«ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ»

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОБСЛЕДОВАНИЮ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

г. Южно-Сахалинск

2020 г.

Дифференцированный подход к обследованию детей с задержкой психического развития и интеллектуальными нарушениями /составитель: Янченкова Ю.Ю., учитель-дефектолог ЦПМПК – 2020 г.

Методические рекомендации адресованы учителям-дефектологам и специалистам ТПМПК. В методических рекомендациях представлен теоретический материал об особенностях дифференцированного подхода к обучению и воспитанию детей с задержкой психического развития и интеллектуальными нарушениями.

Содержание

Введение…………………………………………………….………………........4

1.Определение понятия дифференциальная диагностик……………………...6

2. Основные подходы к психологической диагностике интеллектуальной недостаточности у детей ………………………………………………………..8

3. Дифференциальная диагностика детей с ЗПР и умственной отсталостью легкой степени………………………………………………………………. ...11

Заключение……………………………………………….……………………..17

Список использованной литературы………………….………………............18

Введение

Вопросами дифференциальной диагностики задержки психического развития и сходных с ней состояний занимались многие отечественные ученые (М.С. Певзнер, Г.Е. Сухарева, И.А. Юркова, В.И. Лубовский, С.Д. Забрамная, Е.М. Мастюкова, Г.Е. Шауманов, О. Монкявичене, К. Новакова и другие).

На ранних этапах развития ребенка трудность представляет разграничение случаев грубого речевого недоразвития, моторной алалии, умственной отсталости, аутизма и задержки психического развития. Особенно важно различать умственную отсталость и ЗПР церебрально-органического генеза, поскольку в том и другом случае, у детей отмечаются недостатки познавательной деятельности в целом и выраженная дефицитарность модально-специфических функций.

Помимо общих закономерностей аномального развития ребенка выделяются и специфические, свойственные отдельным его типам и выступающие как дифференциально-диагностические критерии. Однако таких закономерностей установлено гораздо меньше, чем общих, и это обуславливает трудности дифференциальной диагностики нарушений. В результате сочетания первичных и вторичных нарушений формируется сложная картина развития, которая, с одной стороны, индивидуальна у каждого ребенка, а с другой – имеет много сходных характеристик в пределах каждого типа отклоняющегося развития.

Лубовский В.И. выделил 3 основные задачи, которые решает психологическая диагностика аномального детского развития:

1) Первая задача - получение сведений об уровне интеллектуального и об особенностях психического развития ребенка при обследовании детей на медико-педагогических комиссиях, это имеет существенное значение для определения типа учебного учреждения, наиболее адекватного для обучения ребенка.

2) Вторая задача – выявление индивидуально-психологических особенностей ребенка для обеспечения обоснованного дифференциального подхода в процессе обучения и воспитания.

3) Третья задача – состоит в оценке динамики психического развития ребенка с аномальным развитием, что необходимо для определения эффективности методов, содержания и средств обучения.

**1. Определение понятия дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика **–** процесс отграничения состояний нарушенного развития от других, не редко сходных внешне, но имеющих разную природу возникновения и требующих разных условий для их преодоления

*Задачи при диагностике психического развития.*

Основной задачей дифференциальной диагностики является классификация нарушения в развитии с отнесением данного конкретного случая к определенному варианту дизонтогенеза и педагогической группе.

Вместе с тем дифференциальная диагностика решает следующие важные задачи:

1. отграничение друг от друга сходных картин аномального развития различного генеза;
2. выявление первичности или вторичности конкретного дефекта;
3. изучение атипичного протекания дизонтогенеза;
4. определение роли различных дефектов при сложных, комплексных отклонениях;
5. выявление связи между дизонтогенетическими (признаки нарушенного развития) и энцефалопатическими (повреждение мозговых структур) расстройствами.

Необходимость и важность отграничения сходных состояний диктуются несколькими обстоятельствами.

Во-первых, это трудность диагностики самого дизонтогенеза и симптомов недоразвития внутри него. Ни большой клинический опыт врача, ни одна из психологических методик не гарантируют безошибочного распознавания, например, умственной отсталости у детей, особенно в раннем возрасте. В таких условиях давать заключение, не сопоставив картину нарушений с другими, на первый взгляд похожими состояниями, необоснованно и опасно, если учесть вытекающие для ребенка и семьи последствия.

Во-вторых, многие синдромы психического недоразвития очень сходны с целым рядом состояний, в основе которых лежат речевые расстройства, моторные нарушения, отклонения поведения и т.д. В детском возрасте симптомы нарушения не выражены, симптомокомплексы атипичны, и это иногда делает сложным даже отграничение дефицитарной симптоматики (выпадение функции или ее незрелость) от продуктивной (патологические новообразования).

В-третьих, 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.

Однако особенности развития часто обусловливаются не только основным нарушением, но и характером обучения, воспитания, в том числе семейного, поэтому для более точной квалификации особенностей требуется сопоставление результатов диагностики детей с одной и той же формой отклонения, но обучающихся и воспитывающихся в разных условиях. Данные такого сопоставления должны дополняться сравнением между собой разных степеней основного нарушения.

**2.Основные подходы к психологической диагностике интеллектуальной недостаточности у детей**

Определение уровня интеллектуального развития у детей имеет свою историю и продолжает вызывать интерес исследователей, в чем важную роль играют и запросы практики обучения детей с интеллектуальными нарушениями. С этой проблемой тесно связана разработка кратких диагностических испытаний (тестов) и шкал измерения интеллекта, позволяющих количественно описать отдельные интеллектуальные структуры и весь интеллект в целом. Интересно, что с самого начала тесты были ориентированы на обнаружение интеллектуальной недостаточности у детей. Среди них самые известные — это варианты тестов Бине - Термена, Станфорд - Бине и др.

Кроме интеллектуальных тестов этой группы, большое распространение получил детский тест Д. Векслера, имеющий ряд преимуществ - большее разнообразие заданий и более удобный способ обработки результатов. Известны также многочисленные модификации и адаптации этих тестов, а также менее успешные попытки построения шкал детского интеллекта. В последние годы такого рода попытки делаются и отечественными исследователями. Это адаптированный вариант методики Векслера, разработанный А. Ю. Панасюком, адаптация некоторых заданий из теста Амтхауэра, проведенная 3. Ф. Замбацявичене и др.

Следует отметить, что результаты тестирования имеют в основном констатирующую, а не объяснительную значимость. ***Длительный опыт применения тестовых обследований привел многих специалистов к выводу, что низкие показатели в интеллектуальных тестах, не всегда свидетельствуют о плохих способностях испытуемого: часто это означает лишь то, что он не сумел ими воспользоваться.*** Другими словами, если ребенок не выполнил тестовое задание, необходимо не торопиться с выводом о состоянии его интеллекта и не делать категорических заключений о неспособности выполнить им такое или сходное задание.

В отечественной дефектологии и специальной психологии названные тесты применяются ограниченно. Недостатки количественного подхода и отказ от признания ведущей роли тестов привели к созданию комплексного подхода к диагностике нарушений умственного развития, где психологическое исследование составляет органичную часть диагностической медико-психолого-педагогической системы. В рамках психологического обследования ребенку предлагается выполнить ряд заданий и ответить на вопросы, направленные на исследование его памяти, внимания, мышления и работоспособности, а результаты подвергаются качественному или качественно-количественному анализу. Этот подход достаточно подробно описан в работах М. П. Кононовой, С. Я. Рубинштейн. Большой методический материал представлен в работах С. Д. Забрамной.

При оценке интеллекта школьников большое значение придается также педагогическому обследованию школьных знаний и навыков; при оценке уровня интеллектуального развития дошкольников предпочтение отдается психологическим методикам и беседе. В рамках такого обследования акцент делается не только на результат выполнения задания (правильно - неправильно), но и на способы его достижения, аргументацию ответов, поведенческие реакции ребенка и т. д***. Сильной стороной такой процедуры является отсутствие жесткой последовательности и количества, предлагаемых ребенку заданий, непосредственная регистрация хода их выполнения и возможность оперативной корректировки процедуры обследования.*** Это позволяет строить диагностический процесс более гибко, учитывая результаты деятельности ребенка, и получать ответы на возникающие в ходе обследования вопросы.

***Особо значимо, что цель такого обследования - не только получить психологические выводы об уровне и особенностях интеллектуального развития, но и сделать правильное коллегиальное заключение, сформулировать рекомендации по обучению и воспитанию.***

***Как неоднократно отмечалось во многих исследованиях, психологическая диагностика детей с интеллектуальными нарушениями сопряжена со значительными трудностями, обусловленными индивидуально-личностными характеристиками обследуемых.***

Так, страх неудачи ребенка перед заданием, понижает оценку интеллекта на несколько пунктов. Эти трудности вступления в контакт при экспериментально-психологическом исследовании или в условиях прохождения медико-педагогической комиссии не позволяют сделать выводы о состоянии интеллекта после одного обследования; неадекватные реакции на неуспех мешают оценить особенности интеллектуального развития и дать обоснованные психолого-педагогические рекомендации.

***Закономерно встает вопрос: в какой степени полученные в таких условиях результаты обеспечивают адекватную оценку состояния интеллекта?***

Важным вкладом в развитие психологической диагностики явились представления Л. С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития ребенка. С опорой на эти представления были сконструированы психологические методики по типу обучающего эксперимента, которые давали возможность более полно представить интеллектуальный потенциал испытуемого. Вывод об уровне интеллектуального развития ребенка делался не только на основе того, как ребенок справился с тем или иным заданием, но и с учетом количества помощи, необходимой для выполнения задания, находящегося в зоне его ближайшего развития. Несмотря на несомненные преимущества этого подхода, исследование зоны ближайшего развития ребенка было ограничено его интеллектуальной сферой. Таким образом, видно разрыв между исследованиями познавательной сферы детей с интеллектуальными нарушениями и исследованиями личности аномальных детей.

В методологическом плане предложенный Л. С. Выготским подход представляется перспективным. Психическое развитие ребенка (в том числе его интеллектуальный компонент) должно изучаться в контексте развития его сознания. Изучение системного строения сознания может дать в диагностическом плане значительно больше, чем попытки оценить уровень сформированности отдельных навыков. Изучались следующие единицы детского самосознания:

- половозрастная идентификация;

- понимание смысла рассказов;

- личностно-аффективные реакции на трудности в работе.

**3. Дифференциальная диагностика детей с ЗПР и умственной отсталостью легкой степени**

Наибольшую трудность в диагностике интеллектуального развития представляет разграничение пограничных состояний интеллектуальных нарушений, в первую очередь различение задержки психического развития и умственной отсталости легкой степени.

Особенно важно различать умственную отсталость и ЗПР церебрально-органического генеза, поскольку в том и другом случае у детей отмечаются недостатки познавательной деятельности.

Основные отличительные признаки, значимые для разграничения задержки психического развития и умственной отсталости:

1. Для нарушений познавательной деятельности при ЗПР характерны парциальность, мозаичность в развитии всех компонентов психической деятельности ребенка. При умственной отсталости отмечается тотальность и иерархичность нарушений психической деятельности ребенка. Ряд авторов используют для характеристики умственной отсталости такое определение как «диффузное, разлитое повреждение» коры головного мозга.

2. В сравнении с умственно отсталыми детьми у детей с ЗПР гораздо выше потенциальные возможности развития их познавательной деятельности, в особенности высших форм мышления – сравнения, анализа, синтеза, отвлечения, абстрагирования. Однако нужно помнить, что некоторые дети с ЗПР, как и их умственно отсталые сверстники, затрудняются в установлении причинно-следственных зависимостей и имеют несовершенные функции обобщения.

3. Для развития всех форм мыслительной деятельности детей с ЗПР характерна скачкообразность ее динамики. В то время как у умственно отсталых детей данный феномен экспериментально не выявлен.

4. В отличие от умственной отсталости, при которой страдают собственно мыслительные функции – обобщение, сравнение, анализ, синтез, – при задержке психического развития страдают предпосылки интеллектуальной деятельности. К ним относятся такие психические процессы как внимание, восприятие, сфера образов-представлений, зрительно-двигательная координация, фонематический слух и другие.

5. При обследовании детей с ЗПР в комфортных для них условиях и в процессе целенаправленного воспитания и обучения дети способны к плодотворному сотрудничеству с взрослым. Они хорошо принимают помощь взрослого и даже помощь более продвинутого сверстника. Эта поддержка еще более эффективна, если она оказывается в форме игровых заданий и ориентирована на непроизвольный интерес ребенка к осуществляемым видам деятельности.

6. Игровое предъявление заданий повышает продуктивность деятельности детей с ЗПР, в то время как для умственно отсталых дошкольников оно может служить поводом для непроизвольного соскальзывания ребенка с выполнения задания. Особенно часто это происходит, если предлагаемое задание находится на пределе возможностей умственно отсталого ребенка.

7. У детей с ЗПР имеется интерес к предметно-манипулятивной и игровой деятельности. Игровая деятельность детей с ЗПР, в отличие от таковой у умственно отсталых дошкольников, носит более эмоциональный характер. Мотивы определяются целями деятельности, правильно выбираются способы достижения цели, но содержание игры не развернуто. В ней отсутствует собственный замысел, воображение, умение представить ситуацию в умственном плане. В отличие от нормально развивающихся дошкольников дети с ЗПР не переходят без специального обучения на уровень сюжетно-ролевой игры, а «застревают» на уровне сюжетной игры. Вместе с тем их умственно отсталые сверстники остаются на уровне предметно-игровых действий.

8. Для детей с ЗПР характерна большая яркость эмоций, которая позволяет им более длительное время сосредоточиваться на выполнении заданий, вызывающих их непосредственный интерес. При этом, чем больше ребенок заинтересован в выполнении задания, тем выше результаты его деятельности. Подобный феномен не отмечается у умственно отсталых детей. Эмоциональная сфера умственно отсталых дошкольников не развита, а чрезмерно игровое предъявление заданий (в том числе в ходе диагностического обследования), как уже упоминалось, часто отвлекает ребенка от решения самого задания и затрудняет достижение цели.

9. Большинство детей с ЗПР дошкольного возраста владеют изобразительной деятельностью. У умственно отсталых дошкольников без специального обучения изобразительная деятельность не возникает в разной степени. Такой ребенок останавливается на уровне предпосылок предметных изображений, т.е. на уровне черкания. В лучшем случае у отдельных детей отмечаются графические штампы – схематичные изображения домиков, «головоногие» изображения человека, буквы, цифры, хаотично разбросанные по плоскости листа бумаги.

10. В соматическом облике детей с ЗПР в основном отсутствует диспластичность. В то время как у умственно отсталых дошкольников она наблюдается достаточно часто.

11. Патологическая наследственная отягощенность более типична для анамнеза умственно отсталых детей и практически не отмечается у детей с задержкой психического развития.

При обследовании чтения, письма, счета дети с ЗПР часто обнаруживают ошибки такого же типа, что и умственно отсталые, но, тем не менее, у них имеются качественные различия. Так, при слабой технике чтения дети с задержкой психического развития всегда пытаются понять прочитанное, прибегая, если надо, к повторному чтению. У умственно отсталых детей нет желания понять, поэтому их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным. В письме отмечается неудовлетворительный навык каллиграфии, небрежность, что, по мнению специалистов, может быть связано с недоразвитием моторики, пространственного восприятия. Детям с ЗПР труден звуковой анализ. У детей с интеллектуальными нарушениями все эти недостатки выражены грубее.

В математике имеют место трудности в овладении составом числа, счетом с переходом через десяток, в решении задач с косвенными вопросами и т.д. Но помощь здесь более эффективна, чем у умственно отсталых.

***Учитывая это, необходимо при дифференцированной диагностике строить обследование детей в форме обучающего эксперимента.***

Рассмотрим ниже таблицу, где представлены основные критерии отграничения ЗПР и умственной отсталости, по дифференциальным признакам: степень поражения головного мозга, познавательное развитие, речевое развитие, способы выполнения действий, произвольность, характер оказываемой помощи, способность к переносу, уровень психической деятельности.

*Основные критерии отграничения ЗПР и умственной отсталости*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дифференциальные признаки | ЗПР | Умственная отсталость (легкая) |
| Степень поражения головного мозга | Функциональные нарушения ЦНС.Локальные очаговые поражения средней и легкой степени. | Диффузное в сочетании очаговыми поражениями. |
| Познавательное развитие | Несформированность словесно-логических операций, восприятие не дифференцированное, внимание неустойчивое, затруднения в переработке вербальной информации. | Тотальное психическое недоразвитие: недоразвитие наглядных форм мышления, восприятие искаженно и нецелостно, слабое развитие памяти, внимания. |
| Речевое развитие | Фонетико-фонематическое недоразвитие речи.  | Общее недоразвитие речи. |
| Способ выполнения действий | Метод проб и ошибок, действия адекватны ситуации. | Нерациональные, непродуктивные и неадекватные способы манипулирования. |
| Произвольность | Отсутствие произвольности в психических функциях, но при обучении ребенок переходит к элементам произвольности. | Отсутствие произвольности в любой деятельности. |
| Характер оказываемой помощи | Помощь принимает и использует ее при выполнении заданий.Взрослый разъясняет инструкции, правила и в ходе совместной деятельности показывает образец работы. | Развёрнутая помощь взрослого.Не принимает и не использует при выполнении заданий. |
| Способность к переносу | Имеется у большинства детей. | Нет способности к переносу и ли затруднён. |
| Уровень психической деятельности | Средний. | Низкий. |

**Заключение**

Обобщая все подходы для определение дифференциальных критериев диагностики с ЗПР, можно выделить следующие, наиболее интегративные показатели: степень поражения головного мозга, сформированность процессов познавательной деятельности, сформированность компонентов речевой деятельности, способ выполнения действий, произвольность, характер оказываемой помощи, способность к переносу, уровень психической деятельности.

Дифференциальная диагностика играет большую роль в разграничении нарушений развития ребенка. Иногда очень сложно разграничить умственную отсталость и задержку психического развития. Приходится дифференцировать задержку психического развития и легкую степень умственной отсталости. При ЗПР нет такой разлаженности деятельности, личностного распада, грубой некритичности и полного выпадения функций, которые отмечаются у детей с интеллектуальной недостаточностью, что и является дифференциальными признаками.

Необходимо учитывать все критерии в процессе обследования данной категории детей, и по результатам дать точную оценку развитию, а также рекомендации по направлению работы специалистов с учетом индивидуальных образовательных потребностей. Это обеспечит полноценную интеграцию и социализацию детей с ЗПР и интеллектуальными нарушениями в социуме общего образования и семье.

**Список использованной литературы**

1. Забрамная С.Д., Боровик О.В. Психолого-педагогическая диагностика- В.Секачёв, издание, 2016

2. Левченко И.Ю., Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика. - М. Academia, 2003 (переиздана в 2008).

3. Фадщина Г.А. Диагностика и коррекция задержки психического развития детей старшего дошкольного возраста: Учебно-методическое пособие/Г.В. Фадина. – Балашов: «Николаев», 2004.- 68 с.

4. Шаповал И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: Учебное пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 320 с. – (Учебное пособие)

5. Фадина Г.В. Диагностика и коррекция задержки психического развития для детей старшего дошкольного возраста: Учебно-методическое пособие/Г.В.Фадина. – Балашов: «Николаев», 2004. – 68 с.