

Винникова, Е.А. Методы диагностики в условиях ПМПК / Е.А. Винникова  
// Специальная адукация. – 2011. – № 5. – С.8 -17.

## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В УСЛОВИЯХ ПМПК

**Винникова Е.А.**

*Заведующий кафедры олигофренопедагогики,  
кандидат психологических наук, доцент*

*«Как ни совершенно крыло птицы, оно никогда не смогло бы поднять ее ввысь, не опираясь на воздух. Факты – это воздух ученого. Без них вы никогда не сможете взлететь. Без них ваши теории - пустые потуги»*

*И.П.Павлов*

Проблема специфики использования общепсихологических методов в специальной психологии изучена достаточно широко (Е.З. Безрукова, Н.В. Беломестнова, Н.Л.Белопольская, И.М.Бгажнокова, А.Д.Виноградова, С.Д.Забрамная, И.А.Коробейников, И.Ю.Левченко, В.И.Лубовский, Л.Пожар, С.Я.Рубинштейн, Н.Я.Семаго, М.М.Семаго, В.М.Сорокин, Э. Хейссерман, И.А.Шаповал и др.). Еще И.М. Бгажнокова разделила методы изучения на *основные* (наблюдение, эксперимент) и *вспомогательные* (беседа, тест, анкета, анализ продуктов деятельности). Вспомогательные методы используются для уточнения данных, полученных при проведении исследования с использованием основных методов.

*Выбор метода определяется задачами исследования.* В процессе изучения ребенка на ПМПК специалист должен ставить перед собой следующие задачи: установить особенности психического развития; определить структуру дефекта психики; выявить положительные стороны психики; наметить оптимальные условия коррекционного воспитания и обучения; определить оптимальный образовательный маршрут ребенка.

При помощи основных методов исследования можно получить психологические факты, количественные и качественные данные о психическом развитии ребенка.

В условиях ПМПК ***именно наблюдение и эксперимент должны стать ведущими методами*** изучения ребенка.

*Наблюдение* – это планомерное и целенаправленное восприятие явлений, результаты которого, в той или иной форме, фиксируются наблюдателем. Главной особенностью наблюдения, как метода является невмешательство в ход психических проявлений испытуемых, которые протекают естественно. Для того чтобы наблюдение можно было считать научным методом, оно должно быть планомерным, систематичным, целенаправленным и объективным; должно не только описывать явление полностью, но и объяснять его. Данные наблюдения фиксируются в специальном протоколе. В специальной психологии оно имеет особое

значение, поскольку не всегда удается провести психологический эксперимент из-за тяжести и выраженности нарушений в развитии испытуемого; кроме того, направленность на качественный анализ экспериментальных данных обязательно предполагает их дополнение данными наблюдения.

К проведению наблюдения во время диагностики в условиях ПМПК предъявляются следующие требования[1,2,3,4,10,11,13]:

1. Следует дать по возможности исчерпывающие и точные описания поведения ребенка в самых разнообразных ситуациях.
2. Необходимо избегать субъективных толкований и оценок. При этом особое внимание обращаем на так называемый *дефект-центризм* — сложный установочный феномен, приводящий к смещению возрастных и индивидуальных характеристик действий ребенка с клиническими симптомами.

Психологические механизмы дефект-центризма заключаются в апперцепции (зависимости восприятия от жизненного, в данном случае — профессионального опыта) и антиципации (способности в некоей форме предвидеть развитие событий или явлений). Поскольку, как правило, специалист заранее знает об особенностях развития ребенка, которого собирается изучать, все своеобразие его поведения он может начать объяснять наличием дефекта. Таким образом, искажаются не только выводы о состоянии испытуемого, но и сам процесс наблюдения.

3. Точное описание факта, а не его толкование необходимо заносить в протокол, т.к. последнее может быть спорным. Достоверность суждений о внутренних состояниях наблюдаемого индивида требует многократной и *беспристрастной регистрации* его поведенческих актов, *а не их интерпретации*. Сам же процесс интерпретации является сложным интеллектуальным актом анализа и синтеза большого фактического материала — результатов объективного наблюдения.
4. При описании следует пользоваться словами и терминами, имеющими одно значение и точно соответствующими наблюдаемому явлению.
5. Делая обобщения и выводы наблюдений, следует учитывать все данные наблюдения.

Осуществляя процесс наблюдения необходимо помнить, что дети с нарушениями зрения проявляют определенную сдержанность, недоверие, бедную мимику, подчеркнутую дисциплинированность; их мимика и пантомимика часто неадекватно отражает душевное состояние.

У глухих и слабослышащих наблюдаются преувеличенная мимика и жестикуляция, но их механически заученная, эмоционально невыразительная речь не дает достоверной информации об их чувствах и переживаниях.

Замкнутость, неуклюжесть движений детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, свойственная им переоценка или недооценка собственной личности часто скрывают их настоящее Я.

Дети с недостатками речи реагируют на наблюдение очень чувствительно, при этом их недостатки речи, как правило, усиливаются.

Наиболее объективно по сравнению с другими категориями наблюдение за детьми с интеллектуальной недостаточностью. Если они даже и пытаются показать себя иными, чем в действительности, это легко можно увидеть, так как они открыто обнаруживают свои чувства и недостатки. Однако трудности интерпретации наблюдаемого поведения могут возникнуть в связи с бедностью речи, амимичностью, примитивностью жестов [9, 13].

С данными *самонаблюдения (интроспекции)* обследуемого на ПМПК сталкиваются, прежде всего, в процессе беседы или анкетного опроса. Необходимо учитывать, что интроспекция у детей с особенностями в развитии еще менее объективна, чем у здоровых. Например, у слепорожденных и рано потерявших зрение детей и подростков нет адекватных знаний о визуальных признаках предметов и явлений окружающего мира; у неслышащих в высказываниях отражаются недостатки речи и своеобразие мышления; дети с интеллектуальной недостаточностью неспособны к точным наблюдениям и рассуждениям; дети и подростки с нарушениями опорно-двигательного аппарата не имеют адекватной ориентации в пространстве; при тяжелых нарушениях речи в процессе высказывания о результатах самонаблюдения недостатки речи могут значительно усиливаться.

Возможности использования данных самонаблюдения в специальной психологии ограничены еще и тем, что самосознание в онтогенезе появляется достаточно поздно. Любая форма дизонтогенеза в той или иной степени изменяет содержание и временные параметры становления самосознания. Поэтому в этих случаях по данным интроспекции мы можем судить только о наличии самосознания и его отдельных качественных характеристиках, но не можем квалифицировать их как объективные и достоверные. Исключение составляют случаи зрелого возраста в сочетании с полной интеллектуальной сохранностью.

*Наблюдение во время психологического обследования (эксперимента)* возможно только при использовании специальной, заранее заготовленной карты-схемы с применением определенных символов. Это позволяет отметить наличие и интенсивность наблюдаемых характеристик не привлекая внимания ребенка. Например, зачеркивание символа, обозначающего признак, означает его отсутствие; подчеркивание — наличие в средней степени; двойное подчеркивание — сильная интенсивность и т.д.

И.А.Шаповал предлагает следующую схему протокола наблюдения.

Оценка *внешнего вида* ребенка: особенности телосложения, чистота одежды, кожи, цвет лица, особые приметы. Эти сведения важны для последующего анализа соответствия возраста физическому развитию; анализа степени внимания родителей к ребенку, социально-культурных

стереотипов семьи в целом; об эмоциональном состоянии ребенка в момент обследования и т.д.

Далее идет *общий фон настроения* ребенка до начала эксперимента и в процессе выполнения заданий, который оценивается по многим показателям: осанка, степень подвижности, мимика и жесты, фон настроения и его изменения в зависимости от успешности выполнения экспериментальных заданий и хода беседы, признаки невротических проявлений. Каждый из показателей важен, нельзя пропускать в протоколе ни один, поскольку сам по себе дает много дополнительной информации. В частности такой показатель как «признаки невротических проявлений» — дрожь в руках, подергивание плечами, стереотипное гримасничанье, покусывание губ или ногтей, шмыганье носом, постоянное переключивание предметов, ерзание на стуле, раскачивание и т.п. – позволяет выявлять нарастание напряжения и тревоги, когда ребенок затрудняется в выполнении предлагаемых заданий или у него возникают вопросы, затрагивающие аффектогенные зоны.

Затем фиксируется *общая и психическая активность*, которая выявляется путем наблюдения за следующими признаками: энергичность и целесообразность движений, мимики, жестов либо их хаотичность и судорожность, вялость и суетливость.

*Наблюдение за словесными проявлениями* ребенка включает оценку интенсивности голоса, его выразительность или монотонность, особенности тембровой окраски, темп речи и его изменения в ходе выполнения заданий, степень речевой активности (от болтливости до односложности высказываний). Отмечаются также недостатки произношения, наличие инфантильных слов и оборотов, жаргонных выражений. Наличие в речи аграмматизмов, эхоталии, соскальзывания.

В протоколе находит отражение то, как строит испытуемый свои *отношения со специалистом* в процессе обследования, как *реагирует на неуспех, на подсказку*, замечания или похвалу.

Специальный раздел протокола наблюдений составляет *информация об эмоционально-волевых проявлениях* ребенка в ходе выполнения экспериментальных заданий:

- темп работы и его изменения на протяжении обследования;
- степень настойчивости в выполнении заданий;
- сосредоточенность либо отвлекаемость;
- как скоро проявляются признаки утомления;
- пытается ли ребенок проанализировать стоящую перед ним задачу, уяснить цель, пробует ли разные варианты решений или выглядит беспомощным и растерянным.

Еще одним ведущим методом в условиях ПМПК должен стать эксперимент.

*Эксперимент* – это специально организованная форма изучения какой-то стороны психического развития. В эксперименте исследователь сам создает необходимые условия для возникновения изучаемого психического

явления. Имея такую возможность, экспериментатор может варьировать и видоизменять условия, тем самым выявлять значение меняющихся условий для установления закономерных связей, определяющих изучаемый процесс. Многократное повторение опытов (серия) и достаточное количество испытуемых позволяют проверить закономерности между явлениями посредством математической статистики.

Требования к проведению эксперимента:

1. Приступая к эксперименту, необходимо моделировать обычную психическую деятельность ребенка.

2. Необходимо разработать детальный план проведения, учитывая соответствие поставленной задачи возможностям реализации ее ребенком. Нужно удостовериться в том, что испытуемый понял сущность предлагаемого задания. В силу разных причин (сенсорных, речевых, интеллектуальных, эмоциональных нарушений) доступная для нормального ребенка инструкция оказывается не понятной ребенку, поэтому задание выполняется неправильно. В этом случае отрицательный результат отражает не сами возможности обследуемого, а степень точности понимания предложенного задания, что может быть причиной диагностической ошибки.

3. Экспериментальная процедура должна быть адекватной возможностям ребенка по характеру стимульного материала и последовательности его подачи. При серьезных нарушениях речи следует использовать задания, не требующие речевого отчета. Инструкция может подаваться в форме демонстрации образца действий, которые должен повторить испытуемый.

4. Детям с ОПФР присуще отсутствие интереса, снижение уровня общей работоспособности, быстро развивающееся утомление и связанное с ним чувство эмоционального дискомфорта. Именно поэтому проведение эксперимента носит дозированный, парциальный характер.

5. Следует остерегаться произвольных малообоснованных толкований. Поэтому, делая в заключение какой-либо вывод, нужно обязательно записывать факты (слова или действия ребенка), из которых этот вывод следует. Полезно также проверить этот вывод с помощью других методик при повторном исследовании. Единичные, не повторяющиеся экспериментальные факты очень редко имеют существенное значение.

6. Организация экспериментальной процедуры требует учета состояния мотивационной сферы ребенка: ее неустойчивость, низкий уровень познавательных интересов может быть истинной причиной чрезвычайного разброса полученных показателей у одного и того же испытуемого. В ходе эксперимента необходимо создать благоприятную эмоциональную обстановку, чтобы устранить чувство застенчивости, неловкости и другие побочные факторы.

7. Ход эксперимента отражается в протоколе, в котором указываются краткие сведения об испытуемом, время проведения эксперимента, подробное испытание всего происходящего. Например, умственно отсталые

дети не только нарушают порядок работы, предусмотренный инструкцией, но иногда и действуют не в рамках ситуации - играют с пособиями, прячут их в карманы, выполняют действия, противоположные тем, которые их просят выполнить. Но эти и подобные действия не следует рассматривать как срыв эксперимента, это очень ценный и важный материал, при условии, что он тщательно запротоколирован.

И.А.Шаповал подчеркивает: «Даже если применяется магнитофонная запись высказываний ребенка, протокол все равно следует вести, внося в него действия испытуемого, речевые реакции, вопросы, критические возражения, подсказывающие реплики, прямые разъяснения, а также то, как ребенок принимает помощь — сразу спохватывается и исправляет ошибки, оспаривает или принимает критику» [13, с. 127].

8. При обработке полученных данных кроме методов математической статистики необходимо использовать качественную обработку полученных данных. Не столь важно, решена или нет задача, каков процент выполненных и невыполненных заданий, главными являются качественные показатели, дающие информацию о способе выполнения заданий, типе и характере ошибок, об отношении ребенка к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора.

Определение уровня актуального развития в *констатирующем эксперименте* позволяет достоверно оценить степень отставания ребенка от нормативных характеристик данного возраста, определить, какие стороны его психики и поведения в большей степени нарушены, а какие остаются более сохранными, другими словами, поставить диагноз, затем организовать адекватную и целенаправленную коррекционную помощь.

*Формирующий (обучающий) эксперимент* — неотъемлемая часть дифференциальной диагностики. Запланированная заранее, дозированная помощь позволяет видеть и точно измерять продвижение ребенка в решении задачи в зависимости от объема и формы помощи. Помимо диагноза позволяет увидеть прогноз.

Еще в 1958 году в своей монографии «Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка. Оценка интеллектуального, сенсорного и эмоционального развития» видного американского исследователя Эльзы Хейссерман звучит: «Если ребенок не справляется с заданием, предъявленным стандартным способом, способ предъявления видоизменяется до тех пор, пока не станет ясным, может ли он вообще достигнуть успеха в указанной области. Исследование способности ребенка достичь успеха в определенной области иногда вынуждает обратиться к изучению его произвольных реакций, не осознаваемых самим ребенком. Цель «педагогической оценки» - получить полную картину дефектов и возможностей ребенка» [12, с.19].

Именно применение *обучающего эксперимента* должно стать ведущим в практике психолого-медико-педагогических комиссий. Обучающий эксперимент может быть применен для видоизменения абсолютно любой из

методик. Впервые он разрабатывался А.Я.Ивановой под руководством Б.В. Зейгарник специально для разграничения разных вариантов дизонтогенеза более 40 лет назад [6]. В этой методике помощь специалиста регламентирована и внесена в структуру самого эксперимента. Критерием для определения уровня умственного развития ребенка является определение «зоны ближайшего развития», т.е. установление того факта, сможет ли ребенок решить задачу с помощью экспериментатора, а затем, самостоятельно перенести усвоенный способ решения на аналогичную задачу. А. Я. Иванова предлагала детям задания, которые им не были до того известны. В процессе выполнения детьми этих заданий экспериментатор оказывал им разные виды помощи, которые строго регулируются. То, как испытуемый принимает эту помощь, количество "подсказок", учитывается. Такой вид помощи входит в структуру эксперимента.

В настоящее время созданы методики, которые следуют идее обучающего эксперимента. И прежде всего, нужно назвать таких авторов как И.Ю.Левченко и Н.А.Киселева [7]. Предложенная ими методика состоит из 9 заданий, 7 из которых носят обучающий характер, выполнение оценивается по 64 показателям, она позволяет осуществить качественно-количественный анализ, четко выявить основные проблемы ребенка, а также сохраненные звенья психики, определить направления коррекционной работы. Например, методика «Почтовый ящик».

*Цель:* выявление уровня развития наглядно-действенного мышления (способов действия); оценка работоспособности, обучаемости.

*Виды помощи:*

*Стимулирующая помощь* – подбадривание, похвала (постарайся сделать, у тебя получится) или (правильно, молодец, стараешься, давай дальше). Необходима, если ребенок не уверен в себе, нуждается в одобрении.

*Организующая помощь* – организация внимания на каком-то моменте выполнения задания (не торопись, посмотри внимательно). Необходима, когда внимание ребенка не устойчиво или он быстро отвлекается.

*Разъясняющая помощь* - уточнение порядка действий при выполнении задания. Ты должен взять фигурку-письмо, посмотреть на нее внимательно, найти отверстие, подходящее для этой фигурки, и опустить в это отверстие фигурку-письмо.

*Введение наглядности* – демонстрация способа действия без объяснения алгоритма его выполнения. Диагност зрительно подбирает к отверстию на любой из граней соответствующую фигурку, берет ее и опускает в коробку, затем говорит: «А теперь, продолжи сам».

*Конкретная обучающая помощь* – диагност берет любую фигурку, обращает внимание ребенка на ее информативные точки. После обучения – самостоятельное выполнение ребенком.

Методика «Разрезная картинка».

*Цель:* изучение умения создавать целое из частей; оценка сформированности мыслительных операций анализа и синтеза. Выполнение

задания возможно только при определенной степени сформированности наглядного мышления.

*Виды помощи:*

*Стимулирующая, организующая* (также как в предыдущей методике).

*Разъясняющая помощь* – диагност говорит: «Еще раз внимательно посмотри на детали картинки, вспомни, что ты должен собрать, соедини эти детали так, чтобы получился целый предмет».

*Введение наглядности* – при складывании картинки из 3-5 частей, диагност берет две подходящие части, соединяет их между собой, не объясняя алгоритм выполнения действия, далее предлагает ребенку продолжить собирать самостоятельно.

Второй вариант наглядно-действенной помощи – показ картинки с целым изображением предмета.

*Конкретная обучающая помощь* – диагност показывает ребенку наиболее характерные детали собираемого предмета, уточняет, в какой части изображения они находятся (вверху, внизу, впереди). Затем намечает план сборки изображения (для вертикальных изображений – снизу вверх, для горизонтальных – слева направо). Вместе с ребенком собирает картинку. После обучения ребенку предлагается выполнить задание самостоятельно.

Таким образом, во время экспериментальной процедуры ребенку можно и нужно оказывать помощь. Среди *форм помощи* С.Я.Рубинштейн, а вслед за ней И.А.Шаповал выделяют [13]:

- простое переспрашивание, просьбу повторить то или иное слово (привлечение внимания испытуемого к сказанному или сделанному);
- одобрение и стимуляцию дальнейших действий, например, «хорошо», «дальше»;
- вопросы о том, почему испытуемый сделал то или иное действие (помощь в уточнении собственных мыслей);
- наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;
- подсказку, совет действовать тем или иным способом;
- демонстрацию действия и просьбу самостоятельно его повторить;
- пошаговое обучение выполнению задания.

*Оказание помощи имеет общие правила:*

- сначала следует проверить, не окажутся ли достаточными более незначительные виды помощи, и лишь затем прибегнуть к демонстрации и обучению;
- специалист не должен быть многословным или чрезмерно активным; его вмешательство в работу испытуемого должно быть обдуманым, скупым, редким;
- каждый акт вмешательства, т.е. помощи, должен быть внесен в протокол, так же, как ответные действия и высказывания испытуемого.

Исследуя особенности познавательной деятельности младших школьников, отстающих в развитии, Т.В.Егорова описала *этапы помощи* при

решении этими детьми экспериментальных задач, которые на наш взгляд правомерно использовать в детской олигофренопсихологии [5]:

- ребенку дается «отрицательное подкрепление», т.е. специалист указывает на неправильность решения и предлагает найти другое;
- увеличивается количество конкретного материала, на котором ребенок строит обобщение;
- ребенку предоставляется возможность установить необходимую закономерность на ином по содержанию материале, после чего он переносит усвоенный прием на основной экспериментальный материал;
- предлагаются вопросы и формулировки, прямо подводящие к необходимому решению;
- помощь педагога выражается в облегчении предложенного задания.

Не менее продуктивно в сравнении с другими методами используются и *методы беседы, сбора психологического анамнеза.*

*Беседа* как метод исследования отличается от обычной повседневной беседы тем, что является целенаправленной, методичной, систематизированной, объективной и профессиональной. Беседа может применяться как в качестве дополнения к эксперименту, так и вполне самостоятельно. Использование этого метода невозможно без установления отношений доверия между специалистом и испытуемым.

Уход ребенка от темы беседы, попытки рассказать о чем-то другом, внезапная замкнутость, формальные односложные ответы — все это высокодиагностичные признаки.

Требования к проведению беседы [9, 10, 11, 13]:

1. Темы беседы с ребенком зависят от конкретных задач обследования, они должны охватывать основные сферы его жизнедеятельности: семья, детский сад, интересы, общение, мнение ребенка о себе, своих возможностях и способностях. Более детально рассматриваются темы, важные для достижения цели исследования, например, круг представлений об окружающем, запас сведений, особенности ориентировки в пространстве, во времени, в явлениях природы и общественной жизни, осведомленность в определенных областях.
2. Нужно учитывать то, что ребенок может устать и утратить интерес к содержанию беседы, поэтому, она не должна быть чрезмерно длительной.
3. Беседа как метод может быть использована с детьми, у которых достаточный уровень развития устной речи. Метод беседы используется у детей до четырех лет и с низким уровнем речевого развития ограниченно, так как словесные ответы у них носят еще свернутый характер.
4. Необходимо точно определить цель, основное содержание беседы, характер и последовательность предлагаемых вопросов, которые формулируются в процессе подготовки. Беседа готовится заранее, детям задают вопросы в одной и той же последовательности. Проводит ее подготовленный специалист, который заносит ответы детей в протокол дословно, фиксирует эмоциональные реакции, интонации обследуемого. При

обработке полученного материала, детские высказывания осмысливаются и соотносятся с другими данными.

5. В начале знакомства с ребенком удобно начинать беседу с простых деловых вопросов («Как тебя зовут? Сколько тебе лет? С кем ты дружишь?»). Такой подход обычно успокаивает ребенка. В результате он быстро вступает в контакт с экспериментатором.

6. Заключительный этап беседы проводится после экспериментального исследования. Специалист выясняет, какие задания ребенку понравились, а какие нет; что было трудно, а что легко; как ребенок оценивает свои успехи. На основе ответов уточняются представления о личностных особенностях ребенка (самооценка, уровень притязаний, критичность и т.д.), его эмоционально-волевых проявлениях.

К вопросам, составляющим беседу, предъявляются следующие требования:

1. Задаваемые вопросы должны быть понятны.
2. Каждый вопрос должен преследовать достижение определенной цели.
3. При формулировании вопроса следует избегать малораспространенных слов и слов с двойным значением.
4. Вопросы не должны быть слишком длинными.
5. Необходимо избегать сдвоенных вопросов.
6. Следует так формулировать вопрос, чтобы избежать шаблонного ответа.
7. В вопросе не должно быть слов, которые сами по себе вызывают определенную положительную или отрицательную реакцию.
8. Вопрос не должен внушать ребенку определенный ответ.

В форме беседы чаще всего проводится *сбор психологического анамнеза* - истории психического развития ребенка. Беседа с родителями, воспитателями и другими взрослыми, знающими ребенка, может предоставить немало ценной информации. Сложность состоит в том, что эти данные не структурированы. Родителям зачастую трудно выделить главное, многие путают историю болезни с историей психического развития своего ребенка. Именно поэтому необходимо точно направлять рассказ, задавая конкретные вопросы об этапах и сторонах развития. Анамнестические сведения можно существенно пополнить, если история развития ребенка воспроизводится разными людьми (отцом и матерью, одним из родителей и воспитателем и т.д.). При сборе психологического анамнеза в процессе беседы с родителями нужно помнить, что тема, касающаяся специфичности их ребенка, может быть болезненной. Поэтому формулирование вопросов должно быть предельно деликатным.

Сбор анамнеза в процессе работы с педагогами всегда более продуктивен в силу их профессиональной подготовки, однако они склонны рассматривать развитие в контексте процесса обучения, что делает анамнез несколько односторонним.

Несколько слов о других вспомогательных методах и возможностях их использования в условиях ПМПК.

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

В условиях ПМПК можно применять опросники-анкеты только в работе с родителями и педагогами. Четкое выделение составляющих поведения, эмоциональных реакций и состояний, характеристик деятельности позволяет родителям (педагогам) достаточно подробно и детально проанализировать повседневные, типичные проявления психической жизни ребенка. Таким образом, можно получить разнообразную и структурированную информацию, способствующую первичному опосредованному включению родителей (педагога) в диагностико-коррекционный процесс, помогая им глубже понять ребенка и его проблемы.

*Стандартизированные методики (тесты)* могут использоваться с определенными ограничениями, в виде вспомогательного средства при ведущей роли экспериментального подхода и качественного анализа полученного материала [11,13].

Во-первых, сами параметры стандартов тестов (форма, скорость подачи инструкции и т.д.) всегда соотнесены с возможностями стандартного по психофизиологическим особенностям человека. Следовательно, умственно отсталый дошкольник оказывается в ситуации, не соответствующей его возможностям, и оценка его результатов отражает не уровень диагностируемой способности, а неадекватность условий диагностики особенностям испытуемого.

В.И.Лубовский подчеркивает, что тесты не приспособлены для выявления специфики отставания в психическом развитии, связанной со своеобразием дефекта. Например, они не могут обнаружить различий между психологическими особенностями ребенка с задержкой психического развития и с нарушенным развитием речи при сохранных возможностях интеллектуального развития [8].

Во-вторых, большинство стандартизированных методик фиксирует конечный итог деятельности и отражает лишь актуальный уровень развития испытуемого. Для практики детской олигофренопсихологии нужны сведения и о зоне его ближайшего развития. Как справедливо отмечает Сорокин В.М., от этого зависит не только эффективность дифференциальной диагностики, но и направления коррекционной работы и оценка ее продуктивности. Решение этих задач возможно только путем экспериментальной стратегии и прежде всего формирующего эксперимента.

Требования к тестированию:

1. Тестирование детей с ОПФР принципиально следует проводить только индивидуально, причем исключительное внимание необходимо уделять пробным заданиям, чтобы полностью убедиться, что инструкции поняты правильно.

2. При тестировании испытуемых, необходимо обеспечить соответствующую мотивацию, поскольку низкие результаты часто бывают вызваны отсутствием интереса или низкой мотивацией — незаинтересованностью ребенка в выполнении задания.

3. Валидными (достоверными) необходимо считать высокие результаты, в то время как к низким следует относиться более скептически — они могут быть вызваны трудностями выполнения задания, обусловленными дефектом, недостаточным пониманием задания, слабой мотивацией испытуемого, наконец, неопытностью психолога.

4. Психодиагностическое тестирование следует использовать как вспомогательный метод, всегда лишь дополняющий другие методы, — длительное наблюдение, беседу, эксперимент.

*Изучение продуктов деятельности* ребенка в сочетании с психолого-педагогической характеристикой ребенка, показателями его успеваемости позволяет педагогу установить характер и причины затруднений в обучении, наметить меры по повышению успеваемости, опереться на положительные качества личности и деятельности ребенка в дальнейшей коррекционной работе.

Достаточно проблематично использование *проективных методик*. Применение методик Роршаха, Розенцвейга, ТАТ, Люшера и др. давно уже перестало быть редкостью (речь идет о поисковой практике, одной из целей которой является проверка и оценка дифференциально-диагностических возможностей данных инструментов). Использование проективных методик, например, в целях диагностики на ПМПК, весьма ограничено и затруднено из-за их низкой дифференциально-диагностической разрешающей способности, что, безусловно, не закрывает путь их употребления в качестве вспомогательного методического средства в условиях учреждений образования [11,13].

При обследовании детей с отклонениями в развитии к интерпретации их рисунков нужно относиться очень осторожно. Так, дети с нарушениями манипулятивных функций, зрительного восприятия, с пространственными нарушениями часто рисуют деформированные фигуры, «теряют» мелкие детали; изображение деталей лица часто диспропорционально. При выраженных нарушениях схемы тела (например, при ДЦП) детали фигуры могут быть разбросаны по всему листу, а при нарушении ориентировки в плоскости листа изображение может размещаться в одном из углов, чаще в правом нижнем. Эти особенности рисунка связаны с нарушением высших психических функций вследствие органического поражения мозга или анализаторов, а не с личностными чертами, то есть проективная значимость такого рисунка отсутствует.

Специфичны рисунки детей с интеллектуальной недостаточностью. Они затрудняются выбрать тему, прибегают к изображению привычных однотипных предметов, не создавая сюжета. В их рисунках на свободную тему нет замысла, фантазии. Даже когда дается задание, что надо нарисовать,

они не всегда выполняют инструкцию. Бедность и нечеткость представлений проявляются в несоблюдении форм и пропорций частей предмета, в ограниченном и не всегда верном использовании цвета. Дети затрудняются объяснить рисунок. В зависимости от степени интеллектуального снижения эти недостатки выражены меньше или больше.

Своеобразны рисунки детей с психическими заболеваниями. Для них типичны нелогичность, нелепость изображения; неадекватное, беспорядочное использование цвета, несообразность пропорций, сексуальная выраженность. Для больных шизофренией характерны незавершенность, отсутствие основных частей, геометризация, вычурность, нагромождения и наслоения, несогласование замысла рисунка с размерами листа, боязнь рисовать далеко от края, уплощение рисунка. При эпилептической деменции характерны чрезмерная тщательность, излишняя скрупулезность, выраженная медлительность, трудности переключения. Дети тратят на рисунок много времени, застревают на вырисовывании отдельных несущественных деталей. Им сложно выделить главное, рисунки стереотипны[13].

От того насколько адекватно выбраны методы исследования ребенка, насколько профессионально проведено само изучение, насколько скрупулезно собраны факты, насколько грамотно они интерпретированы зависит правильность психолого-педагогического диагноза, определение образовательного маршрута, а в целом, судьба ребенка.

#### Литература:

1. Бгажнокова, И.М. Психология умственно отсталого школьника/ И.М.Бгажнокова. – М.: Просвещение, 1987. – 95 с.
2. Беломестнова, Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. Психометрическая и клиничко-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике. Методическое пособие/ Н.В.Беломестнова. – СПб.: Речь, 2003. – 128 с.
3. Белопольская, Н.Л. Дифференциально-психологическая диагностика детей с интеллектуальной недостаточностью// Н.Л. Белопольская, В.И.Лубовский/ Психологический журнал. – 1993. – т.14. – №4. – С. 89-97.
4. Белопольская, Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития/ Н.Л.Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2009. – 192 с.
5. Егорова, Т. В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии/ Т.В.Егорова. – М.: Педагогика, 1973. – 152 с.
6. Иванова, А.Я. Обучающий эксперимент/А.Я.Иванова// Психология умственно отсталого школьника: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 "Дефектология". – 3-е изд., перераб. и доп./ С.Я.Рубинштейн. – М.: Просвещение, 1986. – 192с.

7. Левченко, И.Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И.Ю. Левченко, Н.А. Киселева. – М.: Издательство «Книголюб», 2008. – 160 с.; ув. ил. (Специальная психология).
8. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития/ В.И.Лубовский. – Научн.-исслед. ин-т дефектологии Акад. пед. наук СССР. - М.: Педагогика, 1989. – 104с.
9. Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология/Л.Пожар. - Воронеж: Издательство «Институт практической психологии», НПО «Модэк», 1996г. – 128 с.
10. Психолого-педагогическая диагностика: учеб. пособие / под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 320 с.
11. Сорокин, В.М. Специальная психология: Учеб.пособие/ под научн.ред.Л.М.Шипициной. – СПб.: «Речь», 2003. – 216с.
12. Хейссерман, Э. Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка/ Э. Хейссерман. – М.: Просвещение. – 1964. – 403с.
13. Шаповал, И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: Учебное пособие/ И.А.Шаповал. — М.: ТЦ Сфера, 2005. – 320 с.