эти тесты могут иметь форму, например, чернильных пятен неопределенной формы (тест Роршаха), которым надо дать свое описание и толкование; заданий нарисовать несуществующее животное, продолжить незаконченное предложение; иногда предлагают дать свое объяснение сюжету на картинках.

Более сложным проективным тестом является тематический апперцепционный тест. Тестирование заключается в интерпретации фотографий, ситуации на которых преднамеренно неопределены. Испытуемому дается задание на основе фото составить рассказ, в котором было бы отражено то, что было в прошлом, что происходит сейчас, что произойдет в будущем, что думают и чувствуют герои его рассказа. Интерпретация рассказов, ведущаяся по определенным правилам, позволяет исследователю получить богатую информацию о психологических особенностях человека.

Тест как научный инструмент есть результат тщательной и трудоемкой работы экспертов. Психологические тесты создаются профессиональными психологами, которые специально занимаются этими вопросами. Поэтому задача педагога сводится к тому, чтобы найти опубликованные тесты и использовать их, если они представляются ему полезными для решения поставленных диагностических задач.

Опросники – это группа психодиагностических методик, в которых задания представлены в виде вопросов и утверждений.

В отличие от тестов в опросниках не может быть правильных и неправильных ответов, они отражают лишь отношение человека к тем или иным высказываниям, меру его согласия или несогласия.

Опросники подразделяются на личностные и опросники-анкеты.

Личностные опросники следует рассматривать как стандартизированные

самоотчеты, которые по форме бывают групповые и индивидуальные; письменные, бланковые или компьютерные. Каждый из таких опросников опирается на какие-либо теоретические положения о личности и ее проявлениях. Исходя из этих положений строится предполагаемая модель исследуемого феномена, отбирается ряд диагностических признаков (например, психическая неуравновешенность, ассоциальность), формируется набор вопросов о поведении или предпочтениях обследуемого, позволяющих оценить степень выраженности указанных признаков. Обычно в опросниках для подсчета количества баллов используется такой критерий, как частота проявления того или иного признака. Классическими методиками этого типа принято считать:

ММРІ (миннесотский многопрофильный личностный опросник), авторы – американские психологи И. Маккинли и С. Хатэуэй, базируется на теории клинических типов.

16 PF (16 личностных факторов – Р. Кеттелл). Тест основан на теории личностных черт. Построение опирается на предположение о том, что человеческий язык включает всё многообразие проявлений личности. Опросник предназначен для выявления и определения степени выраженности характерологических качеств личности в биполярных координатах.

ПДО (психодиагностический опросник на выявление акцентуаций характера). Акцентуация – понятие, введенное К. Леонгардом и означающее чрезмерную выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющую крайние варианты нормы, граничащие с психопатическими (патология характера, при которой у субъекта наблюдается практически необратимая выраженность личностных свойств, препятствующих его адекватной оценке в социальной среде). Эти перечни вопросов (или утверждений) могут применяться как для самооценивания, так и для получения экспертных оценок.

Изучение документации (личных дел учащихся, медицинских и речевых карт, классных журналов, ученических дневников, протоколов собраний, заседаний) вооружает исследователя некоторыми объективными данными, характеризующими реально сложившуюся практику организации образовательного процесса. В связи с этим следует попросить взрослых принести детские тетради (как за текущий период, так и за прошлые месяцы), рисунки, которые сделаны ребенком по собственному желанию.

В комплексном изучении ребенка логопед должен уметь «читать» медицинскую, психологическую и педагогическую документацию черпать из нее сведения, которые необходимы ему для составления полной картины истории развития ребенка. Для логопедического обследования такие сведения можно получить из выписки из истории развития ребенка, которая должна содержать заключения: педиатра, психиатра, невропатолога с обоснованным

медицинским диагнозом, оториноларинголога с характеристикой состояния, офтальмолога с характеристикой состояния зрения, ортопеда (для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата), психолога. Материалы подробной выписки ориентируют логопеда и формируют исходные предпосылки для выявления направления исследования.

Важным документом является педагогическая характеристика ребенка, отражающая данные о продолжительности его обучения и воспитания в школе и детском саду, подробный анализ успеваемости, поведения, мероприятия, проведенные для повышения успеваемости (индивидуальная работа, лечение и т. д.). Эти данные используются при исследовании обучаемости ребенка и прогнозировании темпов его развития.

Использование метода изучения продуктов деятельности ребенка позволяет провести анализ конечных результатов деятельности (детских рисунков, поделок, учебных работ: диктантов, упражнений, решений задач и т. п.), даёт возможность понять особенности ребенка и составить представление о его воображении, сформированности зрительных представлений, развитии мелкой моторики, степени сформированности навыков учебной деятельности и др.

Для правильной оценки достижений ребенка необходимо знать психологические механизмы получения того или иного результата, условия, в которых он получен. Для того чтобы оценка достижений ребёнка была адекватной необходимо изучить типичные затруднения в усвоении знаний, особенности развития данного навыка в процессе обучения.

Шка л и р о в а н и е – метод измерения, с помощью которого реальные качественные психологические явления получают своё числовое выражение в форме количественных оценок. Шкалирование как количественный метод исследования даёт возможность ввести цифровые показатели в оценку отдельных сторон педагогических явлений. Для этой цели испытуемым задают вопросы, отвечая на которые они должны указать степень или форму оценки, выбранную из числа данных оценок, пронумерованных в определенном порядке (например, вопрос о занятии спортом с выбором ответов: а) увлекаюсь, б) занимаюсь регулярно, в) занимаюсь нерегулярно, г) не занимаюсь никаким видом спорта). Соотнесение полученных результатов с нормой (при заданных показателях) предполагает определение отклонений от нормы и соотнесение этих отклонений с допустимыми интервалами.

Выделяют три вида шкал: оценочные, шкалы ранжирования, социометрические шкалы.

Оценочные шкалы отличается простота применения, возможность математических методов обработки и анализа результатов исследования. Оценочные шкалы позволяют моделировать какие-либо реальные психические явления (качества) с помощью числовых систем по заранее обусловленным оценкам. Например, для оценки характера отношения учащегося к какому-либо

118

учебному предмету можно применить следующую шкалу оценок:

- резко отрицательно (-2);
- слабо отрицательно (-1);
- безразлично (0);
- слабо положительно (+1);
- ярко положительно (+2).

При этом необходима подробная расшифровка каждого из пунктов этой шкалы.

Одним из наиболее распространенных видов оценочного шкалирования является рейтинг. Рейтинг – это диагностический метод измерения психических явлений путем сбора суждений и разносторонних оценок компетентными судьями, экспертами. Рейтинг требует тщательного подбора экспертов, точной, удобной системы оценок. Его используют, например, для оценки перспективности методов обучения и эффективности диагностических средств.

Шкалы ранжирования образуются путем сравнения отдельных показателей друг с другом. Показатели располагают в ряд по степени проявления (важности).

На основе ранжирования показателей по каким-либо параметрам может быть произведена корреляция – установление зависимости между двумя явлениями.

Каждому показателю X и Y присваивается ранг. На основе полученных рангов рассчитываются их разности d и вычисляется коэффициент корреляции Спирмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)},$$

где $\sum d^2$ – сумма квадратов разностей между рангами.

Например, для того чтобы выявить зависимость между посещаемостью занятия и успешностью обучения строится таблица:

№ п/п	Имя и фамилия учащихся	Ранг по первому признаку (посещаемость занятий)	Ранг по второму признаку (успешность обучения)	Разность рангов d	d^2
1	Аня А.	3	2	1	1
2	Таня Т.	7	3	4	16
3	Вика В.	2	15	-13	169

4	Дима Д.	9	12	-3	9
5	Игорь И.	11	7	4	16

Подсчитать сумму квадратов из столбца № 5.

Рассчитать коэффициент ранговой корреляции r по формуле.

Если вычисленный коэффициент оказался положительным, то между исследуемыми двумя признаками существует положительная (прямая) связь; если отрицательным – обратная связь: чем более выражен один признак, тем менее выражен второй. При этом если абсолютная величина коэффициента корреляции находится в пределах 0 (R S) 0,3, то между коррелируемыми признаками имеется слабая связь; 0,3 (R S) 0,5 – умеренная связь; 0,5 (R S) 0,7 – значительная связь; 0,7 (R S) 0,9 – сильная связь; 0,9 (R S) 1,0 – очень сильная связь.

Еще одной разновидностью шкал ранжирования является парное сравнение. Суть его состоит в сопоставлении учащихся друг с другом, по какому-либо одному качеству. Если этим качеством оба ученика обладают в равной степени, то каждому и из них проставляют по одному баллу. Если же исследуемое качество у первого развито лучше, чем у второго, то первому проставляют два балла, а второму – ноль баллов. Суммируя полученные баллы для каждого ученика, мы получаем количественное выражение уровня развития данного качества.

Несмотря на длительность процедуры сравнения и сложность обсчета большего количества учащихся, метод парного сравнения имеет ряд достоинств:

- объективность оценки, порождённую довольно большим числом сравнений;
- простота метода;
- экономия времени при сборе материала;
- несложная математическая обработка результатов.

С помощью социометрических шкал изучается структура социальных взаимоотношений в группе.

Таким образом, психолого-педагогическое исследование проводится специалистами-дефектологами и психологами. Результаты психологического изучения являются одним из основных критериев при диагностике нарушения в общем комплексе психолого-медикопедагогического исследования.

Тема 6 «Дифференциальная диагностика различных типологических вариантов нарушений речевого развития»

6.1. Цель, задачи и основные критерии дифференциальной диагностики

Необходимость дифференциальной диагностики вызвана несколькими обстоятельствами:

1) трудность диагностики самого дизонтогенеза и симптомов недоразвития внутри него;

2) многие синдромы имеют ряд сходных симптомов, что делает сложным отграничение дефицитарной симптоматики (выпадение функции или ее незрелость) от продуктивной (патологические новообразования). Это затрудняет решение основного вопроса диагностики: процессуальный, текущий или резидуальный, остаточный характер имеет биологический дефект. Без знаний этих особенностей не может быть точной диагностики нарушения психического развития, а следовательно, и определения адекватного подхода к лечебно-реабилитационным и коррекционно-развивающим мероприятиям;

3) получение объективных данных о различных сторонах нарушенного развития требует всестороннего сравнительного исследования и анализа. Их результаты, полученные на определенной группе дизонтогенеза, сопоставляются с аналогичными данными группы нормально развивающихся детей того же возраста, а затем с аналогичными данными детей с другой формой дизонтогенеза. Только в этом случае выявленные отличия могут быть квалифицированы как специфические.

Основная цель дифференциальной диагностики – квалификация нарушения в развитии с отнесением данного конкретного случая к определенному варианту дизонтогенеза и педагогической группе. В соответствие с целью задачами дифференциальной диагностики являются:

- отграничение друг от друга сходных состояний аномального развития различного генеза;
- выявление первичного и вторичного нарушений, т. е. системный анализ структуры нарушения;

- изучение атипичного протекания дизонтогенеза;
- определение роли различных дефектов при сложных, комплексных отклонениях;
- выявление связи между дизонтогенетическими (признаками нарушенного развития) и энцефалопатическими (повреждение мозговых структур) расстройствами;
- оценка особенностей нарушений психического развития при недостатках зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата;
- разграничение степени и характера нарушений умственного, речевого и эмоционального развития ребенка;
- определение и обоснование педагогического прогноза.

Наиболее важной и сложной частью дифференциальной диагностики является интерпретация выполнения детьми заданий, их ответов: системный подход и приоритет качественного анализа психодиагностических данных, так как методики, предполагающие чисто количественную оценку результатов не являются достоверными в психодиагностике детей, представляющих разные категории отклоняющегося развития.

Квалифицированная оценка требует создания конкретной системы координат – критериев или параметров. Исследователями, разрабатывающими вопросы психодиагностики отклоняющегося развития, предлагаются различные параметры оценки выполнения детьми диагностических заданий.

Критерии оценки в обобщённом виде представлены в табл. 6.1.

Таблица 6.1

Критерии оценки, позволяющие осуществлять дифференциальную диагностику сходных нарушений развития ребёнка

Авторы	Параметры
С.Д. Забрамная	1. Эмоциональная реакция ребенка на сам факт обследования 2. Понимание инструкции и цели задания 3. Характер деятельности 4. Реакция на результат работы
В.И. Лубовский, И.А. Коробейников	1. Особенности аффективно-личностной сферы 2. Особенности работоспособности 3. Общая характеристика деятельности 4. Частные показатели интеллектуально-мнестической деятельности
Н.Я. Семаго, М.М. Семаго	1. Адекватность поведения 2. Критичность 3. Обучаемость

В.И. Лубовский	1. Определяющие нарушения, связанные с первичным дефектом 2. Речевое развития 3. Мыслительная деятельность 4. Обучаемость
О.Н. Усанова	1. Принятие задачи 2. Понимание инструкции 3. Возможность самостоятельного выполнения заданий и поиска способов действий 4. Результативность выполнения задания и возможность коррекции ошибок

Рассмотрим подробнее предлагаемые разными авторами параметры оценки выполнения детьми диагностических заданий.

С.Д. Забрамная считает обязательным учитывать в ходе обследования четыре показателя.

1. Эмоциональная реакция ребенка на сам факт обследования (волнение – естественная реакция на новую обстановку, незнакомых людей). Должна настораживать чрезмерная веселость, фамильярность в отношениях с психологом, неадекватность общения.

2. Понимание инструкции и цели задания. Выслушивает ли ребенок инструкцию до конца, делает ли попытки понять ее, прежде чем приступить к работе, какого рода инструкция понятна ребенку: устная или устная с наглядным показом и т. д.

3. Характер деятельности. Наличие и стойкость интереса к заданию, целенаправленность деятельности, умение доводить дело до конца, рациональность и адекватность способов действий, сосредоточенность в процессе работы. Учитывается общая работоспособность, наличие самоконтроля, саморегуляции. Одним из важных показателей является возможность использовать помощь: чем более выражена эта возможность, тем выше обучаемость ребенка. Показателем обучаемости является и перенос показанного ребенку способа деятельности на аналогичное задание.

4. Реакция на результат работы. Правильная оценка своей деятельности, адекватная эмоциональная реакция (радость при успехе, огорчение при неудаче) свидетельствуют о понимании ребенком ситуации [Забрамная С.Д., 1995].

В.И. Лубовский и И.А. Коробейников выделяют четыре параметра качественно-количественной оценки результатов деятельности детей:

- особенности аффективно-личностной сферы – контакт, интерес, аффективный компонент продуктивности, активность, критика;
- особенности работоспособности – динамика продуктивности, истощаемость, переключаемость, внимание;
- общая характеристика деятельности – наличие ориентировочной части,

понимание обращенной речи, вербализация, целенаправленность;

- частные показатели интеллектуально-мнестической деятельности – непосредственная кратковременная и долговременная память, качество опосредованного запоминания, доступность опосредования, динамика обучения и качество переноса (обучающий эксперимент), конструктивный праксис, логические построения, простые и усложненные обобщения, анализ несообразностей.

По каждому из показателей начисляются соответствующие баллы, которые затем суммируются по группам. Перечисленные параметры выделены, главным образом, для старшего дошкольного возраста и в целях дифференциации нарушений развития в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, но являются также существенными для анализа и близких к дошкольному возрастным этапам развития, тем более, что хронологический возраст не всегда соответствует уровню развития [Коробейников И.А., Лубовский В.И., 1981].

Н.Я. Семаго и М.М. Семаго выделяют следующие параметры, которые необходимо оценивать в процессе дифференциальной диагностики:

- адекватность поведения в процессе исследования;
- критичность по отношению к результатам, успешности решения диагностических задач, собственному поведению;
- обучаемость как основной педагогический критерий [Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2005].

В.И. Лубовский отмечает, что оценка результатов психодиагностического обследования должна быть в целом независимой от вида и содержания тестовых заданий. Единственно важным условием он считает достаточно полный охват исследованием всех основных компонентов психологической структуры нарушенного развития:

- определяющих нарушений, связанных с первичным дефектом: зрительного и слухового восприятия, психомоторики, двигательной активности и т. д.;
- особенности речевого развития;
- особенности развития мыслительной деятельности;
- обучаемости – потенциальных возможностей усвоения нового (в том числе навыков решения новых интеллектуальных задач) и возможностей переноса усвоенного в новые условия [Лубовский В.И., 1971].

Соотношение проявлений всех перечисленных компонентов и определяет, согласно В.И. Лубовскому, психологическую структуру и своеобразие каждой категории нарушенного развития.

Качественные различия – это всегда результат накопления количественных сдвигов, поэтому состояние той или иной функции все же требует определенной количественной оценки. В отличие от клинических и

параклинических (физиологических) оценок нарушения зрительных или слуховых функций психологическая оценка должна быть относительной, т. е. выражаться не в каких-либо единицах или баллах, а в степенях или уровнях состояния функции – например, отсутствие недостаточности, слабо выраженная, средняя и грубая недостаточность. Что именно понимается под каждой из этих оценок, должно обязательно оговариваться для каждой из диагностируемых функций.

Для надежной оценки необходимы данные, характеризующие три основных вида мышления: наглядно-действенное, нагляднообразное и словесно-логическое.

Нормальный уровень развития мышления ребенка с тем или иным отклонением в развитии характеризуется показателями, примерно соответствующими показателям нормально развивающегося ребенка того же возраста или несколько более низкими, прежде всего в словесно-логическом мышлении. Как легкая и средняя степени нарушения оцениваются случаи, когда количество выполненных мыслительных заданий, даже при условии оказания ребенку помощи, на 25–30 % ниже показателей нормативного выполнения. К тяжелой степени нарушения мыслительной деятельности относятся случаи невыполнения большинства заданий, несмотря на оказанную помощь. При грубых нарушениях развития мышления и познавательной деятельности в целом очевидные трудности возникают уже при восприятии и усвоении инструкции.

Определяя уровень обучаемости, степень ее недостаточности, к нормальному уровню можно отнести все случаи, когда ребенок решает полностью самостоятельно 60–80 % мыслительных заданий разных видов, а с остальными справляется после оказания ему помощи, исключая форму прямой подсказки или демонстрации полного решения. Средняя степень недостаточности – самостоятельное выполнение ребенком 30–50 % заданий и 60–80 % после одного–двух этапов помощи. Как грубая недостаточность обучаемости оцениваются случаи, когда психолог вынужден оказывать помощь в наиболее развернутой форме, вплоть до демонстрации решения. В наиболее тяжелых случаях решение может не воспроизводиться и после его демонстрации.

Психолого-педагогическая оценка выполнения предложенных заданий может осуществляться и с позиций структурных компонентов деятельности, позитивных или негативных условий ее изменения.

О.Н. Усанова предлагает четыре основных параметра деятельности.

1. Принятие задачи. Имеется в виду согласие (точнее, намерение) ребенка выполнить задание. При этом имеет значение, какая форма задания (игровая или учебная) была принята и каково его отношение к человеку, проводящему обследование. Анализ того, какую задачу и как принял ребенок, необходимо учитывать в коррекционной работе с ним.

125

Непринятие задачи может быть связано с негативным отношением ребенка к ситуации обследования (возникли трудности контакта, которые нужно преодолеть, прежде чем проводить обследование); с завышением требований к ребенку (может выполнить задание с игровой мотивировкой, но отказывается от него из-за отсутствия учебного мотива); с неадекватной оценкой степени трудности задания при сниженной самооценке, что может быть скорректировано стимулирующей помощью.

2. Понимание инструкции обеспечивает ребенку возможность ориентировки в задании. При анализе понимания ребенком инструкции складывается представление о его возможностях ориентироваться в задании, вычлняются причины возникших трудностей.

При сохранном слухе нарушения понимания инструкции могут объясняться:

- ✓ неустойчивостью слухового внимания (при стимулирующей и организующей помощи, обеспечивающей концентрацию внимания, это затруднение компенсируется);
- ✓ семантическими факторами (понимание невозможно или затруднено вследствие неусвоенности значений слов);
- ✓ акустико-гностическими затруднениями (вследствие несформированности фонематического восприятия). Иногда эти трудности могут быть преодолены при изменении инструкции, замене лексических единиц. Увеличение громкости голоса психолога снижает понимание инструкции;
- ✓ акустико-мнестическими факторами (нарушение понимания связано с объемом воспринимаемой речевой информации). Компенсация возможна при сокращении объема для восприятия в единицу времени, при расчленении сложной инструкции на основные части или ее сокращении;
- ✓ несформированностью восприятия сложных смысловых схем речи (нарушение понимания связано с несформированностью грамматического строя речи).

3. Возможности самостоятельного выполнения заданий и поиска способов действий. Их оценка раскрывает специфику исполнительской стороны деятельности, сам процесс решения задачи. Анализ выбираемых ребенком способов действий и того, как они применяются, позволяет сделать заключение о стратегии и тактике деятельности, оценить их адекватность поставленной задаче и возможности вариативности при изменении условий деятельности.

Дети с неустойчивой нейродинамикой могут выбрать правильную стратегию, но при выполнении отдельных операций действовать неадекватно или непродуктивно, допуская ошибки или удлиняя время выполнения.

При организующей помощи взрослого ребенок может изменить тактику выполнения задания, но через некоторое время отмечается инертность

применения уже нового способа действия. Это говорит о том, что ребенок усваивает новые способы действия, но с трудом переключается с одного способа выполнения на другой.

Важным условием, влияющим на выполнение заданий, является использование дозированной помощи психолога в процессе эксперимента. Восприимчивость к помощи является чувствительным параметром, характеризующим уровень умственного развития. Особенно важный показатель – качество и мера помощи. Чем меньше эта помощь, тем выше чувствительность к ней и выше обучаемость. При оценке результата деятельности ребенка важно зарегистрировать не только возможности самостоятельного решения задач, но и то, какая помощь ребенку потребовалась, насколько велика она была.

Дозированная помощь взрослого может быть организована в форме «обучающих уроков». В этом случае в каждом из предлагаемых ребенку заданий предусматриваются облегченные варианты, при этом количество помощи оценивается в баллах. Применение обучающего эксперимента дает возможность дифференцировать первичные и вторичные нарушения, определять, возможна ли и за счет каких функций компенсация дефекта.

4. При оценке результативности выполнения задания и возможности коррекции ошибок анализируются возможности ребенка по контролю собственной деятельности.

Снижение контроля за деятельностью сопровождается ошибками, которые при частичном правильном выполнении задания приводят к неправильному результату. Ошибки могут возникнуть на любом этапе деятельности, и оценка их характера, динамики и контролируемости ребенком дает ценные сведения для диагностики.

На разных этапах деятельности характер ошибок меняется. Ошибки планирования чаще всего встречаются у детей с недоразвитием лобных систем мозга, а ошибки выполнения конкретных операций (при сформированности общей стратегии деятельности) чаще наблюдаются при незрелости задних отделов мозга.

При самостоятельной фиксации ошибок можно говорить не о сформированности планирования, а о наличии текущего контроля за деятельностью. Отсутствие фиксации ошибок указывает на несформированность такого контроля.

В результате сопоставления всех четырех параметров психолого-педагогической оценки выполнения обследуемым ребенком диагностических заданий выявляются психологические и нейропсихологические факторы, лежащие в основе психического развития при данной форме патологии.

Принцип качественного анализа данных, получаемых в процессе психодиагностики, был выдвинут в противовес количественному подходу, характерному для классического тестирования. Однако, замечает В.И.Лубовский,

и этот принцип нуждается в дальнейшей конкретизации, поскольку сама проблема качественных показателей разработана совершенно недостаточно. Кроме того, и в целом не существуют, и, видимо, принципиально не могут быть созданы единые психологические методики, позволившие бы однозначно и качественно дифференцировать не только детей, относящихся к разным видам аномального развития, но и нормальное развитие от нарушенного.

Различия в способах выполнения заданий, способах действий наблюдаются как среди аномальных, так и среди нормально развивающихся детей; с другой стороны, не все такие различия доступны для наблюдения. В большинстве случаев аномальные дети выполняют или отдельные задания хуже, или только некоторые из тех заданий, с которыми справляются нормально развивающиеся дети, среди которых не всем оказываются по силе некоторые задания. Таким образом, качественный подход в чистом виде невозможен. Такое положение обуславливает:

- ✓ необходимость применения при диагностике целого набора или «батарей» методик, каждая из которых должна содержать несколько однотипных заданий, определяющих диапазон количественных различий;
- ✓ неизбежное сочетание количественного и качественного подходов к анализу и оценке результатов диагностики.

В подавляющем большинстве случаев качественные различия между нормальным и аномальным ребенком могут быть установлены только при сопоставлении количественных показателей, т. е. те и другие практически выступают во взаимосвязи.

На основании этих данных определяется тип образовательного учреждения, программа обучения, организация коррекционно-педагогического процесса. Группа специалистов ПМПК, осуществляющих диагностику, реализует комплексный подход к изучению ребенка с проблемами в развитии. Решение по итогам диагностики принимается коллегиально. Работа диагностической группы строится по определенной системе с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

Недостатки речевого развития наблюдаются практически у всех детей с нарушениями развития. Специфических особенностей, определяющих каждый тип нарушенного развития, которые и могут служить критериями дифференциальной диагностики, значительно меньше [Лубовский В.И., 1971]. Это связано и с закономерностями аномального развития, и с тем, что в специальной психологии на сегодняшний день недостаточно научных исследований сравнительного характера. Осуществление таких научных разработок позволило бы существенно расширить возможности дифференциальной диагностики [Слюсарева Е.С., Козловская Г.Ю., 2009].

6.2. Типологизация нарушений речевого развития

В отечественной логопедической практике традиционно принято пользоваться клинико-педагогической и психолого-педагогической классификациями нарушений речи. Эти классификации, хотя и рассматривают одни и те же явления с разных точек зрения, не противоречат, а дополняют одна другую и оказываются ориентированы на решение разных задач единого, но многоаспектного процесса коррекции нарушений развития речи. Следует отметить, что обе классификации относятся к первичному недоразвитию речи у детей, т. е. к тем случаям, когда нарушения развития речи наблюдаются при сохранном слухе и нормальном интеллекте (Н.Н.Заваденко).

Клинико-педагогическая классификация опирается на традиционное для логопедии содружество с медициной, но в отличие от клинической, выделяемые в ней виды речевых нарушений строго не привязываются к формам заболеваний.

Одним из первых попытку классифицировать речевые расстройства с этих позиций предпринял немецкий терапевт Адольф Куссмауль в 1877 г. Он упорядочил терминологию, систематизировал сложившиеся ранее представления о видах речевых нарушений. В дальнейшем коррективы в классификацию внесли М.Е. Хватцев, Ф.А. Рау, О.А. Правдина, С.С.Ляпидевский, в результате чего значительно пополнилась содержательно характеристика речевых расстройств, была устранена фрагментарность описаний речевых патологий. Данная классификация ориентирована на коррекцию дефектов речи, разработку дифференцированного подхода к их преодолению и на детализацию видов и форм речевых нарушений. В этой классификации учитываются межсистемные взаимодействия речевых нарушений с материальным субстратом, прежде всего анатомо-физиологическим механизмом речевого расстройства, что позволяет раскрыть нарушение в целом и определить, в каких случаях необходимо только логопедическое воздействие, а в каких комплексное медико-педагогическое.

В клинико-педагогической классификации ведущая роль отводится психолого-лингвистическим критериям, позволяющим отграничить одно речевое нарушение от другого:

- ✓ нарушения формы речи (устной или письменной);
- ✓ нарушения вида речевой деятельности применительно к каждой из форм (для устной – говорения или слушания, для письменной – чтения или письма);
- ✓ нарушение этапа (звена) порождения или восприятия речи (внутреннего или внешнего оформления высказывания, сенсорный или рецептивный этап);
- ✓ нарушения операций, осуществляющих оформление высказывания на

том или ином этапе порождения или восприятия речи;

✓ нарушение средств оформления высказывания (разграничение языковых и произносительных единиц) [Пятница Т.В., 2010].

В обобщенном виде клинико-педагогическая классификация нарушений речи показана на рис. 6.1.

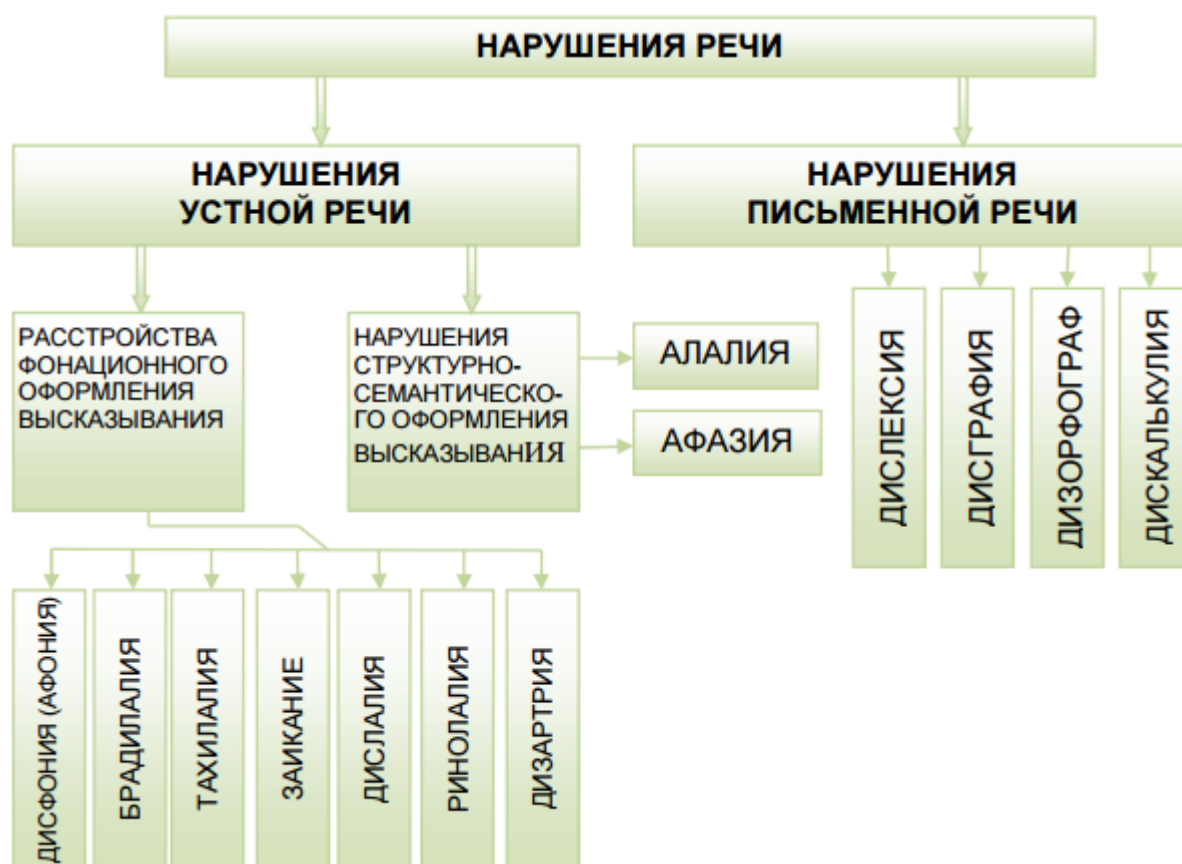


Рис. 6.1. Клинико-педагогическая классификация нарушений речи

Р.Е. Левина разработала психолого-педагогическую классификацию речевых расстройств. Основанием для этого послужило выделение детской логопедии в отдельный раздел логопедической науки, а также формулирование новых принципов анализа речевых нарушений у детей.

Психолого-педагогическая классификация построена с учётом лингвистических и психологических критериев, среди которых выделяются:

- компоненты речевой системы (звуковая сторона речи, грамматический строй, словарный запас);
- функции речи (коммуникативная и логическая);
- соотношение устной и письменной речи.

Психолого-педагогическая классификация речевых нарушений нацелена на разработку методов педагогического воздействия для работы с коллективом детей и на выявление общих проявлений дефекта при различных формах аномального развития речи у детей, определение их частных проявлений и построение на их основе коррекционного процесса.

Нарушения речи в данной классификации подразделяются на две группы.

Первая группа – нарушение средств общения (фонетикофонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи).

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. Выделяются следующие основные проявления этого состояния [Филичева Т.Б. и др., 1989]:

- ✓ недифференцированное произношение пар или групп звуков. В этих случаях один и тот же звук может служить для ребенка заменителем двух и даже трех других звуков;

- ✓ замена одних звуков другими. Звуки, сложные для произнесения, заменяются более легкими, которые характерны для раннего периода речевого развития;

- ✓ смещение звуков. Это явление характеризуется неустойчивым употреблением целого ряда звуков в различных словах. Ребенок может в одних словах употреблять звуки правильно, а в других заменять их близкими по артикуляции или акустическим признакам.

Подобные нарушения свидетельствуют о недоразвитии фонематического слуха (способности различения фонем), которое подтверждается в процессе обследования. Недоразвитие фонематического слуха препятствует полноценному осуществлению звукового анализа слов. Именно поэтому к школьному возрасту данная группа детей обладает недостаточными предпосылками для обучения письму и чтению (Н.Н. Заваденко).

Общее недоразвитие речи (ОНР) – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

Общее недоразвитие речи неоднородно по механизмам развития и может наблюдаться при различных формах нарушений устной речи (алалии, дизартрии и др.). В качестве общих признаков отмечают позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизмы, дефекты произношения, дефекты фонемообразования. Недоразвитие может быть выражено в разной степени: от отсутствия речи или лепетного ее состояния до развернутой речи, но с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. В зависимости от степени нарушений формирования средств общения ОНР подразделяется на три уровня. По Р.Е.Левиной, эти уровни

131

речевого недоразвития обозначаются как:

- ✓ отсутствие общепотребительной речи (так называемые «безречевые дети»);
- ✓ зачатки общепотребительной речи;
- ✓ развернутая речь с элементами недоразвития во всей речевой системе (Р. Е. Левина).

Вторая группа – нарушения в применении средств общения. К ним относится заикание, которое рассматривается как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения. Возможно сочетание заикания с общим недоразвитием речи.

В данной классификации не выделяются как самостоятельные нарушения чтения и письма. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как системные, отсроченные последствия [Лалаева Р.И., Парамонова Л.Г., Шаховская С.Н., 2009; Пятница Т.В., 2010]. В обобщенном виде психологопедагогическая классификация нарушений речи показана на рис. 6.2.



Рис. 6.2. Психолого-педагогическая классификация нарушений речи

Однако возможны и иные подходы к типологии и характеристике речевых расстройств. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) представлены расстройства развития речи и языка, где они включены в раздел F8 «Расстройства психологического (психического) развития». МКБ-10 с января 2007 г. является общепринятой классификацией для кодирования

медицинских диагнозов, разработана Всемирной организацией здравоохранения и состоит из 21 раздела, каждый из которых содержит подразделы с кодами заболеваний и состояний.

МКБ является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов. Целью данной классификации является создание условий для систематизированной регистрации, анализа интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах в разное время. МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных. Основой МКБ-10 является трёхзначный код, который служит обязательным уровнем кодирования данных, которые отдельные страны предоставляют ВОЗ, а также при проведении основных международных сравнений. Структура МКБ10 разработана на основе классификации, предложенной Уильямом Фарром.

МКБ-10 состоит из трёх томов:

- ✓ том 1 содержит основную классификацию;
- ✓ том 2 содержит инструкции по применению для пользователей МКБ;
- ✓ том 3 представляет собой алфавитный указатель к классификации.

Классификация разделена на 21 класс. Первым знаком кода в МКБ является буква, и каждая буква соответствует определённому классу, классы подразделяются на однородные «блоки» трёхзначных рубрик.

В рамках каждого блока некоторые из трёхзначных рубрик предназначены только для одной болезни, отобранной вследствие её частоты, тяжести, восприимчивости к действиям служб здравоохранения, в то время как другие трёхзначные рубрики предназначены для групп болезней с некоторыми общими характеристиками. В блоке обычно имеются рубрики для «других» состояний, дающие возможность классифицировать большое число различных, но редко встречающихся состояний, а также «неуточнённые» состояния. Четырёхзначные подрубрики используют любым подходящим способом, определяя, например, различные локализации или разновидности болезни [Пятница Т.В., 2010].

Классификации речевых и языковых расстройств, приведенной в МКБ-10, недостает систематичности, единства классификационных критериев. Данные лингвистики – науки, предметом изучения которой являются так называемый естественный язык и человеческая речь – игнорируются. Так, например, артикуляция (произношение звуков речи, F80.0), будучи только одним из навыков (хотя и самым заметным), необходимым для формирования устной экспрессивной речи (говорения), а также письменной (чтения), почему-то вынесена отдельным равноправным пунктом, а не подчиненным, как следовало

бы.

133

Кроме того, по мнению авторов МКБ-10, «речь и язык» (speech and language, F80) не являются «учебными навыками» (scholastic skills, F81), потому как стоят отдельным пунктом; а «чтение» и «письмо», по той же логике, к «языку» (language) никакого отношения не имеют. В данном случае очевидно несовпадение с языковедческой точкой зрения. К недостаткам классификации речевых нарушений в МКБ-10 стоит отнести и тот факт, что единицы одного уровня (блоки F80-F89 и F90-F98) классифицированы по разным критериям. Всё это затрудняет использование МКБ-10 в целях психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи. Однако первичные речевые нарушения необходимо отграничивать от вторичных (при интеллектуальных, эмоциональных и сенсорных патологиях), а в психолого-педагогической и клинико-педагогической классификациях они специально не выделяются.

Обязательным компонентом в работе специалиста, работающего в системе образования, является изучение данных, представленных в медицинской документации. Владение соответствующей клиническому подходу терминологией, возможность оценить состояние ребёнка как с клинических, так и психолого-педагогических позиций поможет избежать сложности, связанные с постановкой дифференциального диагноза и выбором оптимальных для этого состояния методов коррекции.

В Российской Федерации у МКБ есть и ещё одна специфическая цель. Законодательством РФ (а именно Закон РФ «Об психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», Закон РФ «Об экспертной деятельности в Российской Федерации») устанавливается обязательное применение текущей версии МКБ в клинической психиатрии и при проведении судебных психиатрических экспертиз. Это значит, что логопеды и специальные психологи, работающие в системе здравоохранения, должны овладеть и активно пользоваться терминологическим аппаратом, обязательным для специалистов, работающих в данной сфере.

В зарубежной литературе и в МКБ-10 расстройства речи и школьных навыков обозначаются в качестве специфических расстройств развития, т. е., по большому счету, дизонтогенетических расстройств. При нарушениях речи термин «специфические» используется наряду с термином «первичные». Тем самым подчёркивается наличие основного клинического дефекта преимущественно в сфере развития речи и языка [McLeod S., Harrison L., 2009; Evans J., 2009; Robinson R., 1999]. Однако последние исследования выявили частые сопутствующие нарушения невербального интеллекта, мелкой моторики, эмоционально-волевой сферы у детей с первичными речевыми расстройствами, что ставит под сомнение термин «специфические» нарушения речи [Robinson R., 1999; Громова О.Е., 2004; Левина Р.Е., 1975; Семаго Н. Я., Семаго М. М., 2005; Степаненко Д. Г., 2003]. Вторичные речевые нарушения возникают и

рассматриваются в структуре основного заболевания, которыми могут быть нарушения слуха, умственная отсталость, другие психические и неврологические расстройства, врожденные или приобретенные дефекты челюстно-лицевой области, тяжелые соматические заболевания [Степаненко Д.Г., Сагутдинова Э.Ш., 2010].

6.3. Дифференциация специфических (первичных) и неспецифических (вторичных) расстройств речевого развития

6.3.1. Разграничение специфических (первичных) расстройств речевого развития

В МКБ-10 специфические расстройства речи и языка (F80) и специфические расстройства учебных навыков (F81) выделяются в отдельные диагностические рубрики. Кроме того, отдельно выделяются симптомы и признаки, относящиеся к речи и голосу (R47.0) – дисфагия и афазия; (R47.1) – дизартрия, анартрия; (R49.0) – дисфония; (R49.1) – дисфония; (R49.1) – афония; (R49.2) – открытая гнусавость и закрытая гнусавость. Особенности речи, обусловленные нарушениями в строении артикуляционного аппарата отражены в разделе: расщелина губы и нёба (Q35-Q37). В отечественной логопедии такое разделение соотносится с психолого-педагогической и клинико-педагогической классификациями нарушений устной и письменной речи.

Специфические расстройства развития речи и языка (F 80) характеризуются ранним началом. У детей такими расстройствами сохранен интеллект, отсутствует патология зрения и слуха, включая специфические поражения рецепторного аппарата. В нерезко выраженных случаях они способны к общению в хорошо известных, бытовых ситуациях, однако в школе расстройство существенно влияет на способности к обучению. От вариантов нормы состояние отличается особенностями межличностных коммуникационных связей, поведенческими расстройствами. В среднем школьном возрасте важным диагностическим критерием является течение с прогрессивным улучшением. В отличие от умственной отсталости не обнаруживаются выраженных проблем в повседневном функционировании, ребенок приобретает большинство навыков в соответствии с возрастными нормами.

Специфическое расстройство артикуляции (F80.0) связано с развитием, при котором употребление ребенком речевых звуков находится на уровне более низком, чем это соответствует его возрасту, но при котором уровень языковых навыков нормален. У детей отмечают общую неразборчивость речи, что вызвано не только искажением отдельных фонем, но пропускам или подменой трудных для произношения звуков. При этом речь становится предельно

упрощенной, бедной, что вступает в противоречие с интеллектуальным развитием ребенка и пониманием им куда более сложных речевых конструкций [Пережогин Л.О., 2002]. В рамках клиникопедагогической классификации специфическим расстройствам артикуляции соответствуют такие нарушения речи, как дислалия (функциональная дислалия: акустико-фонематическая, артикуляторно-фонематическая, артикуляторно-фонетическая). Эти речевые нарушения часто являются сходными в своих проявлениях и нуждаются в детальной дифференциальной диагностике.

Отсутствие или достаточно выраженная дефицитарность продуцирования речи или ее восприятия, не обусловленные дефектами интеллекта и слуха, в рамках клинико-педагогической классификации определяется как алалия. Принятому разделению алалии на моторную и сенсорную в МКБ–10, очевидно, соответствуют расстройства экспрессивной (F80.1) и рецептивной (F80.2) речи, однако само понятие «алалия» в МКБ–10 не отражено, совместившись с понятием «афазия» («дисфазия»).

Моторная алалия – это системное нарушение формирования экспрессивной (внешней) речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительной сохранности семантических (смысловых) и сенсомоторных операций. При расстройстве экспрессивной речи наблюдается отсутствие отдельных слов и простых фраз к 2–3 годам. В более старшем возрасте отмечается ограничение словарного запаса, трудности в подборе слов и синонимов, использование небольшого набора самых общих слов, несформированность строя речи с наличием примитивной структуры предложений и ошибок в согласовании, синтаксические ошибки, особенно пропуски окончаний и приставок, отсутствие в речи предлогов, местоимений, склонений существительных и спряжений глаголов (данные нарушения свидетельствуют в пользу дизонтогенетического происхождения расстройства, поскольку именно подобная структура речи характерна для сообществ, находящихся на примитивном уровне развития [ЛевиСтросс К., 1994]. Отмечаются трудности в установлении хронологического порядка событий. При этом понимание речи соответствует возрастным нормам или немного ниже, что связано с трудностями приобретения словарного запаса, обусловленными нарушениями чтения. В общении количество невербальных конструкторов соответствует возрастной норме. Несмотря на речевые нарушения, потребность в коммуникации сохранена, ребенок активно стремится к общению. На фоне речевых расстройств, создающих препятствие в коммуникации, формируются вторичные поведенческие расстройства, эмоциональные нарушения, повышенная моторная активность, которая воспринимается внешне как невнимательность, отвлекаемость [Пережогин Л.О., 2002].

При *сенсорной алалии* главным в структуре дефекта является нарушение

восприятия и понимания речи (импрессивной стороны) при полноценном физическом слухе [Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В., 1989]. Расстройство рецептивной речи характеризуется нарушением понимания речи. При этом уже в младенчестве отмечается отсутствие реакции, неспособность следовать инструкциям, выполнять команды. При этом нет признаков, свидетельствующих в пользу негативизма. В старшем возрасте отмечаются нарушения понимания грамматических структур (например, форм вопроса и утверждения), тональности речи, жестов. Чаще всего это состояние сочетается с нарушением экспрессивной речи, чтения, письма. В поведении ребенка преобладают: моторная гиперактивность, невнимательность, тревога, изоляция от сверстников, провоцирующая агрессивные поступки, застенчивость [Пережогин Л.О., 2002].

Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера) (F80.3) стоит особняком среди расстройств данной группы. В отечественной логопедии это нарушение определяется как детская афазия. Состояние характеризуется началом в возрасте 3–7 лет, которому предшествует нормальное развитие. Нарушения речи развиваются в течение нескольких недель (месяцев) синхронно с возникновением эпилептических пароксизмов или несколько отсрочено. Нарушения речи носят прогрессивный характер, достаточно выражены, затрагивают рецептивную и экспрессивную речь, развиваются расстройства артикуляции, которых не было прежде. Может меняться модуляция голоса. На первом этапе синхронно с речевыми нарушениями возникают поведенческие расстройства, которые уменьшаются по мере освоения ребенком альтернативных навыков коммуникации. Заболевание может протекать с психотическими эпизодами. Сегодня принято считать, что в основе заболевания лежит воспалительный процесс (энцефалит). В трети случаев наступает полное выздоровление, в двух третях – после прекращения судорожных пароксизмов остаются более и менее резко выраженные речевые нарушения, что собственно и послужило причиной отнесения синдрома Ландау-Клеффнера в данную диагностическую категорию МКБ-10 [Пережогин Л.О., 2002].

К другим расстройствам развития речи и языка (F80.8) относят нарушения речевого развития вследствие педагогической запущенности, социальной депривации [Пережогин Л.О., 2002].

Диагноз *расстройства развития речи и языка неуточнённые (F80.9)* употребляется только для неуточненных расстройств, характеризующихся значительным нарушением в развитии речи, не обусловленным умственной отсталостью или неврологическим, сенсорным или физическим нарушением, которые прямым образом влияют на речевую функцию.

В обобщённом виде данные, позволяющие соотнести перечисленные диагнозы с возможными клинико-психологопедагогическими заключениями представлены в табл. 6.2.

Специфические расстройства речи и языка

Блок нарушений	Шифр	Рубрика по МКБ-10	Психологопедагогическое заключение	Клиникопедагогическое заключение
F80-F89 Расстройства психологического развития				
Специфические расстройства речи и языка	F80 F80.0	Специфические расстройства речевой артикуляции	Нарушения средств общения. Фонетикофонематическое недоразвитие речи (ФФН)	Дислалия (механическая и функциональная дислалия)
	F80.1	Расстройства экспрессивной речи	Нарушения средств общения. Общее недоразвитие речи (ОНР)	Моторная алалия Детская афазия
	F80.2	Расстройства рецептивной речи		Сенсорная алалия Детская афазия
	F80.3	Приобретённая афазия с эпилепсией		Детская афазия
	F80.8	Другие расстройства развития речи и языка		
	F80.9	Расстройства развития речи и языка неуточнённые	Нарушения средств общения. Неосложнённый вариант ОНР невыясненного генеза	

Специфические расстройства артикуляции (F80.0) – функциональная и механическая дислалия – могут смешиваться между собой. Критерии, позволяющие их разграничить, представлены в табл. 6.3.

Таблица 6.3

Дифференциальные критерии, позволяющие разграничить функциональную и органическую дислалии (по Г.А. Волковой)

Функциональная дислалия	Органическая дислалия
Строение органов артикуляторного аппарата	
Отсутствуют как врождённые, так и приобретённые аномалии в строении артикуляторного аппарата	Наблюдаются особенности в строении артикуляторного аппарата: укороченная подъязычная связка, готическое или аркообразное нёбо, прогения, прогнатия и др.

Функционирование артикуляторных органов				
Подвижность артикуляторных органов относительно сохранна	Подвижность органов артикуляции ограничена			
Звукопроизношение				
Страдает только звукопроизношение. Прогноз благоприятный				
Двигательная сфера				
Двигательная сфера без патологии, равномерные	сухожильные рефлексy живые,			

Довольно часто *специфические расстройства артикуляции (F80.0)* смешиваются с нарушениями, выделенных в МКБ-10 в разделы *симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R47.0 R49.0)* и *расщелина губы и неба (Q35-Q37)*. Общим для этих состояний являются нарушения произносительной стороны речи. В обобщённом виде данные, позволяющие соотнести перечисленные диагнозы с возможными клинико-психолого-педагогическими заключениями, представлены в табл. 6.4.

Дисфазия и афазия (R47.0) – это системные нарушения речи, которые возникают при локальных поражениях коры доминантного полушария головного мозга, охватывают разные уровни организации речи, влияют на ее связи с другими психическими процессами и приводят к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи.

Таблица 6.4

Симптомы, признаки и отклонения от нормы,
 выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не
 классифицированные в других рубриках

Блок нарушений	Шифр	Рубрика по МКБ-10	Психологопедагогическое заключение	Клинико-педагогическое заключение
R47 – R49 Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках				
Нарушения речи, не классифицированные	R47 R47.0	Дисфазия и афазия		Афазия (акустико-гностическая, акустико-мнестическая, моторная афферентная, моторная эфферентная, семантическая, динамическая)

139

Заявка 1213166

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна

	R47.1	Дизартрия, анартрия	Нарушения средств общения: ФФН, ОНР	Дизартрия (бульбарная, псевдобульбарная, экстрапирамидная, гиперкинетическая; мозжечковая; корковая)
	R47.8	Другие и неуточненные нарушения речи		
Дислексия и другие нарушения узнавания и понимания символов и знаков, не классифицированные в других рубриках	R48	Дислексия и алексия		
	R48.0	Агнозия		
	R48.1	Апраксия		
	R48.2	Другие и неуточненные нарушения узнавания и понимания символов и знаков		
Нарушение голоса	R49.0	Дисфония	Нарушения в применении средств общения	Дисфония (функциональная, органическая)
	R49.1	Афония	Нарушения в применении средств общения	Афония (функциональная, органическая)
	R49.2	Открытая гнусавость и закрытая гнусавость	Нарушения средств общения: ФФН, ОНР	Открытая ринолалия (органическая, функциональная) и закрытая ринолалия (передняя, задняя; органическая и функциональная)

При афазии наблюдаются как нарушения собственно речи и вербального общения, так и нарушения других психических процессов, изменение личности. Экспрессивная (моторная) афазия возникает при поражении доминантной лобной доли. Импрессивная (сенсорная) афазия обусловлена очагами, расположенными более каудально. Чаще имеет место сочетание этих нарушений: смешанная, тотальная афазия.

Существуют различные классификации афазии: классическая, неврологическая классификация Вернике–Лихтгейма, лингвистическая классификация Х. Хэда, классификация В.К. Орфинской и др. Общепринятой является нейropsychологическая классификация афазии А.Р.Лурия, включающая

шесть форм:

- ✓ эфферентная моторная афазия (поражение заднелобных отделов коры мозга – поле 44, или зона Брока);
- ✓ афферентная моторная афазия (поражение задних постцентральных отделов двигательного анализатора, нижние теменные отделы);
- ✓ динамическая афазия (отделы мозга, располагающиеся кпереди от зоны Брока, и дополнительная речевая зона Пенфилда);
- ✓ сенсорная афазия (поражение задней трети верхней височной извилины – поле 22, зона Вернике);
- ✓ акустико-гностическая сенсорная афазия (поражение средней височной извилины – поля 21 и 37);
- ✓ семантическая афазия (поражение теменно-височнозатылочной зоны).

На практике редко встречаются изолированные формы афазий. Поэтому обоснованно выделение комплексной моторной афазии, когда страдают все формы экспрессивной речи (собственная, диалог, называние, повторение, чтение, письмо, счет), и комплексной сенсорной афазии, когда страдает фонематический слух и слухоречевая память (нарушены понимание, повторение, называние, счет).

Немногочисленные описания клинической картины детской афазии в содержат утверждения, что она отличается от афазии у взрослых (Ф.С.Розенфельд, Э.Г. Сименицкая, Н.Н. Траутотт, С.И. Кайданова, М.Г.Храковская, Renata Whurr, Sarah Evans, F.William Black). Практически все исследователи детской афазии согласны друг с другом по поводу следующего: афазия у детей в среднем протекает легче, чем у взрослых; симптоматика нарушения речевой и сопутствующие расстройства неречевых функций носят менее локальный характер, чем у взрослых. Они в большей степени рассеяны по отдельным зонам мозга; форму афазии у детей часто нельзя установить с достаточной долей определенности; обратное развитие речевых расстройств у детей происходит быстрее, чем у взрослых и конечный эффект восстановления выше; в связи с этим тяжесть расстройств в инициальный и резидуальный периоды резко различна; письменная речь у детей с афазией страдает грубее, чем у взрослых; у детей в сравнении со взрослыми грубее выражены нейродинамические изменения (Т.Г. Визель).

Афазии следует отличать от других нарушений речевого развития. При дислалии, в отличие от афазии, нарушается только звуковая сторона речи, а смысловая остаётся сохранной. Моторная афазия отличается от дизартрии тем, что при моторной афазии грубые нарушения подвижности языка и губ вне речи не обнаруживаются. При дизартрии резкая ограниченность активности артикуляционного аппарата наблюдается как во время речи, так и вне речи. Расстройства «моторной» речи (при относительно сохранной способности понимания речи) могут быть обусловлены и распадом системы языковых

обобщений, и артикуляторной *апраксией* (R48.2). При апраксии нарушения произношения звуков нестойки и переменны, в автоматизированных видах речи они могут исчезать. Больной не столько не может произнести слово, сколько не умеет, не знает, как это сделать. При моторной афазии нарушения звуковой стороны речи обнаруживаются во всех ее видах (собственная речь, понимание речи окружающих, чтение, письмо, внутренняя речь).

В логопедии термином *дизартрия* (R47.1) обозначают расстройство фонетико-фонематической системы речи, обусловленное последствиями органических поражений двигательных отделов нервной системы. Дизартрия может быть врожденной и приобретенной. У детей дизартрия часто бывает обусловлена причинами, действовавшими в пренатальном, натальном и раннем постнатальном периоде. Приобретенная дизартрия является следствием менингитов и энцефалитов, черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения, опухолей головного мозга. В качестве патогенеза речевого расстройства при дизартрии выступают разнообразные неврологические симптомы, приводящие к нарушениям управления моторной стороной речи.

В нашей стране признание получила топическая классификация приобретенной дизартрии Е.Н. Винарской. В этой классификации клинические формы дизартрий определены в соответствии с локализацией очага поражения в двигательной системе. В классификации выделяются бульбарная, псевдобульбарная, экстрапирамидная, мозжечковая и корковые формы. Их разграничение представляет определенную сложность для дифференциального диагноза. Критерии, на основании которых происходит различение названных расстройств, приведены в табл. 6.5.

Симптоматика дизартрии у разных людей может быть представлена в разной степени: от полной неспособности к произношению (анартрии) до минимальных расстройств звукопроизношения и просодики (стертой дизартрии). При этом характер нарушения речи варьируется в зависимости от клинической формы дизартрии.

Наибольшую сложность при проведении дифференциального диагноза представляет разграничение *стертой дизартрии* и *дислалии*. По внешним проявлениям стертая дизартрия мало отличается от дислалии и часто смешивается с ней.

Таблица 6.5

Сравнительная характеристика различных форм дизартрий

Бульбарная	Псевдобульбарная	Экстрапирамидная	Мозжечковая	Корковая
Локализация поражения				
Ядра, корешки или периферические стволы черепно-мозговых нервов, находящихся в продолговатом мозге	Пирамидные пути на участке от коры до продолговатого мозга	Экстрапирамидная система	Мозжечок	Очаговые поражения двигательных зон коры головного мозга
Неврологическая симптоматика				
Периферический парез или паралич. Мышцы органов артикуляции паретичны. Вялые параличи в мышцах речевых органов, приводящие к потере произвольных и непроизвольных движений. Поражения могут носить односторонний или двусторонний характер	Центральный парез или паралич. Спастические параличи с нарушением управления произвольными движениями. Высокоавтоматизированные движения, регулируемые на подкорковом уровне, сохраняются	Дистонии и гиперкинезы, проявляющиеся в виде ритмичных сокращений мышц (хореический гиперкинез) и волнообразных движений (атетоидный гиперкинез). Более ярко, чем в других формах, представлена «стволовая» симптоматика – синкинезии и оральные автоматизмы	Расстройства координации, проявляющиеся в затруднениях при расчёте силы движения, в связи с чем движения в начальной фазе излишне активны, а в конечной – недостаточны	Дезорганизация сложных двигательных навыков. Апраксии, т. е. потеря контроля за производством движения со стороны корковых анализаторов

143

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

Дыхание				
	Ограничение движений в дыхательном отделе приводит к тому, что воздушная струя недостаточна для образования звуков в передней части артикуляционного аппарата	Из-за выраженных расстройств координации дыхания, голосоподачи и артикуляции речь строится как на выдохе, так и на вдохе		
Назализация				
При расстройствах управления работой мышц нёбно-глоточного кольца различия между носовыми и ротовыми звуками стёрты	Расстройства управления работой мышц нёбно-глоточного кольца приводят к отказу от разграничения звуков по признаку назальности, и все звуки приобретают носовой оттенок		При расстройствах управления работой мышц нёбно-глоточного кольца различия между носовыми и ротовыми звуками стёрты	
Произносительная сторона речи				
✓ Стойкие расстройства произношения из-за ограничения движений мышц. Ассортимент произносимых звуков может быть сужен до 2–3. ✓ Произношение приобретает смазанный характер с хлюпающими призвуками, возникающими за счет повышенной сали-	✓ Избирательно страдают сложные в артикуляционном отношении звуки, требующие более точной дифференциации мышечных движений. ✓ При очень слабой воздушной струе невозможно образование даже губных звуков, при меньшей сте-	✓ Расстройства произношения артикуляционно-сложных звуков. ✓ Произношение носит неровный характер, качество произношения существенно снижается при проявлении гиперкинеза. ✓ Существенные трудности в овладении	✓ Обычно начало речевого высказывания слишком громкое, а окончание – тихое. Речь ребенка с выраженной мозжечковой дизартрией напоминает речь во время плача – всхлипывания во время забора воздуха, громкое	✓ При постцентральной корковой дизартрии возникает кинестетическая апраксия, следствием которой являются неточное воспроизведение артикуляции. При сохранном слуховом контроле пациент

144

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

вации. ✓ Звукопроизношение искажается локально по какому-либо определенному фонетическому признаку. ✓ Гласные и звонкие согласные оглушены. ✓ При вялости средней части спинки языка исчезает палатализация. ✓ При поражениях задней части языка выпадают заднеязычные, а при поражениях передней части – переднеязычные звуки. При поражении мышц губ возникают проблемы с образованием губных звуков	пени дыхательной недостаточности проблематично образование переднеязычных звуков. Артикуляция смещается в средние и задние отделы артикуляционной полости. ✓ Фокусы образования переднеязычных согласных могут смещаться в средние отделы артикуляционной полости и вследствие спастичности языка, при этом произношение приобретает смягченный или боковой или межзубный характер. Наряду с оглушением наблюдается озвончение. ✓ Страдает произношение сложных переднеязычных звуков, требующих более высокого уровня моторного контроля	произношением сложных переднеязычных звуков, обусловленные нарушением функции экстрапиримидной системы, при которых сложные артикуляции не приобретают симультанного характера	начало речевого потока в связи с усиленным выдохом, затухание голоса, связанное с ослаблением воздушной струи, наличие хлюпающих призвуков и носовой окраски голоса	предпринимает повторные попытки правильного воспроизведения языковых единиц – "поиск" артикуляции. При <i>премоторной корковой дизартрии</i> появляется кинетическая апраксия. При этом нарушается плавность в переключении от одних элементов движения к другим. Характерны персеверации – застревание на отдельных элементах движений и повторные попытки плавного слитного произнесения
--	--	---	--	---

145

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

Голос				
При заинтересованности голосового отдела страдает голосоподача, и гласные, соноры, шумные звонкие теряют вокальный компонент	Недостаточная модулированность голоса, сужение его диапозона. Спастичность голосовых связок приводит к неполному их смыканию и вследствие этого к сиплому оттенку голоса	Часто произношение начинается без подачи воздушной струи. Звук при этом не образуется, пациент вынужден предпринимать повторные попытки начала речи		
Расстройства просодики				
		Нарушения темпоритмической организации движений приводят к проблемам развития просодических компонентов	Выражаются в неспособности подчинить речевой поток интонационным ударениям, речь приобретает скандированный характер	
Темп речи				
Замедлен	Замедлен	Замедлен из-за пауз, вызванных проявлениями гиперкинезов в оральной области	Замедлен из-за пауз, вызванных нарушениями координации дыхания, голосообразования и артикуляции	

Однако в основе даже стертой дизартрии лежат специфические по механизму возникновения патологические изменения, преодоление которых вызывает порой значительные трудности. Это наличие очаговых поражений центральной нервной системы с появлением очаговой неврологической микросимптоматики.

При стертой дизартрии характерно выявляется очаговая неврологическая микросимптоматика в виде типичных синдромов, свидетельствующих о

поражении центральной нервной системы. Данные микросимптомы заключаются в наличии стертых парезов, различных изменений мышечного тонуса, иногда выявляются невыраженные гиперкинезы в лицевой мускулатуре, могут определяться патологические рефлексы. При стертой дизартрии в случае поражений черепно-мозговых нервов главную роль в большинстве случаев играют поражения подъязычного нерва, приводящие к нарушениям объема подвижности языка во всех направлениях, изменениям мышечного тонуса языка (часто напряжения его спинки), нарушениям выполнения тонких движений кончиком языка, трудности удержания заданной позы, иногда наблюдается незначительное повышение слюноотделения.

При стертой дизартрии также описаны поражения глазодвигательных нервов, приводящие к развитию косоглазия или же одностороннего птоза. В ряде случаев выявляют сглаживание носогубных складок, носящее асимметричный односторонний характер, связанное с нарушениями иннервации лицевых нервов. Однако считается, что при стертой дизартрии практически не наблюдается выраженных поражений тройничного, блуждающего, а также языкоглоточного нервов. Также при стертой дизартрии часто отмечается нарушение тонуса мышц мягкого нёба по типу гипотонии, что приводит к появлению гнусавого оттенка голоса. При стертой дизартрии закономерно наличие ряда патологических рефлексов. Часто одновременно наблюдаются признаки нарушений функции вегетативной нервной системы, например, повышенное потоотделение в области ладоней, стоп, а также другие симптомы. Речевая моторика в случае стертой дизартрии характеризуется уменьшением точности осуществляемых движений, недостатком плавности, движения, как правило, ограничены в объеме, а также обладают истощаемостью, хотя и невыраженной. При этом, как уже было отмечено, наибольшая выраженность нарушений приходится на сложные движения, т. е. тонкие дифференцированные движения, требующие сложного четкого управления, последовательной смены сложных двигательных актов и пространственной организации.

При дислалии отсутствует органический субстрат в виде очагового поражения центральной нервной системы. При даже углубленном обследовании у детей с дислалией не выявляется скольконибудь значимой очаговой неврологической микросимптоматики. У подавляющего большинства страдающих стертой дизартрией детей прослеживаются нарушения развития с самого момента рождения. Так, такие дети плохо берут грудь, плохо сосут, у них отмечаются нарушения дыхания в виде его поверхностного и учащенного характера. В последующем наблюдается, хоть и незначительная, но все же задержка психомоторного и речевого развития.

При дислалии не выявляются нарушения в двигательной сфере, определяемые рефлексы носят равномерный характер, патологические рефлексы отсутствуют. Диафрагмально-речевое дыхание при дислалии

соответствует норме, тогда как при дизартрии оно оказывается несформированным. При дислалии так же, как и при дизартрии, отмечаются признаки нарушений функции вегетативной нервной системы, однако при дислалии они выражены не столь значительно и заключаются в наличии стойкого красного дермографизма, а также гипергидроза (повышенной потливости) кожи ладоней, стоп. В то время как при дизартрии вегетативные нарушения характеризуются большей выраженностью и представлены наличием постоянной влажности конечностей, изменением их цвета и температуры. При дислалии отсутствуют нарушения неречевой моторики, поэтому дети активны, подвижны, легко обучаются гигиеническим навыкам. При дизартрии имеют место множественные моторные нарушения, вследствие чего такие дети медлительны, малоактивны и малоподвижны, переключение от одного вида деятельности к другому сопровождается значительными затруднениями, моторные нарушения препятствуют формированию и закреплению различных двигательных навыков, в том числе и гигиенических, в связи с чем дети имеют неопрятный вид, обслуживают себя с трудом.

Со стороны речевых проявлений следует отметить, что главным различием между дислалией и дизартрией является то, что при дислалии нарушено только звукопроизношение, тогда как при дизартрии спектр поражения оказывается более широким и захватывает фонетическую сторону речи целиком. Таким образом, при дизартрии страдают голосообразование, дыхание, просодика, а также звукопроизношение. У детей с дислалией не изменены характеристики голоса, голос громкий, со сложными модуляциями, речевая активность таких детей, как правило, даже повышена, при этом сохраняется критика в отношении имеющегося собственного речевого дефекта. При дизартрии голос затухающий, прерывистый, тихий, слабый, речевая активность снижена, критика к своему дефекту речи отсутствует. При дислалии достаточно редко встречаются нарушения психической сферы, как правило, они представлены в виде задержки психического развития, однако чаще всего память, внимание, уровень мыслительных процессов, а также интеллектуальный уровень не страдают и соответствуют норме. При дизартрии же наблюдается противоположная картина. Отмечаются снижение памяти, неустойчивость, истощаемость внимания, значительное снижение работоспособности. Также часто отмечается снижение интеллекта и задержка психического развития, у детей с дизартрией может выявляться олигофрения в степени дебильности.

Характер нарушений произношения у детей с дизартрией и дислалией также носит различный характер. У детей с дислалией, несмотря на наличие нарушений звукопроизношения, в целом отмечается достаточная степень сохранности артикуляционной моторики, тогда как при дизартрии имеет место выраженное нарушение последней. Для дислалии наиболее характерно наличие фонематических нарушений, тогда как при дизартрии встречаются в

подавляющем большинстве случаев фонетические нарушения. При дизартрии отмечено, что изолированные звуки, подвергающиеся изменениям в виде пропусков, искажений, замен, могут иметь одновременное правильное произношение. При дислалии многие звуки, подвергающиеся тем же нарушениям в виде пропусков, замен и искажений, имеют одновременное нормальное произношение. При дислалии характер нарушений звукопроизношения носит более разнообразный характер, могут встречаться несколько видов: и искажения, и замены, и пропуски. При дизартрии нарушения звукопроизношения носят более однотипный характер. При этом следует учитывать, что при дизартрии автор указывает на более частое искажение звуков, тогда как при дислалии чаще встречаются замены.

При дизартрии происходит искажение большего количества произносимых звуков, при этом искажения касаются как сложных, так и простых по механизму артикуляции звуков. При этом искажение звуков при дизартрии носит относительно постоянный характер. При дислалии же искажаются в большинстве случаев звуки, имеющие сложный артикуляционный механизм, при этом в ряде случаев наряду с искаженным произношением возможно и правильное произношение обычно искажаемого звука. Примерно сходные различия между дизартрией и дислалией описаны и для замены звуков при произношении. Так, для дислалии более свойственно, как и в предыдущем случае, замена при произношении более сложных по артикуляции звуков. Замены носят, как правило, непостоянный характер и обладают разнообразием, часто описываются и взаимные замены звуков. При дизартрии характер замен более стереотипен, также касается сложных по механизму артикуляции звуков, замены носят практически постоянный характер, взаимозамены же звуков в случае дизартрии встречаются сравнительно редко. При дислалии также могут встречаться непостоянные пропуски звуков, имеющих как простой, так и сложный механизмы артикуляции. При дизартрии пропуски носят постоянный характер и касаются преимущественно сложных по артикуляции звуков. Отнесённую к данному разделу стёртую псевдобульбарную дизартрию следует отличать от функциональной дислалии (табл. 6.6).

Таблица 6.6

Дифференциальные критерии, позволяющие разграничить стёртую псевдобульбарную дизартрию и функциональную дислалию

Функциональная дислалия	Стёртая псевдобульбарная дизартрия
Анамнез	
	Отягощённый анамнез: патология внутриутробного развития (токсикозы, психотравмы, гипертония, нефропатия и другие заболевания матери). Характерны затяжные роды, лёгкая асфиксия новорожденных («закричал после шлепков»)
Раннее речевое развитие	
	Речь развивается с задержкой: первые слова в 1,5–2 года. Фразовая речь – к 2–3 годам, но непонятна окружающим. К 4–5 годам многие звуки появляются спонтанно, речь становится яснее, но в целом остаётся фонетически не оформленной
Функционирование артикуляторных органов	
Подвижность артикуляторных органов относительно сохранна	Неточность и слабость артикуляционных движений; вялость и ограниченность движений языка: она обусловлена гиперкинезами, вследствие которых язык постоянно подвижен, он как бы не находит нужного положения. Особенно это видно при движении языка вперёд, вверх и в стороны. Повторение движения вызывает быстрое утомление, замедляется темп движений, быстро наступает потеря точности движений. При дальнейшем повторении движения появляется дрожание (тремор языка); в состоянии покоя язык беспокоен, напряжён, лежит бугром, постоянно оттягивается в глубь рта, иногда наблюдается западание правой или левой половины языка, когда он постоянно крепится в одну сторону. При побуждении к действию он сразу становится узким и длинным. Это состояние говорит об изменении тонуса мышц языка в одной или обеих его половинах. Часто кончик языка слабо выражен, т. е. передний край не вытягивается (при нормальной подъязычной связке). Ребёнок не может произвести движения кончиком языка, долго не ощущает его положение во рту, что говорит о паретическом состоянии мышц языка
Состояние речевого и неречевого дыхания	
Диафрагмально-речевое дыхание в норме	Дыхание поверхностное, ключичное, диафрагмально-речевое не сформировано
Голос	
Звонкий, громкий, богато модулированный	Глухой, сдавленный, слабый, затухающий, прерывистый

Звукопроизношение (гласные звуки)	
Сохранено	Нечёткое произношение гласных звуков
Звукопроизношение (согласные звуки)	
Нарушено произношение только сложных согласных звуков (свистящих, шипящих, л, р). Кроме того, при функциональной дислалии нарушается произношение отдельных согласных звуков или группы звуков, и это является единственным нарушением	Нарушено произношение простых и сложных по артикуляции согласных звуков. Часто встречается нарушение произношения следующих согласных звуков: ✓ межзубное произношение т, д, н, л; ✓ отсутствие звука р, горловое (велярное или увулярное) р, рь; ✓ замена звуков р, рь на д, дь; ✓ формирование шипящих звуков в более простом, нижнем произношении; ✓ замена шипящих звуков свистящими; дефекты звонкости как частичное нарушение голоса; ✓ смягчённость речи вследствие спастического напряжения средней части спинки языка
Звукопроизношение	
Страдает только звукопроизношение. Прогноз благоприятный	При дизартрии могут быть не только фонетические, но и фонационные, просодические и дыхательные нарушения. Наряду со звукопроизношением страдает просодика. Поставленные звуки автоматизируются с трудом. Особенности и разнообразие фонетических нарушений обуславливаются характерной мозаичностью симптоматики с преобладанием проявлений нарушений в работе то лицевого, то языкоглоточного, то подъязычного нервов. При нарушении лицевого и подъязычного нервов страдают губные и язычные звуки. При нарушении подъязычных нервов имеются отклонения кончика языка в сторону пареза, ограничение подвижности кончика и средней части спинки языка. При подъёме кончика языка зазубно средняя часть спинки языка быстро опускается на сторону пареза, что обуславливает боковую струю воздуха при произношении шипящих звуков и звука р . При нарушении языкоглоточных нервов имеются расстройства фонации, назализации, нарушения произношения звуков к, г, х . При дизартрии очень затруднена автоматизация звуков, что связано с плохой подвижностью артикуляционного аппарата при переключении от фонемы к фонеме, от слога к слогу (в более тяжёлых случаях), а в более лёгких случаях затруднено переключение от слова к слову. Новый звук может произноситься в словах с более лёгкой конструкцией – в двухсложных словах из двух открытых слогов. При более сложной сло-

	говой структуре слов (стечение согласных, закрытые слоги) вновь поставленный звук опускается или искажается
Нарушения письменной речи	
	Дети часто испытывают трудности в обучении грамоте. Недостатки устной речи – нарушение озвончения, трудности в овладении структурой слога, замены звуков – отражаются на письме
Речевая активность	
Повышена	Снижена
Двигательная сфера	
Без патологии, сухожильные рефлексы живые, равномерные	Страдает общая, мелкая и артикуляционная моторика. ✓ Раннее моторное развитие – держание головы, сидение, ползание – в норме. ✓ Более сложные локомоторные функции несколько задержаны (ходьба с 1 г. 2 мес. – 1 г. 3 мес.). ✓ Характерна моторная неловкость, неумение бегать, прыгать, держать ложку, быстрое устание при ходьбе. Дети предпочитают жидкую пищу, густую пищу жуют медленно, долго держат за щекой. ✓ Позднее: при рисовании не могут провести ровной линии, не соблюдают форму и размеры рисунков
Неврологические особенности	
Неврологическая симптоматика отсутствует. Возникает у соматически ослабленных детей. Органики нет	Связана с поражением центральной нервной системы (ЦНС). Ярко выражена асимметрия лица, языка, мягкого нёба; рот в покое приоткрыт из-за пареза губ, отличается сглаженность носогубных складок. Может быть парез подъязычного нерва и изменение тонуса, его следствием является стёртая, не резко выраженная нейродинамическая симптоматика: движения, хотя и выполняются в полном объёме, замедлены напряжены, быстро истощаемы, требуют от ребёнка усилий
Вегетативные нарушения	
Проявляются в потливости конечностей, в красном дермографизме кожи	Грубо выражены: синюшные, холодные, влажные конечности
Неречевые процессы	
Память, внимание, работоспособность, мыслительные процессы, интеллект – в норме, редко наблюдается задержка психического развития	Память снижена, кратковременна. Внимание неустойчиво, низкая работоспособность. Интеллект снижен, чаще ЗПР, возможна умственная отсталость в лёгкой степени. Наблюдается нарушение сенсорных функций (зрительная агнозия, нарушение фонематического слуха), которые приводят к появлению оптических и акустических ошибок

Состояние эмоционально-волевой сферы	
Дети активны. Подвижны, занимаются охотно, без особого труда переключаются с одного вида деятельности на другой. В контакт ребёнок входит легко. Его поведение адекватно	Медлительны или расторможены, уклоняются от занятий, жалуются на головную боль, с трудом переключаются с одного вида работы на другой. Поведение неровное, часты смены настроения
Сон	
Спокойный без ночных страхов и сновидений	Наблюдаются расстройства сна, ночные страхи, сновидения
Гигиенические навыки	
Вырабатываются быстро, удерживаются стойко. Внешне дети опрятны	Гигиенические навыки из-за моторных нарушений вырабатываются с трудом. Неопрятны
Отношение к дефекту	
К своему дефекту критичен	«В чужом глазу соринку видит, у себя – бревна не заметит»
Коррекционные мероприятия	
	Требуется комплексная и специальная коррекционная работа: помимо логопедических занятий необходимо проводить медикаментозное лечение, физиотерапию, ЛФК, логопедический массаж, логопедическую ритмику

Дизартрии следует отличать от нарушения артикуляции речи, являющегося одним из проявлений афатического речевого синдрома, связанного с поражением передних отделов мозга (моторных форм афазии). Дизартрии характеризуются сохранностью таких речевых функций, как называние, понимание и чтение. Отсутствие нарушений письма особенно характерно, так как свидетельствует о способности к нормальной речевой продукции при использовании невербального способа общения.

Открытая гнусавость и закрытая гнусавость (R49.2) – закрытая и открытая ринолалия (гнусавость, палатолалия). Термин имеет специфическую, несколько различающуюся интерпретацию и трактовку в общемедицинской и в логопедической лексике и специальной литературе. С точки зрения логопедии ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомофизиологическими дефектами речевого аппарата. В настоящее время ринолалию выделяют в самостоятельное речевое нарушение. Ранее ринолалию рассматривали как одну из форм механической дислалии.

Характерным для ринолалии является патологическое изменение тембра голоса. При образовании звуков речи воздушная струя проходит в полость носа и резонирует в нем. Это бывает при расщеплении твердого и мягкого нёба, травмах ротовой и носовой полости, параличе мягкого нёба. Тембр голоса

оказывается избыточно назализованным. Именно поэтому прежнее название ринолалии – гнусавость.

При ринолалии артикуляция звуков, фонация существенно отличаются от нормы. При нормальной фонации во время произнесения всех звуков речи, кроме носовых, у человека происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой. Эти полости разделяются нёбно-глоточным смыканием, вызываемым сокращением мышц мягкого нёба, боковых и задних стенок глотки. Одновременно с движением мягкого нёба при фонации происходит утолщение задней стенки глотки (валик Пассава), которое способствует контакту задней поверхности мягкого нёба с задней стенкой глотки.

Во время речи мягкое нёбо непрерывно опускается и поднимается на разную высоту в зависимости от произносимых звуков и темпа речи. Сила нёбно-глоточного смыкания зависит от произносимых звуков. В зависимости от характера нарушения функции нёбно-глоточного смыкания выделяются различные формы ринолалии. Их разграничение представляет определённую трудность для дифференциальной диагностики.

При *открытой ринолалии* ротовые звуки приобретают назальность. Наиболее заметно изменяется тембр гласных [и] и [у], при артикуляции которых, ротовая полость больше всего сужена. Наименьший назальный оттенок имеет гласный [а], так как при его произнесении ротовая полость широко раскрыта. Значительно нарушается тембр при произнесении согласных. При произнесении шипящих и фрикативных прибавляется хриплый звук, возникающий в носовой полости. Взрывные [п], [б], [д], [т], [к] и [г] звучат неясно, так как в ротовой полости не образуется необходимое воздушное давление вследствие неполного перекрытия носовой полости. Воздушная струя в ротовой полости настолько слабая, что недостаточна для колебания кончика языка, необходимого для образования звука [р].

Для определения открытой ринолалии существуют разные методы функционального исследования. Самым распространённым из них является проба Гутцмана. Ребенка заставляют попеременно повторять гласные [а] и [и], при этом то зажимая, то открывая носовые ходы. При открытой форме наблюдается значительная разница в звучании этих гласных. С зажатым носом звуки, особенно [и], заглушаются и одновременно пальцы логопеда чувствуют сильную вибрацию на крыльях носа. Также исследование можно проводить при помощи фонендоскопа. Обследуемый вводит одну «оливу» себе в ухо, другую в нос ребенка. При произнесении гласных, особенно [и] и [у], слышится сильный гул.

Функциональная открытая ринолалия обусловлена разными причинами.

Объясняется она недостаточным подъемом мягкого нёба при фонации у детей с вялой артикуляцией. Одна из функциональных форм – «привычная» открытая ринолалия. Она наблюдается часто после удаления аденоидных разрастаний или, реже, в результате постдифтерий пареза из-за длительного ограничения подвижного мягкого нёба. Функциональное обследование при открытой форме не выявляет каких-либо изменений твердого или мягкого нёба. Признаком функциональной открытой ринолалии служит более выраженное нарушение произношения гласных звуков. При согласных же нёбно-глоточное смыкание хорошее.

Органическая открытая ринолалия может быть приобретенной или врожденной. Приобретенная открытая ринолалия образуется при перфорации твердого и мягкого нёба, при рубцовых изменениях парезах и параличах мягкого нёба. Причиной могут быть повреждения языкоглоточного и блуждающего нервов, ранения, давление опухоли и др. Чаще причиной врожденной открытой ринолалии является врожденное расщепление мягкого или твердого нёба, укорочение мягкого нёба. Ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами губы и нёба, представляет собой серьезную проблему для различных отраслей медицины и логопедии. Она является предметом внимания хирургов-стоматологов, ортодонтон, детских отоларингологов, психоневрологов и логопедов и примыкает к наиболее частым и тяжелым порокам развития.

Ринолалию по своим проявлениям следует отличать от *органической и функциональной дислалии*. При ринолалиях наблюдается измененный назализованный тембр голоса, при дислалиях этого нет. Основные диагностические критерии, позволяющие разграничить названные нарушения, представлены в табл. 6.7.

Моторную алалию следует отличать от *задержки речевого развития*. При экспрессивной алалии имеется не только задержка темпа нормального усвоения языка, но, прежде всего, патологическое развитие языка – нарушение его структурно-функциональной стороны. При моторной алалии выражены нарушения в синтаксической, морфологической, лексической и фонематической подсистемах языка, которые не в полной мере соответствуют специфике детской речи на ранних этапах её развития. Дети с задержкой речевого развития нередко спонтанно, вне специального обучения, полноценно овладевают языком, чего не наблюдается у детей с алалией.

У детей с алалией чаще и в большей мере выражены неврологические и психопатологические симптомы; также в анамнезе детей с алалией гораздо больше факторов биологического характера, и они, как правило, более тяжёлые, чем у детей с темповой задержкой речевого развития [Ковшиков В.А., 2006].

Таблица 6.7

Дифференциальные критерии, позволяющие разграничить ринолалию и органическую дислалию (по Г.А. Волковой)

Органическая дислалия	Ринолалия
Строение органов артикуляторного аппарата	
Наблюдаются особенности: укороченная подъязычная связка, готическое или аркообразное нёбо, прогения, прогнатия и др.	Присутствуют как врождённые, так и приобретённые аномалии в строении артикуляторного аппарата: расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба, отсутствие или раздвоение маленького язычка, укорочение мягкого нёба и др.
Состояние речевого и неречевого дыхания	
Диафрагмально-речевое дыхание в норме	Наблюдается нарушение неречевого и речевого дыхания
Голос	
Звонкий, громкий, богато модулированный	
Звукопроизношение (гласные звуки)	
Произнесение гласных звуков сохранено	Назализация гласных звуков
Звукопроизношение (согласные звуки)	
Нарушено произношение только сложных согласных звуков (свистящих, шипящих, <i>л, р</i>). Кроме того, при функциональной дислалии нарушается произношение отдельных согласных звуков или группы звуков, и это является единственным нарушением	Назализация согласных звуков
Речевая активность	
Повышена	Снижена
Двигательная сфера	
Без патологии, сухожильные рефлексы живые, равномерные	Присутствует нарушение общей моторики
Неречевые процессы	
Память, внимание, работоспособность, мыслительные процессы, интеллект – в норме, редко наблюдается задержка психического развития	
Состояние эмоционально-волевой сферы	
Дети активны. Подвижны, занимаются охотно, без особого труда переключаются с одного вида деятельности на другой. В контакт ребёнок входит легко. Его поведение адекватно	Наблюдаются выраженные эмоционально-волевые нарушения

По мнению Г.В. Жаровой, дифференциальная диагностика нарушений речевого развития (экспрессивной алалии и задержки речевого развития) у детей в возрасте 2,5–3 лет, прежде всего, основана на динамике развития их экспрессивной речи в процессе коррекционной работы в течение 1,5–3 месяцев.

Для детей с задержкой речевого развития характерна быстрая положительная динамика в процессе коррекционной работы. Для них свойственно:

- ✓ способность к речевому подражанию;
- ✓ быстрое накопление активного словаря с переходом к усвоению первых двухсловных построений;
- ✓ в активном словаре появляются не только существительные, но и глаголы;
- ✓ возможность называния слова при правильном понимании значения слов и достаточных артикуляторных возможностях;
- ✓ звукослоговая структура слов искажена негрубо;
- ✓ искажения характерны на ранних этапах формирования звуковой стороны речи;
- ✓ звукослоговая структура соответствует этапам развития звуковой стороны речи в норме;
- ✓ правильное формирование морфологической системы языка.

При экспрессивной алалии вся система языка формируется по патологическому типу:

- ✓ значительные затруднения при речевом подражании;
- ✓ очень медленное накопление активного словаря, характерно расширение активного словаря до 50-ти и более единиц при почти полном отсутствии словесных комбинаций;
- ✓ дети длительное время задерживаются на этапе однословных предложений;
- ✓ активный словарь пополняется за счёт преобладающего количества существительных;
- ✓ отмечается значительное отставание появления глаголов;
- ✓ затруднения при самостоятельном ответе, однако возможность повторить за взрослым хорошо знакомый пройденный речевой материал;
- ✓ длительное время отмечаются трудности при назывании хорошо знакомых предметов;
- ✓ звукослоговая структура слова грубо нарушена, имеет специфические особенности (звуки раннего онтогенеза могут заменяться звуками более позднего онтогенеза, правильное произнесение звуков позднего онтогенеза и неправильное произнесение звуков раннего онтогенеза);
- ✓ замедленный темп формирования первых морфологически членимых

форм слов;

157

✓ на каждом этапе программа развития частично формируется на базе патологически сформированного предыдущего этапа [Жарова Г.В. 2009].

Расстройство развития экспрессивной речи (F80.1) – моторная алалия и *расстройство рецептивной речи (F80.2)* – сенсорная алалия принципиально отличаются от других видов речевых расстройств у детей – дислалии, ринолалии, дизартрии, афазии. Механизмы алалии связаны с недоразвитием или ранним (пренатальным, ранним постнатальным) поражением корковых речевых зон. При клинической идентификации во избежание диагностических ошибок речевое поведение ребенка следует рассматривать в контексте его целостного поведения и во взаимосвязи с другими психическими функциями и личностными реакциями. Отличать алалию от сходных с нею расстройств при диагностике нередко бывает очень трудно, поскольку многие дети с алалией вследствие нарушений языковой системы почти не говорят, у части детей обнаруживается речевой негативизм, а некоторые симптомы алалии по форме почти идентичны симптомам тех или иных речевых расстройств. Трудности усугубляются и тем обстоятельством, что алалия часто проявляется в структуре различных нервнопсихических аномалий (детский церебральный паралич, синдром психофизической расторможенности и др.) и вместе с тем сосуществует с другими речевыми нарушениями (преимущественно с дизартрией и дислалией). Эти расстройства накладывают свой отпечаток на алалию, затеняя её истинное «лицо» [Ковшиков В.А., 2006].

Для алалии характерно расстройство всей системы языка (фонематической, грамматической и лексической подсистем). Однако на поздних этапах развития алалии, когда в речи некоторых детей выявляются только фонематические нарушения, а расстройства других подсистем языка могут отсутствовать или же быть невыраженными, возникают трудности в различении *алалии от функциональной дислалии* (акустико-фонематической и артикуляторно-фонематической) [Ковшиков В.А., 2006; Визель Т.Г., 2005; Волкова Г.А., 2003].

В обобщённом виде данные, позволяющие выделить и проанализировать основные дифференциальные критерии для диагностики данных нарушений, представлены в табл. 6.8.

Таблица 6.8

Сравнительная характеристика моторной алалии и фонематических дислалий

Моторная (экспрессивная) алалия	Фонематические дислалии
Анамнез	
Цепочка перинатальных вредностей	Благоприятный. Могут наблюдаться единичные повреждающие факторы

Функционирование языковых подсистем			
Неправильно функционируют все языковые подсистемы		Неправильно функционирует прежде всего фонетическая подсистема	
Нарушения звукопроизношения			
Наблюдаются непостоянные и разнообразные замены, пропуски, перестановки и повторения звуков при сохранной, как правило, просодии. Причём эти симптомы у детей с алалией обусловлены не сенсомоторными расстройствами, а расстройствами структурно-функциональной стороны языка, и поэтому могут быть квалифицированы как фонематические (в отличие от сенсомоторных – фонетических)		В основном характерны искажения произношения звуков и нарушения просодики	

Алалии следует отличать от фонетических расстройств, обусловленных дефектами строения периферического артикуляционного аппарата – *ринолалий*. Эти дефекты вызывают неправильное функционирование только одной подсистемы языка – фонетической. В данном случае возможно лишь косвенное отрицательное влияние нарушений этой подсистемы на другие его подсистемы, тогда как при алалии неправильно функционируют все языковые подсистемы. В фонетической подсистеме для детей с периферическими дефектами в основном характерны искажения произношения звуков и нарушения просодики, для детей же с алалией – непостоянные и разнообразные замены, пропуски, перестановки и повторения звуков при сохранной, как правило, просодии.

Эти симптомы у детей с алалией обусловлены не сенсомоторными расстройствами, а расстройствами структурно-функциональной стороны языка и поэтому могут быть квалифицированы как фонематические (в отличие от сенсомоторных – фонетических).

У детей с ринолалией наблюдаются разнообразные и часто значительно выраженные дефекты в строении периферического артикуляционного аппарата и отсутствие этих дефектов у детей с алалией. Конечно, и у некоторых детей с алалией могут быть такие дефекты, но не они вызывают типические для алалии синтаксические, морфологические, лексические и фонематические нарушения [Ковшиков В.А., 2006].

Основным отличием *алалии* от *дизартрии* и *анартрии* является то, что у детей с алалией нет параличей или парезов речевых органов, которые имеются при дизартрии. Поэтому отсутствие у них речи нельзя приписать нарушению иннервации мышц речевого аппарата со стороны бульбарных или псевдобульбарных систем мозга [Визель Т.Г., 2005]. Многие дети с алалией

успешно выполняют артикуляторными органами все или большинство неречевых движений, сходных с элементами движений, которые входят в артикуляторные комплексы звуков. Дети с дизартрией, как правило, неправильно выполняют большинство этих движений. У детей с алалией моторный уровень речеобразования полностью или относительно сохранен и потенциально позволяет им осуществлять артикуляторный акт. У детей остальных сравниваемых групп нарушение этого уровня составляет суть их патологии речи. При алалии расстраивается вся система языка, при анартрии только одна из подсистем – фонетическая. Расстройства произношения звуков у детей с алалией объясняются нарушением производства фонематических операций – выбора и комбинирования единиц (что в большей степени обусловлено контекстуальными условиями, сегментными и надсегментными влияниями: соседствующими звуками, структурой слога, в который входит звук, слоговой структурой всего слова, его длиной, местом ударения). У детей с анартрией и дизартрией расстройства произношения вызваны прежде всего нарушением фонетических (моторных) операций [Ковшиков В.А., 2006]. В обобщенном виде сравнительная характеристика звукопроизношения детей с дизартрией и алалией представлена в табл. 6.9.

Таблица 6.9

Сравнительная характеристика звукопроизношения при
алалии и дизартрии

Алалия	Дизартрия
Общая характеристика произношения звуков	
Достаточная сохранность моторной деятельности артикуляторного механизма. Характерны преимущественно фонематические нарушения, наиболее ярко появляющиеся на знаковом уровне деятельности артикуляторного механизма. Многие звуки, подверженные нарушениям (искажениям, заменам, пропускам), имеют одновременно и правильное произношение. Разнотипные нарушения произношения звуков, его искажения, замены и пропуски. В нарушениях произношения доминируют замены звуков	Выраженное нарушение артикуляторного механизма. Преимущественно характерны фонетические нарушения. Однотипные нарушения произношения звука (только его искажение, замена либо пропуск). В нарушениях произношения доминируют искажения звуков
Искажения звуков	

Небольшого количества звуков. Преимущественно сложных по артикуляции звуков. Для некоторых искажающихся звуков свойственно сосуществование искажённой и правильной артикуляции	Большого количества звуков. И сложных, и простых по артикуляции звуков. Для всех искажающихся звуков свойственно постоянное искажение
Замены звуков	
Артикуляторно сложных звуков. Непостоянные. Разнообразные. Взаимозамены звуков сравнительно часты	Преимущественно артикуляторно сложных звуков. Постоянные. Однообразные. Взаимозамены звуков сравнительно редки
Пропуски звуков	
Непостоянные. Как артикуляторно сложных, так и простых звуков	Постоянные. Преимущественно сложных звуков

Моторную (экспрессивную) алалию следует отличать от *сенсорной (импрессивной, рецептивной) алалии*, которая в чистом виде встречается значительно реже и считается менее изученной. Поэтому её своевременное распознавание и дифференциальный диагноз могут быть достаточно трудны. Главным различием является то, что при нарушении рецептивной речи снижается её понимание, в то время как при расстройстве экспрессивной речи оно сохраняется на нормальном уровне.

В пользу рецептивной алалии говорят следующие признаки: сохранное восприятие речи на перцептивном уровне; при наличии знаний о действительности в целом соответствующее возрасту понимание речи, причём понимание возможно без опоры на зрительное восприятие артикуляции; хорошее слуховое внимание; отсутствие эхолалий; в некоторых случаях невозможность повторения (дети с импрессивной алалией, как правило, многое повторяют, но не понимают повторённого); стремление к языковой (вербальной и невербальной) коммуникации. Как компенсаторные средства детьми с экспрессивной алалией широко используются мимикожестикаторная речь, мелодика, звукоподражание, «звуковые жесты». У них гораздо лучше, чем у сравниваемой группы, динамика в усвоении языка при спонтанном и направленном формировании. У большинства детей с экспрессивной алалией (в отличие от детей с импрессивной алалией) отсутствуют видимые знаки повреждения нервной системы или же проявляется минимальная рассеянная симптоматика, но часты разного характера и разной степени выраженности нарушения психомоторики. Не столь значительны по сравнению со страдающими импрессивной алалией нарушения психических процессов и

личностных свойств, главным образом в сфере интеллекта [Ковшиков В.А., 2006]. Основные параметры, позволяющие дифференцировать названные нарушения, представлены в табл. 6.10.

Алалию нельзя рассматривать как *детскую афазию*, обусловленную очагами поражения в речевых областях мозга. Мозговая организация речи у детей, т. е. в период ее развития, принципиально отличается от той, которая имеет место в стадии речевой зрелости. В детском мозге еще не сформированы те речевые зоны, которые имеются у взрослых и могут быть разрушены очагами поражения. У детей старше 2,5 лет определенные участки мозга уже получают речевую специализацию, поэтому их поражение приводит к афазии, называемой «детской». Она отличается от «взрослой» афазии нестойкостью, так как пластичность детского мозга обеспечивает достаточно быструю компенсацию речевого дефекта [Визель Т.Г., 2005].

Таблица 6.10

Сравнительная характеристика экспрессивной (моторной) и импрессивной (сенсорной) алалии

Моторная алалия	Сенсорная алалия
Восприятие речи	
Сохранно на перцептивном уровне	Грубо нарушено
Понимание речи	
Соответствует возрасту, возможно без опоры на зрительное восприятие	Нарушено, может незначительно улучшаться при зрительном восприятии артикуляции говорящего
Слуховое внимание	
Сохранно	Нарушено
Эхоалалии	
Отсутствуют	Присутствуют
Повторение	
Затрудняются повторить слово, фразу	Повторяют, не понимая смысла проговоренного слова
Коммуникация	
Отмечается стремление к языковой коммуникации (вербальной и невербальной)	Нежелание и невозможность вступать в общение
Мимико-жестикulatoryная речь	
Активное использование жестов, выразительная мимика	Отсутствие жестов и амимичность или невыразительность мимики
Наличие компенсаторных средств	
Как компенсаторные средства выступают: мелодика, звукоподражание, «звуковые жесты»	Отсутствие компенсаторных средств
Динамика улучшения речи	

Отмечается динамика в овладении речью при её спонтанном и направленном формировании	Крайне низкий темп при направленном формировании
---	--

С точки зрения отечественной логопедии временной критерий является одним из основных при различении алалий и афазий. Алалия – нарушение развития языковой способности, а афазия – утрата в той или иной мере уже сформированной языковой способности. Трудности возникают при определении возрастных сроков её утраты, позволяющих ставить диагноз афазии. Вероятно, об афазии можно говорить в тех случаях, когда у ребёнка были сформированы зачатки языковой способности – возраст около одного года. В противоположность алалии при афазии нередко наблюдается сочетание расстройств экспрессивной и импрессивной речи, а также больше выражена избирательность расстройств той или иной подсистемы языка (грамматической, лексической или фонематической). У страдающих афазией довольно часто происходит быстрое спонтанное восстановление утраченной языковой способности, полное или частичное. Развитие языковой способности у детей с алалией обычно занимает очень большой временной промежуток (иногда до подросткового и даже юношеского возраста).

У детей с афазией отмечаются явные и в большинстве случаев тяжёлые повреждения нервной системы, преимущественно локализованные в различных отделах левого полушария головного мозга. У них значительно ярче, чем при алалии, проявляется оральная апраксия. Если у большинства детей с алалией нарушения психических процессов имеют равномерный и стёртый характер, то у большинства детей с афазией, наоборот, наблюдаются парциальные и значительно выраженные нарушения отдельных процессов [Ковшиков В.А., 2006].

Отличить *моторную алалию* от *афонии* иногда бывает затруднительно у детей с тяжёлой степенью расстройства языковой системы, что приводит к почти полному отсутствию у них экспрессивной речи. В таких случаях нужно выяснить, используют ли дети при общении речевые невербальные вокализации: мелодику, звукоподражания, «звуковые жесты». Обычно у детей с алалией они имеются, и это отрицает диагноз афонии. Следует отметить, что фактически не бывает детей с алалией, которые не произносили 2–3 слов; способность произношения даже минимального количества слов не свидетельствует в пользу афонии. Свойственный некоторым детям с алалией речевой негативизм также может привести к ошибочному суждению об афонии. Форма расстройства речевой деятельности проясняется при устранении причин негативизма.

К неязыковым признакам, позволяющим разграничить афонию и алалию, относятся: наличие специфических органических и функциональных

нарушений, ведущих к патологии голоса у больных с афонией и отсутствие этих нарушений у детей с алалией. Нарушения выявляются в результате всестороннего фониатрического обследования [Ковшиков В.А., 2006].

Специфические расстройства учебных навыков (F81) отличаются ранним нарушением приобретения навыков счета, письма, чтения, что связано с нарушением обработки когнитивной информации в высших отделах головного мозга [Benton A., 1980, Fey M. et al., 1981, Paul R., Shriberg L., 1982]. Для специфических расстройств учебных навыков свойственна особая динамика: сначала отмечается задержка речи, которая, исчезая или смягчаясь к школьному возрасту, сменяется задержкой формирования навыков чтения и письма по правилам графики, а в подростковом возрасте на первый план выступают трудности в овладении орфографическим навыком письма. Во многом развитие школьных навыков зависит от семейных факторов и обстоятельств, сопутствующих процессу обучения. Во всех случаях более или менее резко отмечается диссоциация между развитием школьных навыков и интеллектуальным развитием, которое соответствует возрасту. Большинство состояний, описываемых в данной группе, не встречаются изолированно, трудно определить, например, что является причиной, а что следствием: расстройство чтения или эмоциональные нарушения, выявляемые у ребенка. Как правило, по мере взросления указанные проявления нивелируются, что, однако, не всегда просто заметить, поскольку у детей снижается интерес к учебе, формирующийся объем знаний все более отстает от уровня требований, предъявляемых к ребенку педагогами от класса к классу, что создает предпосылки к плохой успеваемости. Отличием от педагогической запущенности является отсутствие эффекта от дополнительных занятий в школе и дома, однако хорошие результаты в ответ на использование специфической коррекционной терапии. Грубой ошибкой является диагностика умственной отсталости на основании несоответствия объема школьных знаний возрасту. Если нарушения связаны с неадекватным обучением, их нельзя относить в группу специфических расстройств учебных навыков [Пережогин Л.О., 2002].

Для *специфического расстройства чтения (F81.0)* – дислексии – свойственно: нарушение навыков чтения, проявляющееся при чтении вслух и про себя, сочетание с расстройствами речи, часто в анамнезе, что проявляется пропусками, искажениями, привнесениями слов или их частей, снижением скорости чтения, потерями места в тексте, перестановкой слов в предложении, трудностями воспроизведения прочитанного и неспособностью сделать выводы из материала, что часто проявляется в том, что ребенок, отвечая на вопросы по тексту, использует общие знания, а не содержание прочитанного. В ряде случаев расстройство чтения возникает из-за нарушений фонематических процессов, прежде всего анализа и синтеза. В сочетании со специфическим расстройством чтения у детей отмечаются нарушения внимания, эмоциональные расстройства,

диссоциальное поведение вследствие низкой самооценки. Ряд исследователей считает специфическое расстройство чтения следствием нарушений зрительного восприятия, зрительного мнестиса, пространственных ориентировок [Пережогин А.О., 2002].

В узком значении под *специфическом расстройстве спеллингования (F81.1)* подразумевается нарушение способности произносить слова по буквам и правильно их писать. Иначе говоря, предполагается, что навык письма расстраивается из-за нарушения фонематического анализа. Считается, что чаще всего расстройства спеллингования являются последствием нарушения навыка чтения, однако встречаются и изолированные формы [Пережогин А.О., 2002]. В широком смысле слова, под нарушениями спеллингования принято понимать нарушения письма, обусловленные недостаточной сформированностью базовых компонентов языка и речи, отвечающих за их формирование. К таким составляющим относятся фонематическое восприятие, языковой анализ и синтез, лексикограмматический компонент языковой системы. К нарушениям навыка письма в логопедии относят дисграфии и дизорфографии. Систематизируя нарушения письма, А.Н.Корнев предлагает выделять следующие нарушения письма.

А. Специфические.

1. Дисграфии (в т. ч. аграфия):

- дисфонологические: а) паралалические («косноязычие на письме»); б) фонематические;

- метаязыковые – вследствие нарушений языкового анализа и синтеза;

- диспрактические (моторные).

2. Дизорфография:

- морфологическая;

- синтаксическая.

Б. Неспецифические – вследствие задержки психического развития, умственной отсталости, педагогической запущенности (дидактогенные нарушения письма), «ложная дисграфия» (по И. Н. Садовниковой).

С точки зрения А.Н. Корнева дисграфией следует называть стойкую неспособность овладеть навыками письма по правилам графики (т. е. руководствуясь фонетическим принципом письма), несмотря на достаточный уровень интеллектуального и речевого развития и отсутствие грубых нарушений зрения или слуха. В рамках общепринятой классификации нарушений письма это акустическая дисграфия, дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза, грамматическая дисграфия и морфологическая дизорфография.

При *специфическом расстройстве арифметических навыков (F81.2)* – дискалькулии – нарушается счет, в первую очередь арифметические действия (сложение, вычитание, умножение, деление) при относительной сохранности

алгебраических и геометрических вычислений. У детей отмечаются проблемы в понимании смысла арифметических операций, числовых отношений, особенно в действиях с дробями, в понимании математических знаков, проведении арифметических операций, часто дети неспособны выучить таблицу умножения [Пережогин Л.О., 2002].

О смешанном расстройстве учебных навыков (F81.3) говорят только в случае неуточненных расстройств, при которых имеется серьезное нарушение обучения, не обусловленное только умственной отсталостью, снижением остроты зрения или неадекватным преподаванием.

Другие расстройства развития учебных навыков (F81.8) и неуточненное расстройство развития учебных навыков (F81.9) являются остаточными, но необходимыми категориями в классификации [Пережогин Л.О., 2002].

В обобщённом виде данные, позволяющие соотнести перечисленные диагнозы с возможными клинико-психологопедагогическими заключениями, представлены в табл. 6.11.

Таблица 6.11

Специфические расстройства развития учебных навыков

Блок нарушений	Шифр	Рубрика по МКБ-10	Психологопедагогическое заключение	Клиникопедагогическое заключение
F80 – F89 Расстройства психологического развития				
Специфические расстройства развития учебных навыков	F81 F81.0	Специфические расстройства чтения	Нарушения средствовобшения. Фонетико фонематическое недоразвитие речи (ФФН) Нарушения средствовобшения. Общее недоразвитие речи (ОНР)	Дислексия (фонематическая) Дислексия (фонематическая, семантическая, аграмматическая)
	F81.1	Специфические расстройства спеллингования	Нарушения средств общення. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН) Нарушения средств обще-	Дисграфия (арти- куляторно- акустическая, акустическая, дисграфия на поч- ве нарушения языкового анализа и синтеза) Дисграфия

166

Заявка 1213166
 Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна

			ния. Общее недоразвитие речи (ОНР) Нарушения средств общения. Общее (ОНР)	(артикуляторно-акустическая, акустическая, дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза, аграмматическая) Дизорография (морфологическая, синтаксическая)
	F81.2	Специфическое расстройство арифметических навыков		Дискалькулия
	F81.3	Смешанное расстройство учебных навыков		
	F81.8	Другие расстройства развития учебных навыков		
	F81.9	Расстройство развития учебных навыков неуточненное		

Дифференциальный диагноз «специфические расстройства развития учебных навыков» (F81) связывают, прежде всего, с диагнозом «умственная отсталость» (F70-F79). Главным критерием является сохранность интеллектуальных функций, проявляющаяся во всех сферах деятельности, не связанных прямо с процессом обучения.

В процессе дифференциальной диагностики необходимо отграничить следующие формы нарушений письменной речи:

а) первичные, специфические расстройства от вторичных, обусловленных умственной отсталостью, тугоухостью или педагогической запущенностью;

б) разные виды специфических нарушений письма и чтения друг от друга: дисфазическую дислексию от дисгнозической, дисграфию от дизорфографии, дислексию и дисграфию от вторичных нарушений письма и чтения при общем психическом недоразвитии.

Как известно, навыки письма и чтения усваиваются умственно отсталыми детьми медленнее, чем в норме (М.П. Феофанов, Р.И. Лалаева).

При снижении интеллекта до средней степени это, за редким исключением, становится вообще невозможным. Навык чтения приобретается сравнительно легче, чем осваивается письмо и тем более математика. За 2–3 года детям со снижением интеллекта до лёгкой степени обычно удается овладеть чтением целыми словами. Однако оно надолго остается маловыразительным, монотонным, с недостаточным пониманием прочитанного. Наиболее выражены трудности в чтении и письме в букварный период. Детям трудно даются осознание звуковой стороны слов, фонематический анализ и графомоторные навыки. При дислексии же чаще основные трудности выявляются к концу первого класса и позже (особенно при «дисгнозическом» варианте дислексии).

Дети со специфическими нарушениями письменной речи социально адаптированнее, находчивее и сообразительнее в быту. Эмоциональные реакции у них дифференцированнее и живее. Даже в наихудших своих способностях – вербально-логическом мышлении – они опережают умственно отсталых детей и, что особенно важно, могут продуктивно использовать оказанную помощь и осуществлять перенос усвоенного навыка при решении аналогичных задач. Важной особенностью, отличающей их, является неравномерность, мозаичность структуры интеллектуальных функций. Для умственной отсталости типична тотальность недоразвития (Г.Е. Сухарева). Еще более выражены различия между этими двумя группами в невербальных способностях [Корнев А.Н., 1997].

Более трудную задачу представляет отграничение *дислексии, осложняющей умственную отсталость*, от *неспецифических нарушений письменной речи*. В ее решении помогает использование СМИНЧ и АВМ-WISC. Снижение КТЧ на 15 баллов и более по сравнению с ОИП является веским доводом в пользу специфической природы обнаруженных нарушений чтения. Кроме того, клиника психического недоразвития, осложненного дислексией, обычно своеобразна, атипична по синдромальной структуре (Д.Н. Исаев). В большинстве случаев это дети с астенической формой олигофрении, характеризующейся неравномерностью интеллектуального развития, относительной сохранностью эмоционально-волевой сферы и способности сознавать собственную несостоятельность. Ошибки в дифференциальной диагностике дислексии у умственно отсталых детей происходят довольно часто, особенно на первом году обучения. На 2–3-м годах обучения ошибки случаются реже. Без использования стандартизованных методов оценки чтения (типа СМИНЧ) и сопоставления результатов с данными АВМ-WISC диагностические ошибки представляются нам неизбежными. Следствиями же подобных ошибок являются неправильный выбор коррекционных методик и затягивание сроков коррекции [Корнев А.Н., 1997].

Отграничение от *вторичных расстройств письменной речи при выраженном недоразвитии устной речи* – весьма трудная задача. Более того, существует много

противников подобного разграничения. Ряд исследователей не считают целесообразным дифференцировать специфические нарушения письма и чтения и вторичные расстройства этих навыков вследствие грубого недоразвития устной речи. С точки зрения А.Н. Корнева такое разграничение имеет принципиальное значение. Если ребенок в 7 лет с трудом строит короткие фразы из 3–4 слов с аграмматизмами, грубо искажая звуковую и слоговую структуру слова, то вполне понятно, что он не способен усвоить систему графической символизации речи, прежде всего потому, что речевая деятельность и языковая система не стали для него объектом познания и анализа, так как сами находятся еще в процессе становления, крайне нестабильны и незрелы. Принципиально иначе должен расцениваться случай, когда языковая система в основном созрела, устная речь достигла социально приемлемого уровня (даже при наличии отдельных недостатков) и, несмотря на это, ребенок оказывается неспособным освоить ее символизацию с помощью буквенного обозначения.

Опыт показывает, что у детей с недоразвитием устной речи, начавших обучение сразу в речевой школе, серьезные затруднения в письменной речи возникают сравнительно редко: в 15–20 % случаев. Однако темп усвоения материала у них безусловно ниже, чем у здоровых. Если же ребенок с подобным нарушением 2–3 года проучился в массовой школе, то тяжелые расстройства письма и чтения развиваются значительно чаще (в 40–50 % случаев). Дифференциальный диагноз в таких случаях основывается на сопоставлении степени отставания в письме и чтении и тяжести недоразвития устной речи. При диагностике чтения с помощью СМИНЧ, переводя первичные данные в КТЧ, следует соотносить их в таблице не с возрастом, а с классом речевой школы, в котором учится ребенок. При таком подсчете дети с вторичным нарушением чтения будут иметь КТЧ, близкий к 100, а дети с дислексией – 80 и ниже [Корнев А.Н., 1997].

Отграничение *от нарушений письма и чтения при так называемой педагогической запущенности*. Под педагогической запущенностью принято подразумевать неполноценное усвоение школьных навыков, причиной которого являются педагогические упущения (низкая квалификация учителя, пассивность в оказании индивидуальной помощи, завышенная оценка знаний, недостаточный контроль усвоения знаний и т. п.) или многочисленные пропуски занятий по уважительным или неуважительным причинам. Происхождение нарушений чтения и письма при педагогической запущенности весьма многообразно. Одной из причин, например, может быть несоответствие темпа проработки материала в классе индивидуальному темпу, свойственному данному ребенку. В этом случае он не успевает за классом и, недостаточно усвоив простой навык,

вынужден переходить к более сложному. Одним из распространенных примеров этого является ситуация, когда ребенок не успел автоматизировать слогослияние, а учитель понуждает его читать целыми словами. Чтобы выйти из трудного положения, ученик или «читает» текст наизусть, или использует «двойное» чтение (про себя – по слогам, вслух – целыми словами). При таком форсировании темпов обучения накапливается недоусвоенный материал, и с какого-то момента дальнейшее продвижение становится невозможным. Другой пример: учитель, недостаточно оценив знания добукварного периода, приступает к изучению букваря. Часто в таком положении оказываются дети из неблагополучных семей, не посещавшие детский сад. В результате такого недосмотра возникают нарушения письма или чтения. Обычно в таких случаях трудности в письменной речи незначительны по тяжести и довольно легко устраняются. В письме отсутствуют специфические ошибки, орфографические ошибки носят нестойкий, полиморфный характер. В последнем случае ребенок допускает ошибки на те правила, которых не знает. При исследовании чтения разница между КТЧ и ОИП не достигает критической величины.

Нельзя не отметить, что педагогическая запущенность довольно редко является единственной причиной нарушения письменной речи. Чаще мы встречаем случаи, когда ребенок, имеющий предрасположенность к расстройству (например, с латентной дислексией), в педагогически неблагоприятной обстановке декомпенсируется. При более удачном стечении обстоятельств эта предрасположенность могла так и остаться в скрытой форме. Этот пример еще раз подчеркивает роль социальных факторов в возникновении такого рода расстройств. Наиболее достоверное отграничение нарушений, в генезе которых педагогическая запущенность играет первостепенную роль, от специфических расстройств письменной речи осуществимо, вероятно, только в процессе коррекционной работы [Корнев А.Н., 1997].

Дифференциация *дисфазической формы дислексии от дисгнозической* представляется актуальной с точки зрения выбора адекватной коррекционной программы. Их разграничение строится на выявлении специфических симптомов, присущих той и другой, наличии (в первом случае) или отсутствии (во втором) нарушений устной речи. Важное значение имеет время манифестации трудностей в овладении чтением: букварный период – при дисфазической и послебукварный – при дисгнозической форме [Корнев А.Н., 1997].

Весьма непростой задачей является дифференциация *дисграфии и дизорфографии*. На первый взгляд, она кажется решаемой на основе выявления преобладания специфических дисграфических ошибок в письме. Однако на практике чистая, хрестоматийная картина нарушений письма встречается весьма

редко. Трудность решения этой задачи обусловлена и тем, что они нередко сопутствуют друг другу. Кроме того, довольно часто после исчезновения явлений дисграфии в результате проведенной коррекционной работы на первый план выступают дисорфографические ошибки, носящие весьма стойкий характер. Встречаются и случаи, когда вслед за относительно благополучным периодом освоения письма в первые два года обучения в третьем классе резко возрастает число орфографических ошибок и сохраняется в последующие годы обучения [Корнев А.Н., 1997].

В отечественной логопедии термины «дисграфия» и «дизорфография» разграничиваются. Для дифференциальной диагностики этих нарушений необходимо учитывать критерии, на основе которых выделяются ошибки при дисграфии и дизорфографии. Основным критерием является тот принцип правописания, который преимущественно нарушается. Известно, что в русской орфографии выделяются следующие принципы: фонетический (фонематический), морфологический и традиционный. В основе правописания лежит звуковой (фонематический) анализ речи. Слова записываются так, как они слышатся и произносятся. Морфологический принцип состоит в том, что морфемы слова (корень, приставка, суффикс, окончание) с одинаковым значением имеют и одинаковое написание, хотя их произношение в сильной и слабой позиции может быть различным. Использование морфологического принципа предполагает умение определять значащие морфемы слова, выделять морфемы с одинаковым значением, произношение которых может отличаться в различных фонетических условиях. Уровень развития морфологического анализа тесно связан с развитием словаря и грамматического строя речи. Традиционный принцип предполагает такое написание слова, которое сложилось в истории развития письменности и не может быть объяснено фонетическим или морфологическим принципом правописания. С учётом принципов орфографии можно сделать вывод, что дисграфия преимущественно связана с нарушением реализации фонетического принципа, а при дизорфографии нарушается использование морфологического и традиционных принципов правописания.

Критерии, позволяющие осуществлять дифференциальную диагностику дизорфографий, представлены в табл. 6.12.

Таблица 6.12

Дифференциальная диагностика
 дизорфографий от сходных состояний

Состояние орфографического навыка письма			
Норма	Дизорфография	«Врождённая» грамотность	Дидактогенная (ложная) дизорфография
Понимание сущности и значимости правил орфографии			
Понимают значимость правил для формирования орфографически-граммотного письма, что говорит о сформированной мотивационной основе к их изучению	Мотивация к изучению орфографического правила в данной группе школьников представляется неоднородной	Считают важным знание правил орфографии, хотя чаще всего затрудняются в аргументации своей позиции	Не считают необходимым изучать орфографические правила, объясняя свою позицию тем, что это «скучно», «неинтересно» или «бесполезно»
Способность воспроизводить по памяти научно-учебный текст лингвистического содержания			
Дети знают и осознают большинство орфографических правил вне зависимости от времени изучения правила насыщенности лингвистической терминологией и развёрнутости алгоритма	Орфографические правила, как правило, знакомы, но воспроизводятся механически, без должного осмысления	Часто испытывают существенные затруднения при необходимости воспроизвести наизусть текст лингвистического содержания	В большинстве случаев не могут вспомнить содержание правил орфографии и примеров, иллюстрирующих их содержание
Уровень овладения логико-алгоритмической стратегией мышления			
Учащиеся уверенно объясняют способ орфографического действия, необходимого для выбора правильного написания, и умеют действовать по его алгоритму, что соответствует II-III, реже V уровню овладения логико-алгоритмической стратегией мышления	Затрудняются при объяснении способа орфографического действия. В их объяснениях часто выпадают отдельные существенные блоки. Трудности учеников усиливаются при необходимости объяснить и реализовывать на практике алгоритмы правил, ориентировочная и	Способ орфографического действия объясняется без опоры на изученное правило, а через собственные умозаключения, зачастую полностью несовпадающие с общепринятыми, т.е. имеют и собственный способ орфографического действия, и собственный его алго-	Способ орфографического действия неизвестен, что является естественным следствием незнания формулировки правила. Логико-алгоритмическая стратегия мышления практически не сформирована

172

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

	исполнительная части которых недостаточно чётко сформулированы или рассогласованы. Овладение логико-алгоритмической стратегией мышления находится в диапазоне IV-III уровней	ритм. Овладение логико-алгоритмической стратегией мышления достигает IV уровня и выражается, прежде всего, в способности самостоятельно выводить алгоритм решения орфографической задачи	
Уровень овладения логико-алгоритмической стратегией мышления			
Уровень выполнения заданий повышается в зависимости от времени, потраченного на автоматизацию орфографического навыка письма по правилу. При выполнении заданий на неизученные правила количественные результаты существенно ухудшаются	Качество работ стабильно лучше при решении давно знакомой орфографической задачи, чем незнакомой, но, тем не менее, всегда существенно ниже, чем в популяции	Практически одинаково успешно справляются как с давно знакомыми орфографическими задачами, так и с теми, которые пока не изучались в курсе обучения русскому языку	Результаты работы стабильно низкие вне зависимости от времени, отведенного на изучение правила и степени знакомства с ним
Состояние показателей интеллектуального развития по методике Д. Векслера (WISC)			
Соответствуют возрастной норме	Соответствуют возрастной норме, часто нижней её границе	Соответствуют возрастной норме	Зачастую оказывались ниже 80 баллов
Оценка (успеваемость) по школьным предметам (кроме предмета «русский язык»)			
Стабильно высокие оценки	Успеваемость нестабильна. Характеризуется неравномерностью и колебаниями как по отдельным предметам, так и в различные временные отрезки	Успевают по всем предметам	Стабильно низкие показатели успеваемости по всем школьным предметам

Специфические расстройства развития моторной функции (F82) – большая, но плохо разработанная категория состояний, включающая со стороны логопедии артикуляторно-фонетическую дислалию (классификация Б.М.Гриншпуна) и диспрактическую дисграфию (классификация А.Н.

Корнева). Эти нарушения не связаны с умственной отсталостью или другими психическими и неврологическими расстройствами. Отмечается нарушение тонких или крупных движений, которое возникает в раннем возрасте. Вначале отмечается отставание в приобретении навыков ходьбы, бега, прыжков, что сопровождается неуклюжей походкой, трудностями при одевании, бросании и ловле мяча, игре в кубики и конструктор. Затем проявляется в трудностях овладения фонетической системой языка. В более позднем возрасте проявления патологии носят характер диспрактической дисграфии, сочетающейся с общей школьной неуспеваемостью, эмоциональными и поведенческими нарушениями. В младшем школьном возрасте еще могут быть выявлены при детальном неврологическом осмотре хореоформные движения конечностей или зеркальные движения, относимые к негрубой неврологической симптоматике. Расстройства письма не связаны с левшеством и переучиванием левшей. Причины данного состояния относят на счет нарушений развития [Prechtl H. F., Stemmer C. J., 1972, Breaner M. W. et al., 1967].

В обобщённом виде данные, позволяющие соотнести перечисленные диагнозы с возможными клинико-психологопедагогическими заключениями, представлены в табл. 6.13.

Таблица 6.13

Специфические расстройства развития моторной функции

Блок нарушений	Шифр	Рубрика по МКБ-10	Психологопедагогическое заключение	Клиникопедагогическое заключение
F80 – F89 Расстройства психологического развития				
Специфические расстройства развития моторной функции	F82		Фонетическое недоразвитие речи (ФН) Не является следствием нарушения устной речи. В данной классификации не выделяется	Дислалия артикуляторно-фонетическая Дисграфия диспрактическая

Смешанные специфические расстройства психологического развития (F83) диагностируются в случае присутствия клинических признаков специфических расстройств речи и языка, специфических расстройств учебных навыков и специфических расстройств развития моторной функции [Пережогин Л.О., 2002].

6.3.2. Отграничение нарушений речи при эмоциональных расстройствах от сходных состояний

Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90-F98).

Элективный мутизм (F94.0) (избирательный отказ от речи) встречается чаще у девочек как одна из форм истерического невроза. Это состояние характеризуется выраженной эмоционально обусловленной селективностью в речи: ребенок показывает языковые навыки в одних ситуациях и не в состоянии говорить в других (определенных) ситуациях. Расстройство обычно ассоциируется с заметными личностными особенностями, включая социальное беспокойство, замкнутость, восприимчивость или сопротивляемость.

По мнению А. Вебер, мутизм является регрессом на более раннем этапе социально-психологических связей под влиянием неспособности личности установить нужный контакт (А. Вебер).

Г.Е. Сухарева рассматривает мутизм в разделе острых психогенных реакций шокового и субшокового характера. По ее мнению, мутизм может возникнуть при умеренно интенсивном шоковом психогенном воздействии, при котором наблюдается «парциальное торможение». Типичным, по Г.Е. Сухаревой, является то, что торможению подвергаются филогенетически наиболее молодые системы и функции, прежде всего функция речи. Она подчеркивает разницу в проявлениях психогенного мутизма у детей младшего и более старшего возраста. У детей школьного возраста и подростков клиническая картина будет значительно сложнее и разнообразнее. У них могут наблюдаться различные реакции в связи с затяжным характером мутизма.

Импрессивная речь у детей с элективным мутизмом не нарушена, но свою собственную речь они используют в малой группе хорошо знакомых людей в специфических обстоятельствах. Обычно ребенок свободно говорит дома с родителями и сиблингами, а в школе не разговаривает с одноклассниками или учителями. Гораздо реже ребенок разговаривает в школе, но не дома. Мутизм обычно развивается в возрасте около трех–пяти лет. Отказ говорить в школе относительно часто встречается в течение нескольких первых месяцев после поступления в школу. Эти проблемы почти все кратковременные. К шести или семи годам зарегистрированы частоты в пределах от 3 до 18 на 10 000 (перекрывающиеся с современными оценками частоты детского аутизма). Несмотря на то, что мальчики больше, чем девочки, подвержены расстройствам развития речи, элективный мутизм у девочек встречается так же часто или даже чаще.

По общепринятому определению элективного мутизма, ребенок должен быть способен в некоторых ситуациях вполне нормально разговаривать, но часто в истории бывает некоторая задержка основных этапов развития речи или

же остаются небольшие проблемы с артикуляцией. Это имеет значение для проведения дифференциальной диагностики. Поскольку селективно дети данной категории вряд ли будут говорить со специалистом, важно оценить артикуляцию и уровень речевого развития ребенка каким-либо другим способом: прослушать в записи, как ребенок разговаривает дома, и изучив письменные работы.

Дифференциальный диагноз определяется с опорой на следующие критерии.

1. Маленькие дети заметно разнятся в том, насколько они общительны в незнакомой ситуации. Не является ли преходящий мутизм при поступлении в школу преувеличением нормальной застенчивости? А устойчивый мутизм также находится в этом континууме или качественно отличен?

2. Серьезные расстройства развития речи или приобретенные расстройства речи можно исключить, только когда имеются убедительные доказательства, что в некоторых обстоятельствах речь ребенка вполне нормальная.

3. Расстройства аутистического спектра исключаются такого же рода данными в сочетании с прямым наблюдением нормальной игры и социальных взаимодействий с членами семьи.

4. Истерическая немота, как правило, включает потерю речи во всех обстоятельствах. Начало большей частью внезапное (иногда после явного стресса), и обычно ей не предшествует выраженная пожизненная застенчивость.

По определению В.И. Селиверстова и Г.А. Волковой, *заикание (F98.5)* – нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. При заикании речь характеризуется частым повторением или пролонгированием звуков, слогов или слов либо частыми запинаниями или паузами, что разрывает ритмичное течение речи.

Речь взахлёб (F98.6) – тахилалия, баттаризм – быстрая речь в виде отрывистых толчков и неправильных фраз с распадом плавности, но без повторений или запинаний, выраженная настолько, что уменьшается ее внятность, может быть у детей из семей, где есть быстро и нормально говорящие лица. Некоторые авторы считают ускоренную речь органически обусловленным нарушением центрального речевого механизма и значительную роль в этом отводят наследственности, указывая на генетическую связь ускоренной речи с заиканием. При тахилалии вместо 10–12 звуков в секунду произносится 20–30. Речь отличается неудержимой стремительностью. При торопливости могут появляться расстройства речевого внимания, запинки, повторения, проглатывания, перестановки слогов, слов, неясность произношения фраз. Однако при привлечении внимания к речи запинки исчезают.

В зависимости от ситуации речевого общения меняется степень выраженности симптоматики. Наибольшие затруднения испытываются в жизненно значимых ситуациях, общении с авторитарными людьми, в

незнакомой обстановке, в моменты возбуждения, спора.

Тахилалия часто сопровождается нарушениями общей моторики, психических процессов, эмоционально-волевой сферы, вегетативной нервной системой. Письменная речь при тахилалии часто сопровождается заменами, перестановками букв, слогов, слов, близкими по звучанию, написанию.

В обобщённом виде данные, позволяющие соотнести перечисленные диагнозы с возможными клинико-психологопедагогическими заключениями, представлены в табл. 6.13.

Таблица 6.13

Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, проявляющиеся в нарушениях в применении средств общения

Блок нарушений	Шифр	Рубрика по МКБ-10	Психологопедагогическое заключение	Клиникопедагогическое заключение
F90 – F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте				
Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов	F94 F94.0	Элективный мутизм		
Другие эмоциональные расстройства расстройства поведения	F98 F98.5	Заикание	Нарушения в применении средств общения	Заикание (невротическое, неврозоподобное)
	F98.6	Речь взахлёб	Нарушения в применении средств общения	Тахилалия (баттаризм, полтерн)

Определённую трудность для дифференциальной диагностики представляют две формы заикания: *невротическая* и *неврозоподобная*. В работах Н.А. Власовой, Н.М. Асатиани и других авторов имеются факты, указывающие на патогенетическую связь значительной части случаев заикания детского возраста с ранней церебрально-органической недостаточностью. В них описана разница в уровне общемоторного развития у различных групп заикающихся детей, что явилось началом клинической классификации заикания с целью осуществления дифференцированной диагностики и коррекции (Н.А. Власова, Н.М. Асатиани).

В 70-х годах XX в. В.В. Ковалевым была выдвинута концепция о

невротическом и невротоподобном заикании у детей и подростков, построенная на патогенетическом различии этих двух основных клинических форм заикания (В.В. Ковалёв). Работами сотрудников лаборатории патологии речи Московского института общей и судебной психиатрии (Н.М. Асатиани, В.Г. Казакова и др.) была подтверждена правомерность такого разделения заикания в детском и юношеском возрасте. По их мнению, основными признаками невротического заикания следует считать психогенно-реактивное (острое, подострое или отставленное во времени) его начало у детей 3–5 лет со своевременным, правильным речевым, интеллектуальным и общемоторным развитием (Н. М. Асатиани, В. Г. Казаков).

Появлению первых запинок в речи могут предшествовать соматическая ослабленность и общевневрологические расстройства, такие как нарушения сна, плаксивость, пугливость, повышенная истощаемость и тому подобные проявления как соматического, так и психогенно-реактивного генеза. В таких случаях достаточно бывает резкого изменения обстановки или действия внезапного раздражителя, чтобы у ребенка начались запинки. Для больных с невротическим заиканием характерна высокая динамичность симптоматики, быстрое усвоение коррекционных и логопедических приемов, большая податливость психотерапевтическим воздействиям. Течение такого заикания обычно носит благоприятный характер, однако наличие невропатии и (или) повторные психогении значительно утяжеляют как клиническую картину заикания, так и его прогноз.

Невротоподобное заикание чаще имеет постепенное начало и нередко отмечается с момента становления фразовой речи. Для больных с невротоподобным заиканием характерно более позднее развитие речи и общей моторики, полиморфизм как психопатологической симптоматики (сочетание невротоподобных и церебрастенических расстройств), так и собственно речевых нарушений (наличие помимо заикания дислалии, тахилалии, недостаточной модуляции голоса и др.). По сравнению с невротическим заиканием здесь отмечается судорожная готовность, склонность к гиперкинезам, стойкость сопутствующих движений. Неврологическое обследование обычно показывает остаточные явления раннего органического поражения головного мозга с акцентом на его моторных структурах и стойкие вазовегетативные нарушения. Речевые нарушения при невротоподобном заикании отличаются стойкостью, ригидностью, больные менее чувствительны к психотерапевтическим воздействиям, менее восприимчивы к логопедической коррекции и усвоению навыков саморегуляции.

По мнению многих авторов, невротическое и невротоподобное заикание имеет принципиальные патогенетические отличия. Наличие большого количества сходных проявлений указывает на существование смешанных форм. Сотрудниками лаборатории патологии речи Московского института общей и

судебной психиатрии были выделены и подробно описаны эти промежуточные формы: невротическое заикание, возникающее на патологически измененной почве, и неврозоподобное заикание, осложненное невротическими реакциями.

Для невротической формы заикания характерны следующие особенности:

- может появиться в возрасте от 2 до 6 лет;
- наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения;
- преимущественно психогенное начало речевой патологии (психическая острая или хроническая травматизация);
- большая зависимость степени судорожных запинок от эмоционального состояния заикающегося и условий речевого общения;
- возможность плавной речи при определенных условиях (речь наедине с собой, в условиях эмоционального комфорта и пр.).

Для неврозоподобной формы заикания характерно:

- появляется в возрасте 3–4 года;
- появление судорожных запинок совпадает с фазой развития фразовой речи;
- начало заикания постепенное вне связи с психотравмирующей ситуацией;
- отсутствие периодов плавной речи и малая зависимость качества речи от речевой ситуации;
- привлечение активного внимания заикающихся к процессу говорения облегчает речь;
- физическое или психическое утомление, соматическая ослабленность ухудшают качество речи.

Заикание следует отличать от *нарушения плавности речи у билингвов*. В настоящее время особую актуальность приобретает проблема изучения проявлений заикания у детей и взрослых с билингвизмом, что объясняется целым рядом факторов. Установлено, что 50 % мировой популяции людей двуязычны [Van Borsel J., Maes E., Foulon S., 2001]. Дети, развивающиеся в двуязычной среде, попадают в особую языковую ситуацию. Ряд авторов отмечает усиление риска заикания при овладении детьми вторым языком [Белякова Л.И., Дьякова Е.А. 2003; Karniol R., 1992; Van Borsel J., Maes E., Foulon S., 2001]. В немногочисленных зарубежных исследованиях имеются фактические данные о преобладании этого речевого расстройства у билингвов; высказывается предположение о том, что заикание наиболее распространено среди тех детей, с которыми родители использовали в общении два языка с рождения [Stern E., 1948; Travis L.E., Johnson W., Shover J., 1937].

В современных зарубежных исследованиях рассматривается вопрос наличия сходных с заиканием нарушений плавности речевого высказывания, которые нередко наблюдаются при билингвизме. Рассматривая вопрос о значении

билингвизма в возникновении заикания, некоторые исследователи склонны полагать, что двуязычие является непосредственным источником нарушения плавности. Так, R. Karniol в статье «Stuttering out of bilingualism» допускает наличие прямой связи между возникновением заикания и билингвизмом и высказывает предположение о том, что заикоподобные неплавности, появляющиеся в речевой продукции некоторых детей-билингвов, являются отражением неустойчивости нервной системы таких детей. Автор указывает на то, что контроль над моторной реализацией высказывания осуществляется двумя наиболее важными центрами: первый осуществляет контроль над мышлением и лингвистическим программированием, второй – фонаторный, осуществляет программирование голосового и речемоторного аппарата. По мнению R. Karniol, билингвизм является фактором, способствующим синтаксической «перегрузке» нервных центров, ввиду чего возникает заикание (Karniol R., 1992).

В научной литературе рассматриваются также сопутствующие факторы, которые могут способствовать большей распространенности заикания среди билингвов, чем среди монолингвов. К ним относятся: социальное положение эмигрантов, которые вынуждены в ускоренном темпе овладевать неродным языком, эмоциональная неустойчивость детей в новой окружающей обстановке, смешение лингвистических систем и др.

Важные диагностические критерии, позволившие отграничить заикание от других видов нарушений плавности, были разработаны L. Mattes и D. Omark (1991). Принимая во внимание тот факт, что заикание почти всегда проявляется в процессе общения на двух языках, авторы утверждают, что нарушения плавности на одном языке отражают, скорее, ограниченность языкового опыта, чем указывают на расстройство речи. Тем не менее ученые признавали, что заикание может быть наиболее выраженным в одном языке, чем в другом.

J. Watson и H. Kayser подчеркивают важность дифференциальных признаков заикания от неплавностей, связанных с освоением второго языка, и указывают на необходимость изучения языкового поведения заикающихся билингвов. Нарушения плавности, выраженные в речевой продукции только на втором языке, по мнению исследователей, являются отражением процесса развития обоих языков и могут быть совершенно отличны от неплавностей у заикающегося (судороги в мышцах речевого аппарата).

Дополнительным диагностическим критерием является наличие или отсутствие вторичных отклонений в поведении. По мнению J. Watson и H. Kayser (1994), лишь в том случае, когда нарушения плавности у говорящего на двух языках ребенка сопровождаются заметным напряжением мышц или такими особенностями, как моргание глазами или специфические телодвижения, возможно диагностировать у него начальную стадию заикания.

Типичным отличительным признаком заикания являются не только поведенческие характеристики, но также эмоциональные и когнитивные

компоненты. У лиц с заиканием развиваются негативные эмоции, имеющие отношение к процессу общения, которые генерализуются или имеют специфический для заикающихся характер. Следовательно, «оценка эмоциональных и когнитивных компонентов может способствовать различению неплавностей, связанных с изучением второго языка, от заикоподобных нарушений плавности» [Van Borsel J., Maes E., Foulon S., 2001, p.202].

Помимо заикания, к нарушениям плавности речи относят клаттеринг. С конца 60-х годов появляется ряд работ, дающих возможность теоретически представить разницу между *заиканием* и *клаттерингом* [De Hirsch K., 1970; Eisenson J., 1986; Freund H., 1966 и др.].

Согласно принятой в России клинической классификации заикание подразделяется на невротическую и неврозоподобную форму. По мнению Л.И. Беякова, С.В. Леонова и других ученых, неврозоподобная форма заикания является полиморфной [Беякова Л.И., 1992; Леонова С.В., 1995]. Психолого-педагогическая характеристика этой клинической формы заикания имеет много общего с клаттерингом, выделенные разными авторами диагностические симптомы клаттеринга схожи с признаками неврозоподобной формы заикания. Использование адаптированной и модифицированной методики тестирования D. Daly позволяет детей с неврозоподобной формой заикания (полиморфной) выделить в четыре подгруппы:

- с заиканием;
- с заиканием и некоторыми признаками клаттеринга;
- с клаттерингом, осложненным заиканием;
- с клаттерингом [Daly D., 1993].

В основе структуры речевого дефекта и нарушения поведения у детей с клаттерингом лежит темпоритмическая дезорганизация психомоторной активности за счет нарушения функционирования структур мозга, определяющих и контролирующих пространственновременные характеристики различных функциональных систем: от двигательных до поведенческих. Основная характеристика клаттеринга включает следующие признаки:

- быстрая, невнятная речь с большим количеством показателей неплавности, нарушение последовательности программирования устного высказывания;
- дефицит внимания;
- нарушение памяти разной модальности (двигательной, зрительной и слухоречевой);
- особенности поведения в виде импульсивности, моторной и речевой расторможенности;
- отсутствие критичности в отношении собственной речи и поведения.

181 Критерии, позволяющие отграничить *тахилалию* от *заикания*, представлены в табл. 6.14.

Таблица 6.14

Типичные различия тахилалии (баттаризма, полтерн) и заикания

Тахилалия (баттаризм, полтерн)	Заикание
Сознание дефекта	
Может отсутствовать	Имеется
Речь при напряжении	
Лучше	Хуже
Привлечение внимания к речи	
Улучшает речь	Ухудшает речь
Речь, требующая конкретных точных ответов	
Речь лучше	Речь хуже
Чтение хорошо знакомого текста	
Речь хуже	Речь лучше
Чтение незнакомого текста	
Речь лучше	Речь хуже
Письмо	
Торопливое, повторяющееся, с неясным почерком	Сжатое, напряженное, заторможенное
Отношение к собственной речи	
Безразличное, небрежное	Боязливое
Психологические переживания	
Отставленные	Опережающие
Академические способности	
Не достигают возможного уровня, хотя хорошие и высокие	Хорошие и высокие (многое зависит от отношений с преподавателями)
Электроэнцефалограмма	
Дизритмия	Чаще норма
Аминазин	
Улучшение речи	Ухудшение речи
Психометрические средства	
Ухудшение речи	Улучшение речи
Желание лечиться	
Небольшое или отсутствует	Большое
Цель коррекционной работы	
Направить внимание на детали речи	Отвлечь внимание от деталей речи

6.3.3. Отграничение неспецифических (вторичных) расстройств речевого развития при интеллектуальных нарушениях от сходных состояний

До трехлетнего возраста речевые нарушения у детей обозначают термином «задержка речевого развития» [Степаненко Д.Г., 2002; Корнев А.Н., 1999; Корнев А.Н., 2005]. Основными признаками данной патологии являются выраженный дефицит экспрессивного словаря и позднее появление фразы у ребенка по сравнению со сверстниками. Следует отметить, что дети с нормальным развитием значительно различаются как по возрасту, в котором они впервые приобретают разговорную речь, так и по темпу прочного усвоения речевых навыков. Для логопедической практики важно определить доброкачественный (темповый) или патологический характер носит задержка речевого развития.

До сих пор не существует четкого разграничения патологической задержки речевого развития от крайних вариантов нормы. Одним из общих правил в отечественной клинической практике является определение степени задержки речевого развития в эпикризных сроках, а в зарубежной практике, где используются статистические методы оценки, в стандартных отклонениях [Левина Р.Е., 1975; Корнев А.Н., 2006].

Задержка речевого развития считается патологической, если развитие речи ребенка отстает от нормального на два и более эпикризных срока или стандартных отклонения.

Вопросы отграничения *общего недоразвития речи (ОНР)* от временных обратимых состояний, трактуемых обычно как *задержка речевого развития (ЗРР)* базируются на том положении, что развитие речи ребёнка при задержке речевого развития отличается от нормального только своими темпами. Кроме того, дети с задержкой речевого развития способны к самостоятельному овладению языковыми обобщениями, что малодоступно детям с ОНР, которые осваивают языковые обобщения главным образом только в процессе логопедических занятий.

У детей старше трех лет степень задержки в эпикризных сроках и в статистическом выражении имеет меньшее диагностическое значение, так как существует естественная тенденция к неуклонному улучшению речевых функций. В этом возрасте более важным показателем оценки является тип течения нарушения речи. Если отмечается стационарное течение без существенных улучшений, то данное расстройство является патологическим, а не вариантом нормы. Однако главным критерием тяжести нарушений речи в возрасте после трех лет является степень нарушения коммуникативной функции речи в целом и по каждому параметру фонетической и лексико-грамматической сторон речи [Моховиков А.Н., 2006].

Однозначного мнения, является ли недоразвитие речи у ребенка старше

трех лет проявлением задержанного речевого развития или вариантом патологического развития речи, до сих пор нет. По данным зарубежных исследователей, различия между речевой нормой, задержкой речевого развития и речевыми нарушениями являются только количественными [McLeod S, Harrison L., 2009; Evans J., 2009]. В отечественной логопедии доминирует точка зрения, что общее недоразвитие речи – проявление не просто задержки, а отклонений в речевом развитии, т. е. имеются качественные различия данных состояний [Логопедия / под ред. Л.С. Волковой, 1989; Корнев А.Н., 2005].

С позиции отечественной психиатрии задержка речевого развития представляет собой вариант парциальной задержки психического развития или психического дизонтогенеза. Предполагается также, что нарушения речи в структуре ЗПР выступают обязательным, но вторичным по отношению к основному дефекту компонентом. В МКБ-10 ЗПР в отечественном понимании не выделяется. Однако анализ рекомендаций, представленных в специальной литературе, позволяет отнести данное состояние к разделам: *Другие расстройства психологического развития (F88)* и *расстройство психологического развития неуточненное (F89)*

Речевые нарушения при задержке психического развития (ЗПР) обусловлены в первую очередь недостаточностью межканализаторного взаимодействия, а не локальным поражением речевого анализатора. Характерные признаки ЗПР:

- ✓ ограниченный, не соответствующий возрасту запас знаний и представлений об окружающем;
- ✓ низкий уровень познавательной активности;
- ✓ недостаточная регуляция произвольной деятельности и поведения;
- ✓ более низкая способность по сравнению с нормально развивающимися детьми того же возраста к приему и переработке информации.

У детей с задержкой психического развития недостаточно сформированы функции произвольного внимания, памяти и другие высшие психические функции. У некоторых детей с задержкой психического развития преобладает интеллектуальная недостаточность, у других – эмоционально-волевые нарушения. Задержка психического развития всегда ведет к различным нарушениям речевой деятельности. При ЗПР отмечается более позднее развитие фразовой речи. Дети затрудняются в воспроизведении лексикограмматических конструкций. С помощью языковых средств дети не могут выразить причинно-следственные, временные и другие отношения. Словарный запас дошкольников и школьников с ЗПР отличается бедностью и недифференцированностью: дети недостаточно понимают и неточно употребляют близкие по значению слова. Ограниченность словарного запаса определяется недостаточностью знаний и представлений об окружающем мире, низкой познавательной активностью. При дифференциальной диагностике

определяющее значение имеет комплексное обследование. Оно включает в себя клинический анализ нарушенного умственного и речевого развития, психологическое изучение ребенка, направленное на разграничение ведущего дефекта (речевого или интеллектуального), а также дополнительные методы исследования – электроэнцефалографическое и др. Дифференциальной диагностике помогает анализ динамики психического развития ребенка.

При составлении клинико-психолого-педагогического заключения детей данной категории рекомендуется использовать следующую формулировку: «Задержка психического развития (например, церебрально-органического генеза), недоразвитие речи системного характера, I (II и III) уровень речевого развития». Не следует употреблять термин «Общее недоразвитие речи», так как к этой категории относятся дети с первичной речевой патологией [Борякова Н.Ю., 2002].

После трехлетнего возраста у ребенка необходимо определять конкретный вид речевого нарушения и структуру речевого дефекта.

Умственная отсталость (F70 – F79) – состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (т. е. познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности). Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического нарушения либо без него. Степень умственной отсталости обычно оценивается стандартизованными тестами, определяющими состояние интеллекта. Они могут быть дополнены шкалами, оценивающими социальную адаптацию в данной окружающей обстановке. Эти методики обеспечивают ориентировочное определение степени умственной отсталости. Диагноз будет также зависеть от общей оценки интеллектуального функционирования по выявленному уровню навыков.

При *умственной отсталости легкой степени (F70)* ориентировочный IQ составляет 50–69 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 9–12 лет). Дети с умственной отсталостью лёгкой степени часто испытывают выраженные трудности при обучении в школе, однако при грамотно организованной специальной помощи многие взрослые будут в состоянии работать и поддерживать нормальные социальные отношения. Большинство детей с *умственной отсталостью умеренной (F71)* может обучаться и достичь определенной степени независимости в самообслуживании, приобрести адекватные коммуникационные и учебные навыки. В зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 6–9 лет (IQ колеблется от 35 до 49). Взрослые с умеренной умственной отсталостью будут нуждаться в разных видах поддержки в быту и на работе. Умственное развитие взрослых с *умственной отсталостью тяжелой (F72)* соответствует развитию в

возрасте 3–6 лет (IQ колеблется от 20 до 34). Людям с тяжёлой умственной отсталостью необходима постоянная поддержка. При *умственной отсталости глубокой (F73)* ориентировочный IQ ниже 20. В зрелом возрасте умственное развитие ниже развития в трехлетнем возрасте. Результатом является тяжелое ограничение самообслуживания, коммуникабельности и подвижности.

Для обозначения несформированности речи у детей с интеллектуальной недостаточностью О.Г. Приходько рекомендует использовать следующую формулировку: «Стойкое нарушение речи системного характера». Наиболее развёрнутый вариант заключения о состоянии речевого развития у детей с умственной отсталостью представлен Р.И. Лалаевой.

1. Системное недоразвитие речи тяжёлой степени при умственной отсталости:

- ✓ полиморфное нарушение звукопроизношения;
- ✓ отсутствие навыка звукового анализа;
- ✓ ограниченный словарный запас (10–15 слов);
- ✓ однословная или двухсловная фраза из аморфных словкорней;
- ✓ отсутствие словообразования и словоизменения;
- ✓ отсутствие связной речи;
- ✓ грубое нарушение понимания речи.

2. Системное недоразвитие речи средней степени при умственной отсталости:

- ✓ полиморфное нарушение звукопроизношения;
- ✓ грубое недоразвитие фонематического слуха;
- ✓ ограниченный словарный запас;
- ✓ выраженные аграмматизмы (окончания существительных в предложных и беспредложных конструкциях, согласование существительных и прилагательных, глаголов и существительных);
- ✓ несформированность словообразовательных процессов;
- ✓ отсутствие или недоразвитие связной речи (1–2 предложения вместо рассказа).

3. Системное недоразвитие речи лёгкой степени при умственной отсталости:

- ✓ полиморфное нарушение звукопроизношения;
- ✓ недоразвитие фонематического восприятия, анализа и синтеза;
- ✓ аграмматизмы (сложнопадежные конструкции);
- ✓ нарушения словообразования;
- ✓ недостаточная сформированность связной речи (в пересказе пропуски, искажения) [Лалаева Р.И., 2001].

В обобщённом виде данные, позволяющие соотнести перечисленные диагнозы с возможными клинико-психологопедагогическими

заключениями, представлены в табл. 6.15.

186

Таблица 6.15

Умственная отсталость

Блок нарушений	Шифр	Рубрика по МКБ-10	Сопутствующее клиникопсихолого-педагогическое заключение
F70 – F79 Умственная отсталость			
Умственная отсталость	F70 – F79		Системное недоразвитие речи при умственной отсталости (лёгкой, средней или тяжёлой степени)
	F70	Лёгкая	
	F71	Умеренная	
	F72	Тяжёлая	
	F73	Глубокая	
	F78	Другая умственная отсталость	
	F79	Неуточнённая	

Представляется важным различать детей с *умственной отсталостью* (F70 – F79), для которых речевые нарушения являются одним из характерных признаков, и *детей со специфическими расстройствами развития речи и языка* (F80). Сохранность интеллекта детей с нарушениями речи (дислалией, ринолалией, дизартрией) отчетливо видна при выполнении заданий, которые не требуют участия речи (наглядные методики с «безречевыми» инструкциями). У этих детей живая реакция, адекватное поведение. Этим они, прежде всего, и отличаются от умственно отсталых [Забрамная С.Д., 1995].

Анализ особенностей речевого и психического развития детей с умственной отсталостью и первичным недоразвитием экспрессивной речи показывает, что правильная оценка психического развития последних и их отграничение от умственно отсталых детей, особенно с атипичными формами (сочетание умственной отсталости с различными формами алалии), представляет собой трудную диагностическую задачу, особенно в дошкольном возрасте.

С учётом вышесказанного для дифференциальной психологопедагогической диагностики детей с нарушениями речевого развития необходимо, во-первых, выявление уровня фактического интеллектуального развития ребенка, во-вторых, определение структуры выявленного отклонения.

В ходе диагностического исследования специалист должен ответить на вопрос, с чем связано отклонение в интеллектуальном развитии ребенка: с первичным нарушением мышления (мыслительных операций) или с замедленными темпами их развития, с нарушением операционной стороны интеллектуальной деятельности (недостаточностью памяти, внимания, переключаемости), с локальными нарушениями отдельных систем (слуха,

зрения, гнозиса, праксиса, речи), с нарушениями поведения и эмоционально-волевой сферы, неблагоприятными микросоциальными условиями жизни и воспитания ребенка [Соботович Е.Ф., 2003]. Тесная связь между развитием речи и интеллекта зачастую делает дифференциальный диагноз между умственным и речевым недоразвитием затруднительным, так как умственное недоразвитие всегда в той или иной степени сопровождается недоразвитием речи и, с другой стороны, при выраженном общем речевом недоразвитии у ребенка также часто отмечается задержанное или неравномерное развитие его интеллекта. В некоторых случаях дифференциальная диагностика может быть успешной только при динамическом обследовании ребёнка в процессе проведения с ним логопедических занятий. Различный механизм речевых нарушений при *умственной отсталости* и ОНР определяет особенности динамики речевого развития у этих двух категорий аномальных детей. Дети с умственной отсталостью затрудняются во всех видах интеллектуальных заданий, т. е. у них имеет место тотальный интеллектуальный дефект, захватывающий все виды мыслительной деятельности и в первую очередь словесно-логического мышления. При ОНР картина иная: наибольшие трудности вызывают задания, требующие прямого участия речи. У детей с ОНР отсутствует, в отличие от детей с умственной отсталостью, инертность психических процессов. Они способны к переносу усвоенных умственных действий на другие аналогичные задания.

Нарушения речи при умственной отсталости, при которой отмечается тотальное снижение интеллекта, дифференцируют с *моторной алалией*.

С точки зрения Т.Г. Визель, алалики не являются умственно отсталыми, поскольку доречевой период онтогенеза проходит у них без существенных отклонений в развитии. Алалики активно гуляют и лепечут, усваивают элементарные неречевые понятия, в частности, приобретают начальные представления о количестве, пространстве и времени. Кроме того, ребенка-алалика отличает от умственно неполноценного живость эмоций. Имеется в виду заинтересованность в событиях жизни, привлекающих обычно внимание детей: приобретение новой игрушки, общение с животными, рассматривание картинок в книжках, радость по поводу прихода в дом родных, друзей и т. д. [Визель Т.Г., 2005].

Основные параметры, позволяющие отграничить моторную алалию от речи детей с умственной отсталостью, представлены в табл. 6.16.

Таблица 6.16

188

Сравнительная характеристика речи
 при моторной алалии и умственной отсталости (по Г.А. Волковой)

Моторная алалия	Умственная отсталость
Причина возникновения	
Форма патологии речевой деятельности, которая возникает в результате избирательного, парциального расстройства психической деятельности, т. е. в результате неусвоения в онтогенезе структурно функциональных закономерностей языка при полной или относительно сохранности неязыковых психических процессов	Результат патологии познавательной деятельности
Понимание и выражение в речи причинно-следственных связей	
Лучше понимание речи, особенно при восприятии сложных синтаксических конструкций, выражающих сложные отношения между фактами действительности. Имеется попытка выражать в речи причинно-следственные связи доступными детям языковыми средствами. Такие попытки есть даже у детей с самой тяжёлой степенью расстройства языковой системы, если принимать во внимание ситуацию, контекст высказывания и невербальные языковые средства (интонацию, псевдослова, звукоподражания, «звуковые жесты», кинетическую речь)	Либо вовсе не выражают в речи причинно-следственные связи, либо выражают только самые элементарные из них
Наличие/отсутствие формально-языковых нарушений речи	
Имеются формально-языковые нарушения речи, которые проявляются в аграмматизме (на уровне синтаксиса связного текста и отдельных высказываний, на морфологическом уровне), а также в трудностях поиска слов, выбора фонем и установления порядка их следования	Речь логически бедная или даже алогичная может быть правильной в формально-языковом, в частности в грамматическом отношении
Запас знаний	
Обладают довольно большим запасом так называемых «предметных знаний», но часто не могут актуализировать их в речи	Запас знаний предельно ограничен, а нарушений их актуализации в речи может и не быть
Состояние мышления	

В большинстве случаев сохранно невербальное мышление (классификация, исключение 4-го лишнего, сравнение); степень обучаемости выше, чем при умственной отсталости; имеется критическое отношение к своей речи

Случается так, что детей с сенсорной алалией диагностируют не только как слабослышащих, но и как имеющих нарушения интеллекта. На первый взгляд, клиническая картина при сенсорной алалии действительно дает для этого основания, так же как на определенном этапе развития ребенку с нарушениями интеллекта может быть поставлен диагноз сенсорная алалия [Битова А.Л., Сафронова Е.Н., 2001].

6.3.4. Отграничение неспецифических (вторичных) расстройств речевого развития при расстройствах аутистического спектра от сходных состояний

Детский аутизм – *общее расстройство психического развития (F84)*, при котором, согласно МКБ-10, отмечают качественные нарушения социального взаимодействия, ограниченное, повторяющееся и стереотипное поведение, интересы и формы активности, нарушения символических функций и раннюю (как правило, до трех лет) манифестацию. В последние годы часто говорят о расстройствах аутистического спектра (РАС), к которым помимо *детского аутизма (F84.0)* относят *атипичный аутизм (F84.1)*, *синдром Ретта (F84.2)* и *синдром Аспергера (F84.5)*.

Детский аутизм (F84.0) – тип общего нарушения развития, который определяется наличием: а) аномалий и задержек в развитии, проявляющихся у ребенка в возрасте до трех лет; б) психопатологических изменений во всех трех сферах: эквивалентных социальных взаимодействиях, функциях общения и поведения, которое ограничено, стереотипно и монотонно. Эти специфические диагностические черты обычно дополняют другие неспецифические проблемы, такие как фобии, расстройства сна и приема пищи, вспышки раздражения и направленная на себя агрессивность.

Атипичный аутизм (F84.1) – тип общего нарушения развития, отличающийся от детского аутизма возрастом, в котором начинается расстройство, или отсутствием триады патологических нарушений, необходимой для постановки диагноза детского аутизма. Аномалии и задержки в развитии проявляются у ребенка старше трех лет и недостаточно демонстративно выражены нарушения в одной или двух из трех областей психопатологической триады, необходимой для постановки диагноза детского аутизма (а именно в

социальном взаимодействии, общении и поведении, характеризующемся ограниченностью, стереотипностью и монотонностью), несмотря на наличие характерных нарушений в другой (других) из перечисленных областей. Атипичный аутизм чаще всего развивается у лиц с глубокой задержкой развития и у лиц, имеющих тяжелое, специфическое рецептивное расстройство развития речи.

Синдром Ретта (F84.2) – это состояние, до настоящего времени обнаруживаемое только у девочек, при котором явно нормальное раннее развитие осложняется частичной или полной утратой речи, локомоторных навыков и навыков пользования руками одновременно с замедлением роста головы. Нарушения возникают в возрастном интервале от 7 до 24 мес. Характерными для детей с синдромом Ретта является потеря произвольных движений руками, стереотипные круговые движений рук и усиленное дыхание. Социальное и игровое развитие останавливается, но интерес к общению имеет тенденцию к сохранности. К 4 годам начинается развитие атаксии туловища и апраксии, часто сопровождаемые хореоатетическими движениями. Почти неизменно отмечается тяжелая умственная отсталость.

Синдром Аспергера (F84.5) – это расстройство неопределенной нозологии, характеризующееся такими же качественными аномалиями социальных взаимодействий, какие характерны для аутизма, в сочетании с ограниченностью, стереотипностью, монотонностью интересов и занятий. Отличие от аутизма в первую очередь состоит в том, что отсутствует обычная для него остановка или задержка развития речи и познания. Это расстройство часто сочетается с выраженной неуклюжестью. Выражена тенденция к сохранности вышеуказанных изменений в подростковом и зрелом возрасте. В раннем периоде зрелости периодически имеют место психотические эпизоды.

Некоторые исследователи включают в РАС и психогенные формы (психогенный парааутизм, вторичная аутизация, аутистические черты личности и др.) с аутистическим поведением [S. Greenspan, S. Wieder, 2006]. По данным многих исследователей, частота встречаемости расстройств аутистического спектра (РАС) в последние 10–15 лет значительно выросла и, по данным Центра по контролю заболеваемости (США), составляет один случай на 161 новорожденного. Сочетание высокой частоты встречаемости с разнообразием клинической картины, значительным процентом тяжелых и осложненных форм, сложностью коррекционной работы делают РАС серьезной социальной проблемой. Самым частым поводом для первого обращения за помощью является нарушение речевого развития.

Начиная с работ L. Kanner (1946), во всех описаниях клинических особенностей детского аутизма и других РАС обязательно отмечается особый характер нарушений речи, и в первую очередь подчеркивается нарушение ее коммуникативной функции: имеющиеся речевые возможности не направлены

на социальное взаимодействие, а если речь отсутствует, то ни жест, ни мимика не используются в целях компенсации.

Чтобы сделать усилия по коррекции речевых нарушений при РАС более направленными и эффективными, естественным первым шагом представляется систематизировать их не только с позиций феноменологии, но, по возможности, с учетом этиологии, патогенеза и динамики и, конечно же, в контексте общей клинической картины. В существующих работах по особенностям речи при РАС ее не рассматривают как «сквозную» психическую функцию и чаще всего ограничиваются описательной характеристикой (Л.М. Веккер). В немногих работах вопрос о генезе речевых нарушений ставится, но лишь как средство для дифференциации РАС от других нарушений развития или для разделения различных форм РАС друг от друга [Fay W.H., Schuler A.L.; 1980; Tager-Flusberg H., 1989; 1993]. Наконец, в ряде работ рассматривают различные варианты речевых нарушений, но в привязке к классификациям аутизма, разработанным на основе других показателей, например, особенностей нарушения аффективной или когнитивной сферы, оставляя без внимания то фундаментальное положение, что аутизм – общее, первазивное нарушение развития (О.С. Никольская). Такой подход, безусловно, содержит немало положительных моментов, но не позволяет говорить о речевых нарушениях при детском аутизме как таковых. Реально существующая картина в этом случае всегда искажается, особенно если говорить не только о детском аутизме, а о РАС и, прежде всего, об их осложненных и тяжелых формах.

Попытка классификации нарушений речевого развития при РАС с учетом этиологических, патогенетических, феноменологических и динамических моментов предпринята С.А. Морозовым в статье «К вопросу о систематике нарушений речевого развития» (<http://www.dobro.su/>).

Из дизонтогенетических механизмов ведущим при аутизме принято считать асинхронию, приводящую к искажению развития, в том числе и речевого [Лебединская К.С., 1992; Лебединский В.В., 2003]. Часто при F84.0 и F84.1 встречается и недоразвитие, что соответствует высокому проценту (до 70–75) умственно отсталых среди детей с аутизмом. Реже отмечают такие виды нарушения развития, как задержка и депривация. Все эти механизмы в большей или меньшей степени находят отражение в конкретных симптомах речевых нарушений при РАС.

Проявления нарушений речевого развития при РАС очень многообразны: мутизм, эхолалии, фразы-штампы и слова-штампы, отсутствие обращения, неправильное употребление местоимений, отсутствие «Я» в речи, нарушения лексики, семантики, просодики, грамматического строя речи, звукопроизношения, спонтанности высказывания и т. д., их описание приводится во многих отечественных [Лебединская К.С., Никольская О.С., 1991; Морозова Т.И., 2002] и зарубежных [Fay W.H., Schuler A.W., 1980; Lord C.,

O'Neill P.J., 1983; Tager-Flusberg H., 1989; 1993] книгах и статьях, хотя работ, специально посвященных особенностям речи при РАС, чрезвычайно мало.

Следует отметить, что все перечисленные симптомы не могут встречаться у одного ребенка. С другой стороны, у каждого из нарушений генез может быть различным. Так, например, эхолалии связывают с непониманием сказанного, с особенностями нейродинамики и процессов имитации в силу органического поражения ЦНС, с аффективными и дизонтогенетическими проблемами и, наконец, с проявлениями кататонии [Морозова Т.С., 2002]; (J. Robers). Даже сам перечень потенциально возможных вариантов природы симптома ставит вопрос не только о его квалификации, но и о дифференцированном подходе к коррекции.

Особенно значимыми представляются характеристики динамики речевого развития, объединяющей изменения: а) возрастные, б) связанные с патологическим процессом (как регрессивного, так и компенсаторного характера) и в) вызванные коррекционными воздействиями. Результирующая, отражающая реальную возрастную динамику, может оказаться различной, но все же представляется возможным выделить несколько типичных вариантов:

- первичный мутизм (с самого начала развития речь отсутствует);
- формально «правильное» развитие речи до 2–2,5 лет с последующим глубоким (до мутизма) распадом;
- формально «правильное» развитие речи до 2–2,5 лет с последующим регрессом (в 2,5–6 лет) и регрессиивно-искаженной динамикой после 5–7 лет;
- задержка (или недоразвитие) речи в сочетании с искажением ее развития;
- искаженное развитие речи.

В обобщенном виде расстройства аутистического спектра (РАС) и наиболее типичные для них варианты речевого развития представлены в табл. 6.17.

Таблица 6.17

Расстройства аутистического спектра
и соответствующие им варианты речевого развития

Блок нарушений	Шифр	Рубрика по МКБ-10	Типичные варианты речевого развития при РАС
F80-F89 Расстройства психологического развития			
Общие расстройства развития	F84		
	F84.1	Атипичный аутизм	Первичный мутизм
	F84.2	Синдром Ретта	Формально «правильное» развитие речи до 2–2,5 лет с последующим глубоким (до мутизма) распадом.

	F84.3	Другое дезинтегративное расстройство детского возраста	Формально «правильное» развитие речи до 2–2,5 лет с последующим регрессом (в 2,5–6 лет) и регрессивно-искаженной динамикой после 5–7 лет.
	F84.4	Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями	Задержка (или недоразвитие) речи в сочетании с искажением ее развития
	F84.5	Синдром Аспергера	Искаженное развитие речи (нарушение коммуникативной функции при формально правильном речевом развитии)

Критерии дифференциальной диагностики нарушений речевого развития при расстройствах аутистического спектра представлены в табл. 6.18 и 6.19.

Нарушения речи при РАС имеют ряд общих черт с речевой патологией при других состояниях, характеризующихся похожими симптомами. Ошибочно принятыми за аутизм могут быть такие аномалии развития, как умственная отсталость, шизофрения, специфические нарушения развития речи, синдром Туретта, синдром Ландау-Клеффнера, нарушение привязанности, глухота и некоторые другие нарушения. Общие черты нарушений речи при РАС и основных состояний, нуждающихся в отграничении от них, представлены в табл. 6.20.

Критерием, позволяющим отграничить *специфические расстройства языка и речи (F80)* от нарушений речевого развития у детей с *общими расстройствами психологического характера (F84)*, является оценка социализации и коммуникативных функций. Для этого, прежде всего, необходимо проанализировать, используется ли речь для коммуникации и взаимодействия с людьми, и определить, в каких аспектах языка и речи наблюдаются отклонения; этот анализ должен проводиться с учетом уровня общего развития ребенка.

Особенности их состояния могут быть выявлены путём беседы с родителями и в ходе динамического наблюдения за ребёнком. Для этого используются специальные программы и методики, в частности, программа «Каролина» для младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями, разработанная сотрудниками Клинического центра исследований развития и обучения Университета Северной Каролины (Чепел-Хилл) Нэнси М. Джонсон-Мартин, Кеннет Г. Дженс, Сьюзен М. Аттермиер, Бонни Дж. Хаккер (2005) и адаптированной специалистами Института раннего вмешательства, Санкт-Петербург. Программа позволяет оценить возможности детей по установлению социальных и коммуникативных контактов, состояние навыков самообслуживания, разговорных навыков. В рамках исследования оценивается стиль общения ребёнка с окружающими, способность к эмоциональным контактам, целенаправленному контакту «глаза в глаза».

Таблица 6.18

Дифференциальная диагностика нарушений речевого развития при
 расстройствах аутистического спектра (по С.А. Морозову)

Первичный мутизм (с самого начала развития речь отсутствует)		Формально «правильное» развитие речи до 2–2,5 лет с последующим глубоким (до мутизма) распадом
Анамнез		
Серьезных пре- и перинатальных нарушений не отмечается, наследственность может быть отягощена расстройствами шизоидного круга		Серьезных пре- и перинатальных нарушений не отмечается
Этиология		
Атипичный аутизм (F84.1), связанный с органическим поражением головного мозга	Явных знаков органического поражения ЦНС нет	Манифестация тяжелого эндогенного процесса, течение которого (с учетом лечения) будет определять всю динамику развития ребенка, включая и речевое развитие
Патогенез		
Глубокая или тяжелая степени умственной отсталости, стереотипии как при УО (примитивны по структуре, мало зависимы от окружающей обстановки; дети не столь одержимо погружены в них, как при классических формах аутизма)	Интеллектуальные нарушения выражены не столь грубо. Мутизм у таких детей связан, как правило, с сенсорной алалией	На искажение речевого развития накладываются явления распада психики, что фактически приводит к мутизму
Раннее речевое развитие		
Гуление и лепет задержаны или отсутствуют		Проходит в типичные сроки или даже несколько ускоренно. Первые слова не симпрактические. Первые фразы появляются вскоре после произнесенных слов, обычно довольно сложны по строению и, как правило, также не являются симпрактическими. Чаще всего это цитаты фраз, произнесенных другими людьми, бранные фразы
Импрессивная речь		
Понимание речи глубоко нарушено. Вместе с тем обиходная речь (касающаяся еды, прогулок и т. п.),	Понимание речи сильно нарушено, пассивный словарь минимальный или отсутствует	Понимание смысла произносимого отсутствует или затруднено, даже если это весьма сложные слова или речевые конструкции: они прежде всего отражают его внутреннее состояние и не направлены на общение; подобная речь

195

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

кажется более доступной, дети неплохо ориентируются в ситуации		не является коммуникативной. Глубина аутистических расстройств не позволяет оценить уровень развития импрессивной речи в дошкольном возрасте. При динамическом наблюдении можно определить, что импрессивная речь все-таки развивается. На это указывают появляющиеся иногда на высоте аффекта «плавающие» слова и даже фразы (хотя они не закрепляются в речи), а также способность мутичного ребенка выполнять простые инструкции по просьбе взрослых (но это возможно не всегда, а чаще только в контексте ситуации и (или) после длительной коррекционной работы)
Экспрессивная речь		
Отсутствует	Отсутствует	При переходе к речевому периоду развития (в 2–2,5 года) типичен распад экспрессивной речи. Из речи ребенка исчезают фразы, слова, появляются бессвязные вокализации, крики. Характерны стереотипные вокализации (лепетные звуки, свист, подражание неречевым звукам – скрипу дверей, пisku животных и т. д.)
Моторная сфера		
Пространственная ориентация нарушена: затрудняются при выкладывании простых пазлов, вкладышей, в соотношении предметов по цвету или форме. Большинство невербальных навыков мало доступно	Общая и тонкая моторика значительно недоразвиваются. Произвольная деятельность практически невозможна	В моторном развитии наблюдается неравномерность. В спонтанной деятельности в раннем возрасте (в доречевой период) эти дети ничем не выделяются, они пластичны, иногда грациозны, ловки, точны в движениях; несмотря на отсутствие чувства края, четко распределяют себя в пространстве. С возрастом появляются и усиливаются двигательные стереотипии, нарушается мышечный тонус, появляется все более заметная амимичность. В произвольной деятельности движения крайне нецеленаправленны, угловаты, неловки; дети не могут выполнить простейшей инструкции, даже понимая ее содержание, нарушается формирование сложных двигательных операций с предметами, снижается мышечный тонус, обедняется мимика
Поведение		
Близко к полевому, целенаправленной деятельности	Поведенческие проблемы разнообразны и глу-	Распад экспрессивной речи сопровождается выраженными аффективными расстройствами, резким снижением

практически нет, грубо нарушено	боки (негативизм, агрессия, крики и т.д.)	психического тонуса, тяжелыми нарушениями произвольной деятельности, целенаправленности. Предпочтение отдается контактным сенсорным системам: дети склонны обнюхивать, облизывать, ощупывать окружающие предметы
Коммуникативная сфера		
Отношение к окружающим индифферентное. Формальный глазной контакт есть (хотя и непродолжительный)	Коммуникация нарушена	В раннем возрасте – без особенностей. После 2,5 лет ребенок становится безразличным к контакту, не проявляет в связи с этим явных эмоциональных реакций (не стремится к контакту, но и не отвергает его, идет на руки ко всем, не выражая при этом никаких эмоций, легко остается с кем угодно и т. п.). Глазной контакт не устанавливается (смотрят мимо, насквозь, предпочитают периферическое зрение)
Игровая деятельность		
Лишена элементов одержимости. Стереотипии выражены неярко, могут даже отсутствовать		Фактически не развита, действия с предметами носят характер стереотипных нецеленаправленных манипуляций, ребенок не сосредоточивается на каком-либо предмете или действии и переходит постоянно от одного к другому
Аффективная сфера		
Страхи и тревога нехарактерны		Выявляются значительные расстройства, появившиеся после 2,5 лет: страхи, тревога
КПП заключение		
Нарушения речевого развития при РАС. Мутизм, обусловленный умственной отсталостью	Нарушения речевого развития при РАС. Мутизм, обусловленный сенсомоторной алалией	Нарушения речевого развития при РАС. Мутизм, обусловленный распадом психики

Таблица 6.19

Дифференциальная диагностика нарушений речевого развития при расстройствах аутистического спектра (по С.А. Морозову)

Формально «правильное» развитие речи до 2–2,5 лет с последующим регрессом (в 2,5 – 6 лет) и регрессиентно-искаженной динамикой после 5–7 лет	Задержка (или недоразвитие) речи в сочетании с искажением ее развития	Искаженное развитие речи (нарушение коммуникативной функции при формально правильном речевом развитии)
--	---	--

Этиология		
	Сочетаются относительно легкие органические нарушения ЦНС с эндогенными факторами	Синдром Аспергера (F84.5) и детский аутизм без снижения интеллекта (так называемый «высокофункциональный аутизм»)
Патогенез		
Почти во всех случаях интеллект сохранен, хотя его развитие отличается некоторой неравномерностью. Помимо аутизма как такового отмечаются повышенная утомляемость, астеничность детей, их гиперсензитивность, а иногда и парциальная одаренность в той или иной области знаний или искусства. Поглощенность сверхценными занятиями, углубленность в эту область затрудняют возможности охватить окружающий мир во всей его полноте, что способствует своего рода вторичной аутизации таких детей	На искажение речевого развития наслаиваются явления задержки или негрубого недоразвития. В основном у детей с таким вариантом речевого развития обнаруживается умственная отсталость (в умеренной или легкой степени), и лишь у небольшой группы отмечается формально сохранный интеллект с выраженной неравномерностью развития отдельных интеллектуальных функций	Интеллект практически во всех случаях сохранен, но и эта сторона психики развивается неравномерно. Отмечается повышенная склонность к символизации, легко усваиваются абстрактные понятия, дети хорошо оперируют ими, но в отрыве от реальной жизни: это может быть увлеченное изучение географических карт, энциклопедий, составление реальных и выдуманных схем, маршрутов транспорта и т.п. Дети проявляют большой интерес к знаку, рано учивают буквы, цифры, овладевают чтением и счетом (в основном механическим). Вначале все это происходит без побуждения со стороны взрослых, но в дальнейшем родители нередко сами поощряют такие занятия, принимая интерес к ним за проявление высокого интеллектуального потенциала. С возрастом становится очевидным, что эти увлечения носят механический характер, к ним присоединяются бесплодные фантазии, резонерство, утрачивается смысловая сторона (как эмоциональная, так и когнитивная)

Раннее речевое развитие		
До 2–2,5 лет речевое развитие в значительной степени приближено к норме. После 2–2,5 лет происходит частичный регресс «нормально» развивающейся речи	Этапы раннего речевого развития наступают позже обычных сроков и отличаются малой активностью: первые слова появляются с задержкой (в некоторых случаях с весьма значительной), обычно это типичные <i>мама, баба, папа</i> и т. п., но они не обращены к конкретным лицам и произносятся скорее в пространство. К фразовой речи дети переходят с большой хронологической задержкой по сравнению со здоровыми сверстниками, при этом спонтанная фразовая речь практически не формируется	Первые слова и фразы появляются с опрежением нормальных сроков, эхоталии нехарактерны, отмечается бурное накопление активного словаря (преимущественно номинативного), освоение сложных, грамматически правильно оформленных фраз. Иногда родителей слегка беспокоит лишь то, что речь таких детей кажется не по возрасту взрослой
Импрессивная речь		
Понимание речи сохранно		
Экспрессивная речь		
После распада в речи в 2–2,5 года могут оставаться немногочисленные слова (или фразы) – штампы. Позже, от 5 до 7 лет, речь постепенно спонтанно восстанавливается, но представлена она в основном эхоталиями и фразами-штампами. Около 7 лет появляется спонтанная речь	В основном представлена эхоталиями (отставленными) и набором слов- и фраз-штампов. Обычно в речи ребенка закрепляются те слова и фразы, которые он часто слышит; это могут быть обращенные к нему вопросы взрослых, касающиеся его витальных проблем (<i>хочешь пить, пойдешь гулять, кушать</i> и т. п.), цитаты из стихов и песен, которые ребенок стереотипно требует повторять вновь и вновь, музыкальные сказки, теле- и радиореклама. В одних случаях эхоталии и речевые штампы носят некоммуникативный, аутостимуляционный характер; иногда ребенок употребляет их как бы	Производит впечатление развитой по возрасту. Постепенно, обычно после 4–5 лет, становится понятно, что эта внешне развитая речь не выполняет в достаточной степени коммуникативной функции, ребенок не способен к длительному гибкому речевому взаимодействию с собеседником, несостоятелен в диалоге, в спонтанном выражении своих мыслей, так как его речь состоит из набора заимствований и речевых штампов, содержание которых привязано к объекту сверхценного интереса или сверхпристрастия (а иногда и влечения). Несмотря на богатый набор стереотипных фраз, в ре-

199

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

	сознательно и к месту: это бывает в тех случаях, когда он услышал слово или фразу произнесенными в ситуации положительного или отрицательного аффекта и связал их в силу симультанности восприятия с ситуацией	чи встречается много неологизмов, возникающих по различным механизмам. Свои длинные монологи ребенок произносит чаще всего на аффективно значимые для него темы, ему в значительной мере безразлично, слушают его или нет, в большинстве ситуаций речь эгоцентрична. Для некоторых детей этой группы характерно заикание, выявляющееся при переходе к спонтанной речи
Нарушения звукопроизношения		
Встречаются очень часто (сигматизм, иногда ламбдацизм и другие нарушения), но они достаточно нестойки. Когда ребенок говорит на эмоциональном подъеме, когда он уверен в себе и увлечен чем-то, звукопроизношение улучшается. Это позволяет думать о значительном вкладе моментов депривации в генез нарушений звукопроизношения и грамматического строя речи (Н.И. Григорьева, Т.И. Морозова)	Нечеткость произнесения многих звуков, замены одних звуков другими, пропуски звуков. Генез нарушений звукопроизношения может быть различным: чисто аутистические причины (малая речевая практика, несклонность к подражанию), возможность неврологических нарушений, в некоторых случаях нарушения фонематического слуха и очень редко отклонения в строении периферического речевого аппарата. Дети этой группы небезразличны к звуковой структуре слова, к ритмической организации звуковой информации и вследствие этого они, играя со словами, представляют звуки, слоги, сознательно коверкают слова, придумывая свои звуко сочетания, что часто выглядит как патологическое нарушение звукопроизношения (Н.И. Григорьева, Т.И. Морозова)	Встречаются реже, в основном они представлены ротацизмом, иногда сигматизмом, причем фонематический слух практически всегда сохранен

200

Заявка 1213166

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна

Лексико-грамматический строй речи		
Речь аграмматична. Однако по мере накопления речевой практики состояние лексико-грамматического строя речи улучшается	С возрастом развивается в основном за счет номинативного словаря, глаголы употребляются в основном в инфинитиве, мало употребляются предлоги, в незначительной степени используются категории числа, времени, рода; в спонтанной речи слова, как правило, не согласуются по падежам и лицам. Недоразвитие грамматического строя можно связать со стереотипностью деятельности ребенка, с неравномерным развитием праксиса	Грамматический строй речи не вызывает каких-либо проблем, лишь когда ребенок переходит к спонтанной речи, могут быть незначительные ошибки в употреблении глаголов
Использование личных местоимений		
Значительная задержка и нарушение (инверсия) употребления личных местоимений. Возможно спонтанное овладение	Характерна значительная задержка и нарушение (инверсия) употребления личных местоимений. Без коррекции эта особенность сохраняется долгие годы	Появление в речи личных местоимений несколько задержано по сравнению с нормой, нечасто встречается и реверсия местоимений
Нарушения просодических компонентов речи		
Выраженные нарушения встречаются во всех случаях	Отмечены во всех случаях. Наиболее характерна брадилалия, реже встречается тахилалия. Если у ребенка нет эмоционального контакта с собеседником, речь отличается монотонностью, нередко ринофоничностью, к концу фразы тон голоса или повышается, или, наоборот, затухает (в зависимости от тонуса ребенка). В условиях эмоционального контакта ребенок может адекватно (а иногда даже утрированно) перенимать интонации собеседника	Проявляются в скандированности речи, тахилалии, характерных модуляциях голоса (повышение тона к концу фразы), своеобразии интонаций и логических ударений. Здесь эта сторона речевой патологии отличается большой стойкостью и трудно поддается коррекции
Моторная сфера		
Моторное развитие таких детей в основном	В моторном развитии такие дети представляются	Общая и тонкая моторика вначале развиваются

200

201

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

соответствует возрасту: все основные этапы они проходят своевременно; в движениях довольно осторожны, у них есть чувство края, они боятся высоты и медленно, с трудом осваивают подъем по лестнице или учатся лазать по шведской стенке. Характер моторики зависит от внешних условий: в незнакомой обстановке легко появляется двигательная заторможенность, движения становятся скованными, угловатыми, принужденными; в редких случаях (обычно после 5 лет) реакции на изменение окружающей обстановки могут проходить по типу психомоторной расторможенности. Праксис нарушен негрубо, его главная черта – неравномерность: в одних видах деятельности ребенок может быть очень успешен, в других, нередко более простых, нет	наиболее сложными. На ранних этапах онтогенеза отмечается задержка моторного развития, мышечная дистония, гипер- или гипотонус, нередко стертые знаки ДЦП. Праксис грубо нарушен: навыки самообслуживания формируются долго, а иногда без специального обучения не формируются вообще. Игра обычно носит манипулятивный характер: ребенок может часами вертеть колеса игрушечной машины, выстраивать длинные ряды кубиков, трясти палочкой, ритмично стучать одним предметом по другому и т. п.	соответственно возрасту, однако моторные навыки осваиваются ребенком очень неравномерно, так как он не готов к сотрудничеству со взрослыми и часто проявляет резкий негативизм к обучению. Праксис формируется фрагментарно: те его стороны, которые связаны с особыми интересами ребенка, могут быть развиты хорошо и даже с опережением возрастных норм, тогда как другие действия, нередко более простые (например, связанные с бытовыми навыками – одевание, завязывание шнурков, застегивание пуговиц и т.д.), осваиваются с трудом и с большим запаздыванием
Поведение		
После 2–2,5 лет в поведении таких детей начинают отчетливо проявляться аутистические черты. Судя по анамнестическим данным, это начало провоцируется различными внешними факторами (соматическое заболевание, психотравмирующая ситуация). Аутизм здесь прежде всего проявляется в избегании контакта с детьми, страхах и трево-	Крайний консерватизм проявляется в так называемом «феномене тождества» – стремлении к сохранению постоянства в окружающем мире, противодействию (пассивном, в форме тревоги и страхов, или активном, в форме различных видов агрессии) любым изменениям в нем. В быту это может выразиться в стремлении сохранять обстановку в доме неизменной во всех ее дета-	Попытки вмешаться в любые виды деятельности вызывают тревогу, раздражение, агрессию или самоагрессию

201

202

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

ге, усилении стереотипий, появлении ритуалов, самоагрессии, обострении феномена тождества, регрессе речи	лях, в желании пользоваться одной и той же посудой, в трудностях перехода от одного вида сезонной одежды к другой, в избирательности в еде, в стереотипных играх, прослушивании одних и тех же книг, музыки, просмотре одних и тех же мультфильмов и диафильмов, в выборе одних и тех же маршрутов на прогулках, в педантичном следовании режиму дня и т. п.	
Отношение к окружающим		
	В конце первого и на втором году жизни отмечается так называемый «симбиоз»: ребенок требует постоянного присутствия матери, но не проявляет по отношению к ней сколько-нибудь выраженных положительных эмоциональных реакций. Дети малодоступны контакту, стремятся его избежать, не устанавливают прямого глазного контакта	Контакты с окружающим формальны, парциальны, реализуются в основном в русле сверхценных интересов, сверхпристрастий аутичного ребенка. В контактах, особенно со взрослыми (с детьми этого практически не бывает), дети не чувствуют дистанции и недостаточно избирательны, вплоть до того, что способны вступать в контакт с незнакомыми людьми. Что касается эмоциональной связи с людьми, в том числе и с близкими, то она исходно практически отсутствует и формируется с трудом; то же можно сказать о способности к сопереживанию и сотрудничеству. Будучи достаточно безразличными и холодными по отношению к другим людям, такие дети чрезвычайно сензитивны по отношению к себе и своим переживаниям, но, несмотря на это, они почти лишены чувства края, плохо чувствуют опасность; об этом необходи-

203

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

		мо знать и постоянно помнить, поскольку двигательные стереотипы таких детей сопряжены с гиперактивностью и импульсивностью, а нередко и двигательной расторможенностью
Игровая деятельность		
До 4–5 лет – достаточно стереотипная, но довольно разнообразная и гибкая; нередко присутствуют элементы символической игры		Может быть достаточно сложной, сюжетной и, как правило, с агрессивной фабулой
Аффективная сфера		
	Многообразные стереотипы, тревога, беспокойство, страх провоцируются и усиливаются при попытках наладить с ним контакт. Становятся возможными агрессия и самоагрессия	Содержание сверхценных интересов и сверхпристрастий чаще всего связано с пережитым страхом или аффективно насыщенной ситуацией, на которых ребенок фиксируется, стремится их многократно воспроизвести и пережить. Часто это со временем выливается в патологию влечений, принимает форму вербальной или физической агрессии и является содержанием стереотипных фантазий и игр ребенка

Выясняется, имеются ли у ребёнка стереотипные повторяющиеся движения и действия, наблюдается ли повышенная или пониженная двигательная возбудимость. В ходе работы над опросником выясняется, есть ли у ребёнка проблемы с усвоением социальных навыков или наблюдается «бытовой инфантилизм», рассматривает ли ребёнок картинки, узнаёт ли своё изображение в зеркале. Рассматривается также то, каким образом ребёнок исследует игрушки (кусает, рвёт, грызёт или рассматривает, ощупывает), как проявляет своё недовольство, использует ли ребёнок мимику и жесты для общения.

Аномалии языкового и речевого развития аутичного ребенка (эхолалия, метафорический язык, неологизмы, игра слов, перестановка местоимений, необычная интонация и т. д.) отражают нарушения в когнитивной, социальной и коммуникативной сферах, в то время как трудности экспрессивной и рецептивной речи неаутичных детей со специфическими нарушениями речи показывают, хотя

204

незрелое и медленное, но относительно нормальное социальное развитие, такие дети могут использовать другие средства для выражения своих нужд и интересов, т.е. они могут общаться.

Наибольшую сложность для дифференциальной диагностики представляет отделение аутизма от моторной алалии.

Таблица 6.20

Общие черты нарушений речевого развития при расстройствах
 аутистического спектра и при сходных состояниях

		Специфические расстройства языка и речи (F80)	Умственная отсталость	Эмоциональные расстройства	Специфические расстройства языка и речи (F80)	Умственная отсталость
		Сенсорная и/или моторная алалия ОНР I ур.	Системное недоразвитие речи при умственной отсталости тяжёлой степени	Элективный мутизм	Моторная алалия ОНР II-IV ур.	Системное недоразвитие речи при умственной отсталости средней и лёгкой степени
Нарушения речевого развития при расстройствах аутистического спектра (F84)	Первичный мутизм	✓ Экспрессивная речь отсутствует ✓ Импрессивная речь грубо нарушена				
	Формально «правильное» развитие речи до 2–2,5 лет с последующим глубоким (до мутизма) распадом					
	Формально «правильное» развитие речи до 2–2,5 лет с последующим регрессом (в 2,5–6 лет) и регрессиентно-искаженной динамикой после 5–7 лет	✓ В больше степени нарушена экспрессивная речь ✓ Импрессивная речь сохранна или нарушена незначительно ✓ Нарушены все компоненты языковой системы (фонетико-фонематический и лексико-грамматический) ✓ Страдают как коммуникативная, так и логическая функция речи ✓ Спонтанное развитие речи без специально организованной помощи затруднено				
	Задержка (или недоразвитие) речи в сочетании с искажением ее развития					
	Искаженное развитие речи					

205

В отличие от ОНР и алалии, при аутизме на самых ранних этапах речь может развиваться нормально, и ребенок по темпу ее развития иногда даже обгоняет здоровых сверстников. Затем, обычно в возрасте до 30 месяцев, речь утрачивается: ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда может разговаривать сам с собой или во сне. При раннем детском аутизме часто отмечается отсутствие лепета и слабое развитие функции подражания. Аутичные дети редко имеют полноценную речь. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят за пределами привычной обстановки, у них наблюдаются стойкие аграмматизмы, они почти никогда не используют личное местоимение *я* и утвердительное слово *да*. Сравнительная характеристика речи при моторной алалии и расстройствах аутистического спектра представлена в табл. 6.21.

Таблица 6.21

Сравнительная характеристика речи
 при моторной алалии и расстройствах аутистического спектра

Моторная (экспрессивная) алалия	Нарушения речевого развития при РАС
Реакция на обращенную речь	
Сохранность постоянных реакций на обращенную речь	Не реагируют на обращенную речь
Психопатологические симптомы	
Отсутствуют типичные для детей с аутизмом психопатологические симптомы	
Экспрессивная речь	
Обладают экспрессивной речью, в большинстве случаев активно используют зачатки речи (вербальной и невербальной), а также хорошо развитую у них мимикожестикуюторную речь. Отсутствуют непосредственные и отставленные во времени эхалалии	Имеется одновременное употребление «лепетных» и сложно организованных, правильных по языковой структуре высказываний; своеобразное нарушение просодии (чрезмерное замедление темпа, скандированное и рифмованное произношение)
Состояние эмоциональной сферы	
Имеется стремление к контактам, за исключением случаев речевого негативизма; наблюдается интерес ко всему новому; адекватность эмоций. Присутствует речевая инициатива, имеется потребность в общении с окружающими. Не имея достаточного объема речевых средств, они часто используют для этого коммуникативные жестовомимические средства	
Наличие/отсутствие стереотипий	
Отсутствуют стереотипии в движениях и действиях	

Как для прогноза, так и для своевременного включения адекватной лечебно-коррекционной стратегии, имеющей свою специфику для каждого расстройства, чрезвычайно важна дифференциальная диагностика *аутизма* и *рецептивных нарушений речи*.

Говоря об отличии экспрессивной алалии от детского аутизма, В.А.Ковшиков отмечает, что при полном отсутствии речи решающее значение для дифференциального диагноза имеют сохранность постоянных реакций на обращенную речь у детей с алалией и отсутствие у них психопатологических симптомов. Дифференциальный диагноз облегчается, если дети с алалией обладают экспрессивной речью. В отличие от детей с аутизмом они в большинстве ситуаций активно используют зачатки звуковой речи (вербальной и невербальной), а также хорошо развитую у них мимико-жестикультурную речь. У них нет непосредственной и отставленной во времени эхоалалии, одновременного употребления лепетных и сложноорганизованных правильных по языковой структуре высказываний, своеобразных нарушений просодии (чрезмерного замедления темпа, скандированного и рифмованного произношения). У детей с алалией в отличие от сравниваемой группы выражено стремление к контактам (кроме случаев речевого негативизма), они высказывают интерес к новому, эмоционально подвижны, и их эмоции адекватны, мимика выразительна, у них отсутствует установление рутинного порядка, стереотипии в движениях и действиях [Ковшиков В.А., 2006].

В статье О.В. Доленко «Детский аутизм и рецептивные расстройства речи» приводятся критерии дифференциальной диагностики расстройства рецептивной речи – *сенсорной алалии* – и нарушений речи при *аутизме*. Автор говорит о том, что из всех вариантов специфических нарушений развития речи (F80) при рецептивном расстройстве (F80.2) чаще наблюдаются сопутствующие эмоциональные и поведенческие нарушения, тяжесть которых не позволяет диагностировать коморбидное расстройство психики. При этом чаще отмечаются проявления гиперактивности, невнимательности, социальной неприспособленности, изоляции от сверстников, тревоги, чувствительности или чрезмерной застенчивости. У детей с более выраженными формами нарушений рецептивной речи нередко наблюдаются более тяжелые нарушения социального функционирования, возможно формирование подражательной речи с непониманием ее смысла, ограничение интересов. Диагностические критерии МКБ-10 не позволяют расценивать такие клинические проявления как симптомы из спектра нарушений общего развития, поскольку диагностика рецептивного расстройства речи (F80.2), согласно диагностическим критериям этого документа, предполагает исключение у ребенка как детского (F84.0), так и атипичного аутизма (F84.1) [The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (CDDG). Geneva, WHO. 1992. 376 p.].

Возможно, что варианты квалификации расстройств речи у данной группы детей связаны с различными семантическими трактовками понятий «перцепция» и «рецепция» в русскоязычных и англоязычных источниках информации. Если под перцепцией понимать способность целостного аналитического восприятия окружающего мира (как материального, так и социального), то очевидно, что при аутизме имеет место грубое нарушение перцепторных процессов. Рецепция – более узкое понятие и по отношению к речи включает в себя способность мозга либо различать фонемы родного языка, либо как вариант слышать услышанное слово с визуальным опытом, что имеет отношение к базовым нейрональным функциям определенных рецептивных полей. Может быть, именно поэтому визуальное подкрепление речи при рецептивных расстройствах у детей значительно облегчает понимание и является базовым условием коррекционной работы. В то же время даже глубоко аутичные дети нередко демонстрируют «чудеса» понимания речи, проявляя отставленные реакции на мимоходом оброненную фразу близких.

Однако на практике дифференциальная диагностика тяжелого нарушения рецептивной речи и аутизма весьма проблематична, особенно в дошкольном возрасте, и нередко строится исключительно на профессиональной интуиции. В сенсibilизированной ситуации первичного обследования ребенок с рецептивными нарушениями речи нередко производит впечатление глубоко аутичного. Он не дает адекватной реакции на вербальные стимулы, активно избегает вербального взаимодействия, демонстрирует другие патологические поведенческие паттерны, характерные для аутичных детей (эхолалии, недифференцированные вокализации, навязчивые движения, отсутствие произвольного поведения, тревогу, отказ от сотрудничества, неспособность к абстракции и т. п.). Данное обстоятельство свидетельствует в пользу того, что аутизм и рецептивное расстройство речи могут иметь общие генетические и нейрональные механизмы, т. е. относиться к коморбидному расстройству. Подтверждением этому служит и тот факт, что, помимо объективного роста заболеваемости аутизмом, в последние годы заметно увеличилось количество детей с рецептивными речевыми расстройствами различной степени выраженности.

Таким образом, на вопрос, что представляет собой расстройство рецептивной речи, может существовать три ответа:

- это самостоятельное расстройство;
- это часто встречающееся проявление расстройства из спектра аутизма;
- это самостоятельное расстройство, имеющее высокий уровень коморбидности с расстройствами из спектра аутизма.

Если под расстройством рецептивной речи подразумевать все случаи нарушения восприятия речи при сохранном слухе, то данная группа является

неоднородной. В частности, у некоторых детей, демонстрирующих проблемы понимания обращенной речи, но реагирующих на звуковые сигналы, обследованных в Институте отоларингологии имени А.И. Колумийченко АМН Украины отоларингологии, была выявлена слуховая нейропатия, диагностировать которую стало возможно только после внедрения в практику современных инструментальных методов обследования слуха (регистрации отоакустической эмиссии и методов регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов). В этом случае рецепторный отдел слуховой системы остается неповрежденным, но проанализировать речевой сигнал мозг не может, вследствие чего ребенок плохо понимает или не совсем понимает речь [Rapin J., GravelInt J., 2003].

Специалисты в области отоларингологии и аудиологии склонны относить данное расстройство к варианту фетопатии (Храмова Е.А., Королева И.В., 2007). Наибольшие диагностические трудности возникают при тяжелом расстройстве рецептивной речи, когда проблемы понимания обращенной речи сопровождаются нарушениями социального и коммуникативного поведения. При этом непонятно, являются ли такие поведенческие нарушения истинными нарушениями реципрокного социального взаимодействия или только имитируют их, создавая фенотипические копии качественно иных по своей биологической сущности расстройств. В англоязычной литературе такая проблема не обговаривается, по-видимому, ее обсуждение даже невозможно в связи с отсутствием в странах Западной Европы и США традиций этиопатогенетической концептуализации и клинико-динамического анализа психических расстройств. Следует отметить, что в отечественной научной литературе данная проблема также практически не освещена, однако детские психиатры довольно часто говорят о существовании как собственно расстройств из спектра аутизма, так и нарушений, протекающих под «маской» аутистических симптомов.

Стержневым нарушением при рецептивном расстройстве речи является проблема понимания обращенной речи при сохранном слухе и достаточном уровне сформированности невербального интеллекта [The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (CDDG). Geneva, WHO. 1992. 376 p.]. Такой ребенок, как правило, не реагирует адекватно на обращенную к нему речь. В тяжелых случаях реакция на речь может вообще отсутствовать, при этом ребенок создает впечатление глухого или аутичного. Как и при аутизме, может создаваться впечатление, что ребенок «то слышит, то не слышит», может реагировать на шепотную речь и не реагировать на громкую, не откликаться на свое имя, неадекватно отвечать на простые вопросы, эхалалировать.

Следует отметить и другие симптомы при выраженных нарушениях рецептивной речи, внешне схожие с аутизмом: нарушение коммуникативного

поведения, стремление к постоянству окружающей среды, тревожность, навязчивые действия (повторяющееся поведение), достаточная сформированность наглядного интеллекта, нарушение произвольной регуляции собственного поведения. Однако у многих детей данные симптомы при расстройствах рецептивной речи носят характер вторичных социально-психологических нарушений и встречаются при выраженных проблемах понимания речи и неадекватном микросоциальном окружении, а не являются патогномоничными симптомами детского аутизма [Анне Ф., 2006; Мэш Э., Вольф Д., 2003].

При более тщательном наблюдении за речевым поведением ребенка обнаруживаются симптомы, более специфические для проблемы понимания речи: он часто правильно выполняет инструкции с одной и той же формулировкой, лучше понимает речь матери, может адекватно реагировать на речевое обращение в многократно повторяющихся ситуациях, часто дает «угадывающие» ответы, «отслеживает» реакции взрослого, не избегая зрительного контакта, наглядное подкрепление обращенной речи картинками, жестами, интонацией или мимикой улучшает понимание ребенка.

При данном расстройстве экспрессивная речь нередко представлена непосредственными эхолалиями (ребенок повторяет заданный вопрос или обращение или отраженными фрагментами из речи окружающих близких, рекламных роликов, сказок, стихов и т. п.), которые употребляются им неосознанно, как правило, «вплетены» в собственные инициативные адаптированные и вполне адекватные речевые высказывания. Отраженная речь может быть плохо дифференцирована в произносительном плане и напоминать едва различимые абрисы слов. При грубых расстройствах понимания речь ребенка иногда представлена только неосознанными отраженными высказываниями, что может ошибочно трактоваться как аутистические проявления, если не анализируются другие поведенческие паттерны.

Если рецептивным нарушениям не сопутствуют серьезные нарушения произносительной стороны речи (моторная алалия, дизартрия), то, как правило, у ребенка формируется способность инициативно обращаться к окружающим, адекватно используя простые речевые высказывания, т. е. коммуникативная сторона речи не страдает (в отличие от аутизма, при котором нередко при сохранности понимания и произношения несостоятельна именно коммуникативная функция речи).

Наибольшую дифференциально-диагностическую трудность при рецептивных нарушениях речи представляют нарушения коммуникативного поведения, внешне напоминающие симптомы аутизма. Избегание вербального общения с окружающими, замкнутость и изолированность возникают в результате того, что ребенок имеет негативный опыт, когда его неспособность понять говорящего приводила к «неприятным» последствиям (рассерженность

матери, наказание за «непослушание» или неугаданные события). При условии эмоционально-комфортного окружения ребенок с проблемами понимания демонстрирует коммуникативно-активное поведение, на доступном уровне взаимодействует со взрослыми и детьми.

В кругу детей такой ребенок стремится «объединиться» с «безопасным союзником» – с низкой речевой активностью, при взаимодействии с которым ему легко инициировать, контролировать происходящее, избегает активных, общительных детей, задающих много вопросов и доминирующих в группе. В то же время, как и аутичный ребенок, на коммуникативные действия других детей реагирует либо агрессией, либо избеганием.

Как правило, ребенок с проблемами понимания речи способен продуктивно себя занять какой-либо игровой деятельностью, даже в ситуации вынужденной изолированности от других детей, речь которых он не понимает. Ребенок, страдающий аутизмом, в группе детей всегда автономен, отгорожен от остальных и чаще всего погружен в непродуктивную аутостимулирующую активность. Нередко он со стороны наблюдает за происходящим вокруг, способен спонтанно (по подражанию) включаться в двигательную активность других детей, например, «присоединяться» к совместному бегу, прыжкам, танцам; однако такое поведение аутичного ребенка не носит целевого адекватного характера. Поведение ребенка с нарушением восприятия речи в группе детей зависит от того, насколько игровая ситуация наглядна и независима от вербального контекста. Такие дети при создании эмоционально комфортного окружения в группе, как правило, довольно быстро адаптируются и способны на доступном уровне включаться в совместное игровое времяпровождение.

Большинство детей с рецептивными нарушениями достаточно продуктивны при выполнении наглядных заданий, предъявляемых в адекватной форме, когда суть задания объясняется паравербальным способом. Кроме того, такие дети вполне адаптированы в быту, легко обобщают накопленный житейский опыт, наблюдая за окружающими и правильно трактуя их социальные сигналы невербального характера.

При тяжелых рецептивных расстройствах речи ребенок стремится к постоянству окружения, но в отличие от феномена «тождества» при аутизме ребенок с рецептивными расстройствами речи стремится поддерживать неизменное окружение либо из-за непонимания вербального «обозначения» ситуации окружающими людьми, либо когда похожая ситуация ассоциируется с негативным житейским опытом. Постоянство окружающей действительности, как и при аутизме, дает ему ощущение контроля над происходящим и уменьшает психологическое напряжение, в котором он постоянно пребывает. Данный симптом почти всегда рассматривается родителями как проявление упрямства и капризности и достаточно жестко пресекается, что приводит к еще большей поведенческой дезадаптации.

Тревожность часто сопутствует расстройствам понимания речи и свидетельствует о серьезном нарушении адаптации ребенка. Степень тревоги, как правило, не коррелирует с глубиной рецептивного расстройства, а напрямую зависит от внутрисемейного контекста и ближайшего социального окружения, в котором находится ребенок.

Появление навязчивых действий всегда свидетельствует о выраженной дезадаптации, связанной как с глубиной речевого расстройства, так и с неадекватным социальным окружением (поведение членов семьи, неадекватность коррекционной работы и т. п.). Чаще навязчивые действия представлены покусыванием или облизыванием губ, потряхиванием рук, но встречаются и более сложные (приглаживание волос предварительно смоченными слюной пальцами). Как и при аутизме, данные движения носят аутостимулирующий характер, а также являются способом «сброса внутреннего напряжения», но, в отличие от аутичных детей, при рецептивных расстройствах навязчивые действия не выглядят вычурными и носят менее упорный характер.

Дети с нарушением понимания речи, как правило, отличаются гиперактивностью и импульсивностью, что свидетельствует о нарушении произвольной составляющей поведения. Это связано с тем, что в дошкольном возрасте функцию произвольной регуляции поведения выполняет речь окружающих взрослых. При нарушении понимания обращенной речи ребенок не в состоянии самостоятельно контролировать собственную импульсивность. Кроме того, гиперактивное поведение, истощаемость и импульсивность могут выступать и как сопутствующие симптомы, как при аутизме, так и при нарушениях понимания речи [Семенович А.В., 2001].

Определяющим для правильной постановки диагноза является наблюдение за динамикой состояния психической сферы ребенка в процессе коррекционной работы в условиях, адекватных дошкольному возрасту. Дети с расстройством рецептивной речи довольно быстро адаптируются к организованному социальному окружению, учитывающему специфику их проблемы (опора на наглядное подкрепление вербальных стимулов и собственный чувственный опыт ребенка, эмоционально-комфортная обстановка). Уже на ранних этапах работы они демонстрируют коммуникативную активность и способность адекватно «откликаться» на ситуацию эмоционального взаимодействия, эффективно используют жесты и мимику для компенсации нарушенного понимания речи, демонстрируют умение ориентироваться в своих действиях на оказание поддержки взрослого, правильно распознавая невербальные социальные сигналы. Если же такие дети попадают в ситуацию, понять которую можно только через восприятие вербальных стимулов, то они быстро дезадаптируются, вплоть до полного отказа от общения и проявлений мутизма [Доленко О.В., 2011].

Если у ребенка отсутствует речь, то проблема состоит в том, чтобы

определить, является ли это *элективным мутизмом* или *аутизмом*. R.M. Rauschen подчеркивает, что при раннем детском аутизме мутизм чаще выступает как проявление сниженной потребности в общении с окружающими, сочетаясь с соответствующими расстройствами поведения. Наряду с мутизмом имеются другие расстройства коммуникации: погруженность в мир собственных переживаний, отсутствие адекватных эмоциональных связей со сверстниками и близкими, наличие вычурных движений, эхолалий, употребление применительно к себе местоимений и глагольных форм во втором и третьем лице. При раннем детском аутизме, по мнению R.M. Rauschen, мутизм проявляется очень рано и не обнаруживает столь выраженной зависимости от ситуации. Особое сходство невротический мутизм обнаруживает с ранним детским аутизмом в тех случаях, когда последний связан с резидуально органической церебральной недостаточностью. В отличие от детей с РАС дети с мутизмом проявляют некоторые навыки привлечения внимания других к тому предмету, который их интересует (указание на предмет с целью попросить его, подача или показ предмета другим людям с целью показать свой интерес к нему и т. д.) Дети с аутизмом редко используют жесты для общения.

Мутизм при РАС следует отличать от различных форм *афазий*. Полное отсутствие речевой продукции не всегда обусловлено аутизмом. Больные с острым началом афазии, особенно при афазии Брока или глобальной афазии, часто не способны разговаривать в течение нескольких первых часов или дней.

Между нарушениями речи при *умственной отсталости* и *РАС* существует много схожих черт. Около 70 % людей с аутизмом проявляют также умственную отсталость (Lerea). Различия в статусе этих категорий нарушений проявляется, прежде всего, в неречевой симптоматике. Детей, первичным нарушением которых является умственная отсталость, проявляется более общая задержка развития, чем у детей с аутизмом. Дети с аутизмом имеют неровное развитие: его задержка в одних областях и норма в других; в то время как умственно отсталые неаутичные дети имеют задел развития во всех областях. Необходимо также оценить развитие социальных, коммуникативных навыков и навыков символической игры.

Большинство аутичных людей имеют очень разнообразные показатели интеллектуального функционирования при стандартном определении уровня умственного развития. Они плохо справляются с заданиями, требующими умения абстрактно мыслить, использовать символы и проследивать логическую последовательность. С другой стороны, они часто прекрасно справляются с заданиями, требующими манипулирования предметами и зрительного восприятия пространства (Ritvo, Freeman).

Наличие таких общих черт между *шизофренией* и *аутизмом*, как чрезмерная самоизоляция и уход в себя от социальных и эмоциональных контактов, зачастую затрудняет дифференциальную диагностику нарушений речи при

этих состояниях. Однако есть ряд различий, которые могут помочь специалистам отличить аутизм от шизофрении. Аутизм проявляется в младенчестве или в раннем детстве, в то время как шизофрения обычно обнаруживается в более позднем возрасте. В тех редких случаях, когда шизофрения начинается в раннем детстве, ребенок испытывает иллюзии и галлюцинации и использует речь для описания своих иррациональных мыслей. Напротив, аутичный ребенок не использует речь, чтобы поделиться с другими своими мыслями, он, как правило, не испытывает иллюзий и галлюцинаций.

Некоторые дети, которым диагностирован *аутизм*, на самом деле страдают *синдромом Ландау-Клеффнера*, который обычно проявляется у формально нормально развивающегося ребенка между 1 и 8 годами. В этом случае ребенок сначала теряет навыки рецептивной речи – либо постепенно, либо внезапно, но сохраняет при этом определенные навыки экспрессивной речи. Кроме того, периоды яркой симптоматики могут чередоваться с периодами ремиссии, за которыми опять следует ухудшение (Stefanatos et al.). В то время как невербальный интеллект у таких детей остается в норме или даже превышает норму, многие дети (около 70 %) проявляют такие симптомы, как уход в себя, агрессия, гиперактивность, отсутствие фиксированного взгляда на глазах собеседника, невосприимчивость к боли, сопротивление каким-либо изменениям, монотонность голоса, эхолалия, потеря речи, проблемы грубой и мелкой моторики, необычность походки, облизывание или обнюхивание продуктов перед тем, как их съесть, ритуальность, необычные реакции на звуковые стимулы, нарушения режима сна. Б. Римланд считает, что основная причина недиагностирования синдрома Ландау-Клеффнера состоит в том, что многие педиатры, психиатры, психологи, логопеды, которые встречают детей с поздним проявлением рецептивной афазии, ничего не знают о синдроме Ландау-Клеффнера (Rimland).

Ниже приводятся диагностические критерии для определения синдрома Ландау-Клеффнера, предложенные Б. Римландом:

- ✓ нормальное развитие, своевременное овладение речью и нормальное развитие речи в первые 3–7 лет (у детей с аутизмом аутистические симптомы проявляются до трехлетнего возраста);
- ✓ потеря рецептивной речи при сохранении экспрессивной;
- ✓ «телеграфическая» речь, мало глаголов;
- ✓ подозрение на глухоту;
- ✓ ребенок расстроен, озадачен происходящими в нем изменениями;
- ✓ нарушения режима сна;
- ✓ специфические энцефалографические показатели во время сна.

Очень важно идентифицировать таких детей, потому что раннее лечение синдрома Ландау-Клеффнера может значительно, или даже полностью,

скорректировать речевые и поведенческие проявления этого синдрома (по данным <http://www.autism.ru/>).

6.3.5. Отграничение неспецифических (вторичных) расстройств речевого развития при сенсорной патологии от иных типологических вариантов речевых расстройств

Исключительная роль слуха в развитии детской речи определяет необходимость дифференциации общего недоразвития речи от речевых расстройств, обусловленных нарушениями слуха (ранее называвшимися тугоухостью) – *кондуктивной и нейросенсорной потерей слуха (Н90)*.

Выделяют следующие группы детей с недостатками слуха.

1. Неслышащие – дети с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса. Эта группа разделяется на подгруппы: неслышащие без речи (дети, родившиеся глухими или потерявшие слух в возрасте до 2–3 лет, до формирования речи) и неслышащие, потерявшие слух, когда речь практически была сформирована – у таких детей необходимо предохранять речь от распада, закреплять речевые навыки.

2. Слабослышащие – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие.

Недостаточность функции слухового анализатора приводит к нарушению развития всех сторон речи: фонетической, лексической, грамматической, смысловой, а в некоторых случаях и к полному отсутствию речи. Степень речевой недостаточности зависит не только от тяжести слухового дефекта, но и от времени его появления и от условий развития ребенка.

В обобщённом виде данные, позволяющие соотнести перечисленные диагнозы с возможными клинико-психологопедагогическими заключениями, представлены в табл. 6.22.

При проведении дифференциальной психолого-педагогической диагностики необходимо исключить возможность наличия компонента снижения слуха – провести аудиологический скрининг. Он может быть проведен в любом возрасте и позволяет установить, находится ли слух на нормальном уровне или снижен. В настоящее время разработаны методы объективной оценки состояния слуха уже в период новорожденности с помощью электрокорковой аудиометрии. Важным критерием риска возможности нарушений слуха у детей являются данные анамнеза. Известно, что краснуха, корь, грипп, вирус герпеса у матери в первом триместре беременности и другие вирусные и инфекционные заболевания во время беременности неблагоприятно влияют на слуховой аппарат ребенка. Нарушения слуха чаще наблюдаются при недоношенности.

Таблица 6.22

215

Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха

Блок наруш ений	Шифр	Рубрика по МКБ-10	Психологопедаг огическое заключение	Клиникопедагог ическое заключение
H90-H95 Другие болезни уха				
Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	H90			
	H90.0	Кондуктивная потеря слуха двусторонняя	Нарушение средств общения. Общее недоразвитие речи (ОНР)	
	H90.1	Кондуктивная потеря слуха односторонняя с нормальным слухом на противоположном ухе		
	H90.2	Кондуктивная потеря слуха неуточненная		
	H90.3	Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя		
	H90.4	Нейросенсорная потеря слуха односторонняя с нормальным слухом на противоположном ухе		
	H90.5	Нейросенсорная потеря слуха неуточненная		
	H90.6	Смешанная кондуктивная и нейросенсорная тугоухость двусторонняя		
	H90.7	Смешанная кондуктивная и нейросенсорная тугоухость односторонняя, с нормальным слухом на противоположном ухе		
	H90.8	Смешанная кондуктивная и нейросенсорная тугоухость неуточненная		

Причиной нарушения слуха может быть и алкоголизм матери во время беременности, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору,

несовместимость группы крови матери и плода, вызывающие желтушность новорожденного или неврологические расстройства, обозначаемые клинически как билирубиновая энцефалопатия. Кроме того, к группе риска по нарушениям слуха относятся дети с различными отоларингологическими заболеваниями (аденоиды, отиты и др.), а также дети с различными хромосомными и наследственными заболеваниями. К группе риска относятся также и дети, имеющие родителей или родственников с врожденными нарушениями слуха. Внимание должно быть обращено и на частые воспалительные заболевания среднего уха — повторяющиеся отиты, возникающие в критические периоды развития слуховой и речевой системы.

При оценке слуховой функции специалист рассматривает следующие параметры:

- ✓ какова реакция ребёнка на бытовые звуки? Различает ли он звонок мобильного и стационарного телефона, звонок в дверь. Показательны реакции на короткие высокочастотные сигналы (например, микроволновой печи), на высокочастотные звуки. Выясняется, слышит ли ребёнок пение птиц, тиканье часов. Оценивается реагирование ребёнка на случайный звук: падение предмета в другой комнате, включение рекламы по телевизору;
- ✓ нет ли у ребёнка каких-либо звуковых предпочтений (мужские или женские голоса);
- ✓ не возникает ли у ребёнка проблем, когда он не видит губы говорящего?

При проведении беседы следует опираться на наблюдения родителей, однако следует принимать во внимание, что не всегда эти сведения будут объективны. Это происходит отчасти из-за недостаточной наблюдательности родителей, иногда из-за подсознательного желания показать ситуацию в лучшем, чем это есть, свете.

Более детально при помощи психолого-педагогических методов диагностики оценить состояние слуховой функции ребёнка можно, опираясь на рекомендации Н.Д. Шматко и Т.В. Пельмской. Для исследования слуха авторы диагностической методики предлагают использовать барабан (высокие частоты), дудку (средние частоты) и погремушку (низкие частоты). Для того чтобы правильно провести диагностику, необходимо ввести обучающий компонент в исследование — сформировать зрительную реакцию на звук. Например, в ответ на удар барабана ребёнок бросает пуговицу в коробку. Исследование начинается с самого тихого звука на максимальном расстоянии. Если ребёнок не реагирует, исследователь приближается [Шматко Н.Д., Пельмская Т.В., 1995]. Нормальной реакцией на звук считается поворот головы в сторону звука, поведение глаз, «поза прислушивания» — замедление движений.

Исследование слуховой функции можно проводить при помощи «Гороховой методики» И.В. Калмыковой. Для обследования ребёнка

используются три коробочки из-под фотоплёнки или «киндерсюрприза», на две трети заполненные горохом, гречей и манкой (70–80, 60–50 и 30–40 децибелл соответственно) [Васильева Т.П., Калмыкова И.В., Леушина Л.И., Невская А.А., 1998].

При помощи этой методики можно оценить состояние слуха детей раннего возраста. При оценке слуха ребёнка от 0 до 1 года необходимо учитывать, что реакция на звук изменяется у него в соответствии с этапами моторного развития. С рождения до трех месяцев мышечный тонус повышен. Реакция на звук проявляется в «подтягивании» мышцы тела (реакция Моро). Ребёнок плачет или, наоборот, успокаивается при резком звуке, источник которого находится на расстоянии 1,5 м. С трех месяцев, когда ребёнок уже уверенно держит голову, по наблюдениям Ж. Пиаже, возникает безусловно ориентировочная реакция на звук. К шести месяцам ребёнок начинает самостоятельно сидеть. Это позволяет ему поднимать и опускать голову выше или ниже уровня глаз. В возрасте девяти месяцев ребёнок встаёт. Это позволяет ему локализовывать звуки, которые находятся у него за спиной. Расстояние до звучащего объекта постепенно увеличивается до 5–6 м. С года ребёнок в норме должен распознавать звуки любой частоты на расстоянии 6 м.

При обследовании слуха логопед может столкнуться с явлением, которое носит название «меняющийся слух». Ребёнок не реагирует на громкий звук и вместе с тем реагирует на тихий; по-разному реагирует на звуки разной частоты и т. п. Такое явление будет свидетельствовать либо о нарушении интеллекта, либо о сенсорной алалии. Также факторами, которые могут указывать на снижение слуха, соответствующее I – II степени тугоухости, будет произнесение свистящих звуков с призубным призвуком. Это обусловлено тем, что данная группа хуже всего распознаётся слабослышащими. Для устной речи данной категории детей характерно произнесение звуков с нозальным оттенком (кроме тех случаев, когда нозализация вызвана наличием неврологических нарушений или расщелин твёрдого и мягкого нёба). Тембр голоса может не соответствовать конституциональным особенностям.

Аудиологический скрининг может быть проведён логопедом, дефектологом, психологом. Если ребенок не прошел скрининговый тест, он должен быть направлен на более детальное обследование. Если специалист выявляет особенности слуха, он направляет ребёнка на специальное аудиологическое обследование. Основные задачи исследования слуха у детей:

- ✓ наличие или отсутствие слуха;
- ✓ определение остроты слуха;
- ✓ определение степени нарушения слуха;
- ✓ определение того, на каких частотах произошло нарушение слуха;
- ✓ определение уровня поражения органа слуха.

При исследовании слуха у новорожденных и детей грудного возраста,

которые не могут дать точный поведенческий ответ на звук, для получения информации о состоянии слуха используются объективные методы, такие как коротколатентные слуховые вызванные потенциалы (КСВП). Во время тестирования через наушники подаются щелчки или тональные сигналы. КСВП дает информацию о функции слуховых проводящих путей мозга на уровне ствола мозга. Зарегистрированный ответ на щелчки или тоны характеризует слуховую чувствительность.

В группе детей дошкольного возраста широкое распространение получила игровая тональная и речевая аудиометрия. При этой методике игровая активность используется как специфический стимул для ответа детей на воздействие слуховых сигналов. Противопоказаниями к её применению является ранний возраст ребёнка.

Игровая тональная аудиометрия не используется при исследовании слуха у детей со снижением интеллекта.

Для ограничения кондуктивной тугоухости от нейросенсорной применяется тимпанометрия (импедансометрия) – метод диагностики патологии среднего уха, протекающей с вовлечением барабанной перепонки, полости внутреннего уха и слуховых косточек. Тимпанометрия не используется при обследовании детей младше шести месяцев из-за большой податливости у них стенок наружного слухового прохода [Нейман Л.В., Богомильский М.Р., 2001].

Нарушения речевого развития *при кондуктивной и нейросенсорной потере слуха (H90)* следует отличать от *специфических расстройств развития речи и языка (F80)* – прежде всего от речи детей с моторной и сенсорной алалией.

Отличие сенсорных алаликов от глухих или тугоухих детей определяется отсутствием у них нарушений физического слуха и в то же время неполноценностью специфического речевого. При нормальном речевом развитии дети обучаются говорить, слушая речь взрослых. Это обеспечивается наличием физического слуха и формирующейся на его базе способностью воспринимать и понимать то, что говорят другие, т. е. за счет речевого слухового гнозиса и фонематического слуха. Если же эти каналы не активированы, то ребёнку не на что опереться, неоткуда взять образец того, как и что надо говорить. Дети с сенсорной алалией слышат речь, но не различают, не распознают ее единицы, не понимают их значения. Аналогично этому мы слышим, но не понимаем тех, кто говорит на неизвестном нам иностранном языке [Визель Т.Г., 2005].

Для понимания характерных слухоречевых особенностей у детей с сенсорной алалией представляется целесообразным дифференцировать симптомы, характерные для сенсорной алалии, с тугоухостью, возникшей в доречевом периоде.

Значение нормального состояния слуха для формирования речи ребенка общеизвестно, поэтому во всех случаях нарушения развития речи прежде всего

219

необходимо тщательное исследование слуховой функции ребенка. Следует подчеркнуть важность тональной аудиометрии, так как оценка слуха только на основании исследования разговорной и шепотной речи может привести к ошибочному заключению о наличии у ребенка центральных нарушений типа алалии [Битова А.Л., Сафронова Е.Н., 2001].

Правильный дифференциальный диагноз между глухотой и сенсорной алалией имеет большое значение, так как лечение и обучение глухого ребенка принципиально отличаются от лечения и обучения алалика [Визель Т.Г., 2005]. Основные параметры, позволяющие отграничить моторную и сенсорную алалию от слухонемоты, представлены в табл. 6.23.

У детей при *кондуктивной и нейросенсорной потере слуха (H90)* могут наблюдаться нарушения звукопроизношения. Довольно часто они смешиваются как со *специфическими расстройствами артикуляции (F80.0)*, прежде всего, дислалиями, так и с дизартриями – *Дизартрия, анартрия (R47,1)*. Общим для этих состояний является нарушения произносительной стороны речи. Нарушения звукопроизношения часто встречаются и при *умственной отсталости (F70-F79)*.

Таблица 6.23

Сравнительная характеристика речи при моторной и сенсорной алалии и слухонемоте (по Г.А. Волковой)

Моторная алалия	Сенсорная алалия	Слухонемота
Слуховая функция		
Сохранна		Нарушена
Возможность спонтанного овладения языком		
Существует (ограниченная и дефектно-проявляющаяся) возможность спонтанного овладения речью. Даже в тяжёлых случаях присутствует элементарная звуковая речь (отдельные слова-корни, псевдослова, звукоподражания)		Вне специального обучения речь не проявляется
Просодия (мелодика, ритм, паузация, ударение)		
	Сохранена	Нарушена
Мимико-жестикulatoryная речь		
Обычно сопровождается словами (если они у ребёнка имеются) и невербальными вокализациями		Не наблюдается

Разграничение этих состояний включает три стадии [Ка план Г.И., 1994]. Сначала необходимо определить, является ли расстройство артикуляции настолько выраженным, чтобы считаться патологическим (например, до четырёх лет многие дети имеют расстройства артикуляции), затем исключить органическую патологию (нарушения в строении артикуляторного аппарата и его иннервации), нарушения слуха и умственную отсталость и, наконец, убедиться, что экспрессивная речь сохранена либо нарушена в незначительной мере. Для исключения факторов физического характера проводится неврологическое исследование и аудиометрия. Критерии, позволяющие осуществить дифференцированную диагностику нарушений артикуляции [Каплан Г., Сэдок Б., 1994], представлены в табл. 6.24.

Таблица 6.24

Отграничение нарушений звукопроизношения у
 слабослышащих от сходных состояний

Дизартрия	Патология слуха	Дислалия	Умственная отсталость
Речевая функция			
Норма	Норма	Норма	Снижена
Результаты исследование специалистов			
Наблюдается патология губ, языка, нёба, жевания, сосания, координации	Патология слуха, выявляемая при аудиометрии	Норма	Психиатром и психологом выявляется снижение интеллекта
Быстрота речи			
Медленная, при увеличении темпа нарушения артикуляции	Норма	Как правило, норма	Снижена
Пораженные звуки			
Все звуки, включая гласные	<i>ф, т, ш, щ, с</i>	<i>р, ш, щ, ж, ф, в, с</i>	Нет специфики

Слухонемоту необходимо отличать от *алалий*. При алалиях существует возможность, правда ограниченная и в целом дефектно проявляющаяся, спонтанного усвоения языка (определённого числа его единиц и правил их функционирования), наличие даже в тяжёлых случаях элементарной звуковой речи: отдельных слов – корней, псевдослов, звукоподражаний и т. п. У глухого же вне специального обучения речь не появляется. У детей с алалией сохранна просодия (мелодика, ритм, паузация, ударение), у глухих она нарушена. Мимико-жестикультурная речь обычно сопровождается словами (если они у ребёнка

имеются) и невербальными вокализациями, чего не наблюдается у глухих. Симптоматика поражения нервной системы у детей с алалией встречается чаще. У большинства детей высокий по сравнению с глухими уровень развития интеллекта, особенно в дошкольном возрасте и до начала специального обучения [Ковшиков В.А., 2006].

Нарушения речи при тугоухости также необходимо отличать от *алалий*. У страдающих алалией нормальный слух, понимание речи возможно без зрительной опоры на артикуляцию говорящего, нормальная просодия (у детей с тугоухостью она, как правило, дефектна), голос по всем характеристикам без патологии. В дошкольном возрасте у многих в более поздние сроки появляются зачатки экспрессивной речи. Что касается нарушений структурнофункциональной стороны языка (нарушение функционирования синтаксической, морфологической, лексической и фонематической его подсистем), то у двух сравниваемых групп обнаруживается немало общего, по крайней мере чисто внешне [Ковшиков В.А., 2006].

Сурдомутизм (от лат. *surdus* – глухой, *mutus* – немой) – глухонемота. Она может быть врожденным, генетически обусловленным дефектом (глухонемые), однако этот термин обычно применяется для характеристики глухонемоты, развившейся у больного при отсутствии органических поражений слухового аппарата и речевых корковых отделов и имеющей в своей основе невротический (истерический) механизм. Сурдомутизм относится к острым расстройствам психической деятельности. (Встречался очень часто в военное время как следствие контузии). Он чаще возникает при баротравме (например, в момент сильного взрыва). В этом случае черепно-мозговая травма вызывается воздействием воздушной волны, сильного звука, колебаниями атмосферного давления (баротравмы), эмоциональным стрессом (испуг).

В отличие от глухонемоты, обусловленной стойким органическим нарушением слуха, сурдомутизм носит временный характер. Речь и слух при сурдомутизме обычно быстро восстанавливаются под влиянием растормаживающей терапии, а иногда и без специального лечения. В отдельных случаях заболевание принимает затяжной характер и требует комплексного воздействия врачей (психоневрологов и оториноларингологов) и педагогов (логопедов, сурдопедагогов).

**Образцы заключений специалистов, сделанных
по результатам психолого-медико-педагогической диагностики**

Образец нейропсихологического заключения

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

Образец педагогического заключения

Фамилия, имя ребенка _____
Возраст _____
Школа № (д/сад) _____ класс (группа) _____
Общие впечатления о ребенке _____
Общая осведомленность и социально-бытовая ориентировка Сведения
ребенка о себе и своей семье _____
Знания и представления об окружающем Сформированность
учебных навыков _____
Общая оценка учебных навыков (соответствие знаний, умений и навыков
требованиям программы) _____
Математика Характер
ошибок Чтение _____
Характерные ошибки чтения _____
Письмо _____
Ошибки письменной речи _____
Ошибки устной речи _____
Эмоционально-поведенческие особенности _____
Заключение и рекомендации по обучению _____
Дата обследования _____ Подпись педагога _____

Образец логопедического заключения

Фамилия, имя ребенка _____ Возраст _____
Школа № (д/сад) _____ Класс (группа) _____
Краткий анамнез раннего речевого развития _____
Речевая среда и социальные условия _____
Общая и мелкая моторика _____

223

Артикуляционный аппарат (строение и функционирование)

Устная речь:

Общее звучание речи, ее темп и плавность _____

Понимание речи _____

Активный словарь _____

Грамматический строй речи _____

Фонематическое восприятие _____

Звукопроизношение _____

Звукослоговая структура слов _____

Звуковой анализ, синтез _____

Связная речь _____

Письменная речь:

Чтение _____

Письмо _____

Заключение _____

Рекомендации _____

Дата обследования _____ Подпись логопеда _____

Образец заключения психолога

Фамилия, имя ребенка _____

Возраст _____

Школа № (д/сад) _____

Класс (группа) _____

Запрос

направляющей организации _____

Жалобы родителей _____

Внешний вид и поведение ребенка в ситуации обследования

Темп работы и работоспособность _____

Общая осведомленность ребенка (социально-бытовая ориентировка)

Особенности латерализации _____

Характеристика моторики, в том числе графической деятельности (рисунок, письмо) _____

Характеристика внимания _____

Характеристика сформированности функций программирования и контроля

Особенности запоминания, мнестической деятельности _____

Особенности речевого развития _____

Формирование пространственных и квазипространственных представлений (в том числе пространственный анализ и синтез), понимание сложных речевых конструкций, употребление предлогов

Характеристика интеллектуального развития _____

Характеристика мотивационно-волевой сферы _____

Эмоционально-личностные особенности _____

Характер межличностных отношений _____



224

Заключение психолога _____

Рекомендации _____

Дата обследования _____ Подпись психолога _____

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

225 **Международная статистическая классификация болезней.
Травм и причин смерти 10-го пересмотра**

F70–F79	Умственная отсталость¹
F70	Лёгкая умственная отсталость
F71	Умеренная умственная отсталость F72 Тяжёлая умственная отсталость F73 Глубокая умственная отсталость F78 Другая умственная отсталость
F79	Неуточнённая умственная отсталость

Для уточнения степени нарушения поведения можно использовать четвёртый знак:

F7x.0	Минимальные поведенческие нарушения или отсутствие их
F7x.1	Значительные поведенческие нарушения, требующие внимания или лечебных мер
F7x.8	Другие поведенческие нарушения
F7x.9	Поведенческие нарушения не определены

F80–89	Нарушения психологического развития F80
	Специфические расстройства речи
F80.0	Специфические расстройства артикуляции речи F80.1 Расстройства экспрессивной речи
F80.2	Расстройства рецептивной речи
F80.3	Приобретённая афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера)
F80.8	Другие расстройства речи.
F80.9	Расстройства развития речи, неуточнённые.

**F81 Специфические расстройства развития
школьных навыков**

F81.0	Специфическое расстройство чтения
F81.1	Специфическое расстройство спеллингования F81.2 Специфическое расстройство навыков счёта F81.8 Другие расстройства школьных навыков
F81.9	Расстройства развития школьных навыков, неуточнённые

**F82 Специфические расстройства развития
школьных навыков**

F83	Смешанные специфические расстройства F84
------------	---

Общие расстройства развития

¹ Термин «умственная отсталость» теперь уже вышел из употребления. В настоящее время используется термин «сниженность интеллекта».

F84.0	Детский аутизм Атипический
F84.1	аутизм
.10	Атипический в возрасте начала
.11	Атипический в возрасте симптоматики
.12	Атипический и в возрасте начала. И в симптоматике
F84.2	Синдром Ретта
F84.3	Другое дезинтегративное расстройство детского
возраста	
F84.4	Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной
отсталостью и стереотипными движениями	
F84.5	Синдром Аспергера
F84.8	Другие общие расстройства развития
F84.9	Общее расстройство развития, неуточненное
F88	Другие расстройства психологического
развития	
F89	Неуточнённое расстройство психологического развития
F90–F98	Поведенческие и эмоциональные расстройства,
начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте	
F90	Гиперкинетические расстройства
F90.0	Нарушение активности внимания
F90.1	Гиперкинетическое расстройство поведения F90.8
	Другие гиперкинетические расстройства
F90.9	Гиперкинетическое расстройство, неуточнённое
F91	Расстройство поведения
F91.0	Расстройство поведения, ограничивающееся
условиями семьи	
F91.1	Несоциализированное расстройство поведения F91.2
	Социализированное расстройство поведения F91.3
	Опозиционно-вызывающее расстройство
F91.8	Другие расстройства поведения
F91.9	Расстройство поведения, неуточнённое
F92	Смешанные расстройства поведения и эмоций
F92.0	Депрессивное расстройство поведения F92.8
	Другие смешанные расстройства поведения
F92.9	Смешанное расстройство поведения и эмоций,
неуточнённое	

227

F93 Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста

F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте

F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста

F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста

F93.3 Расстройство сиблингового соперничества

F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста

.80 Генерализованное тревожное расстройство детского возраста

F93.9 Эмоциональное расстройство детского возраста, неутонченное

F94 Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста

F94.0 Элективный мутизм

F94.1 Реактивное расстройство привязанностей детского возраста

F94.2 Расторможенное расстройство привязанностей детского возраста

F94.8 Другие расстройства социального функционирования детского возраста

F94.9 Расстройства социального функционирования детского возраста, неутонченное

F95 Тикозные расстройства

F95.0 Транзиторное тикозное расстройство

F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозные расстройства

F95.2 Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта)

F95.8 Другие тикозные расстройства

F95.9 Тикозное расстройство, неутонченное

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F98.0 Неорганический энурез

.1 Только ночной энурез

.2 Только дневной энурез

.3 Ночной и дневной энурез

F98.1 Неорганический энкопрез

.10 Неспособность приобретения физиологического контроля кишечника

228

.11 Адекватный контроль кишечника и дефекация в
 неадекватных местах с нормальной консистенцией кала

.12 Загрязнения в связи с жидкой консистенцией кала

F98.2 Расстройство питания в младенческом возрасте

F98.3 Поедание несъедобного (пики) в младенчестве

и детстве

F98.4 Стереотипные двигательные расстройства Без

.40 самоповреждений

.41 С самоповреждениями

.42 Смешанное

F98.5 Заикание Речь

F98.6 взхлёб

F98.8 Другие специфические поведенческие и эмоцио-
 нальные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом
 возрасте

F98.9 Неуточнённые поведенческие и эмоциональные
 расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F99 Неуточнённое психическое расстройство

F99 Психическое расстройство (без других указаний)

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

Этапы диагностирования

Е.В. Воробьева предлагает следующее выделение этапов в структуре диагностирования:

1. Сбор данных о состоянии системы в целом, подсистемы в данный момент времени (формирование эмпирической базы диагноза).

2. Интерпретация информации об основных параметрах системы, которые характеризуют нормальное функционирование жизнедеятельности организма и функционирование на данный момент.

3. Сравнение двух видов информации, которая приводит к выявлению степени рассогласования наличного состояния данной системы с оптимальным ее состоянием.

4. Выдвижение диагностических гипотез: генерализированной – в виде первоначального представления, частных – в порядке конкретизации генерализованного предположения, увязывания выявленной симптоматики с дифференцированным комплексом возможных диагнозов.

5. Верификация гипотез: сопоставление выявленной «картины» с известными диагностическими эталонами, дифференциальная диагностика, установление окончательного обоснованного диагноза.

6. Выработка управляющего сигнала, т. е. того воздействия со стороны субъекта, которое необходимо и достаточно для того, чтобы привести систему в оптимальное состояние.

7. Прогноз – это предсказание того, что будет, если вмешаться и что произойдет при тех или иных способах вмешательства или при невмешательстве.

8. Осуществление программы воздействия на выпавшую из нормального состояния с помощью практических средств.

Л.Н. Давыдова предлагает иную модель диагностического процесса, представляя его как трехступенчатую последовательность:

1. Преддиагностирование (заключается в подготовке к следующей стадии и состоит из таких операций, как разработка стратегии и тактики диагностирования с учетом цели и специфики решаемой задачи, получении материалов для диагностирования и предварительной их обработки).

2. Собственно диагностирование (включает формирование образа, сопоставление объекта по выделенным признакам с нормой и эталоном).

3. Постдиагностирование (заключается в том, что полученный результат подвергается оценочно – аналитической деятельности диагноста. Результат соотносится с целью.). В случае необходимости проводится дополнительное обследование, направленное на уточнение частного аспекта задачи или

230

повторяется вся процедура заново. Целостный образ объекта расщепляется на признаки, которые в ходе диагностического процесса снова воссоединяются, т.е. диагностирование протекает не как единичный акт, а как серия повторяющихся актов, дающих все более точный результат.

И. Корч предлагает следующую классификацию этапов диагностического процесса:

1. Диагностическое обследование объекта и сбор диагностической информации.
2. Обработка данных и составление предположительных вариантов диагноза.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Обоснование и оценка диагноза.
5. Дополнительное обследование объекта и сбор недостающей информации.

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

Курс лекций составлен на основе:

231

1. Елецкая О.В., Тараканова А.А. Психолого-педагогическая диагностика детей с нарушениями речи. – СПб., 2012.
2. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М.: Просвещение, 2005.
3. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Психолого-педагогическая диагностика детей и подростков с речевыми нарушениями: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. зав. – СПб.: Каро, 2015.
4. Лалаева Р.И. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в дошкольных образовательных учреждениях. – СПб., 2011.
5. Лалаева Р.И., Парамонова Л.Г., Шаховская С.Н. Логопедия в таблицах и схемах: учеб. пособие для студ. дефектолог. фак-тов пед. вузов по курсу «Логопедия». – М., 2009.
6. Логопедия / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2012.
7. Психолого-медико-педагогическая консультация / под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб., 1999.
8. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психологического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб.: Речь, 2015.
9. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Академия, 2012.



Система дистанционного обучения

Педкампус



Система дистанционного обучения

Педкампус

pedcampus.ru