

Калацей, И. В. Стратегия и тактика проведения дифференциальной диагностики речевых нарушений детей младшего дошкольного возраста в условиях психолого-медико-педагогической комиссии / И. В. Калацей // Инновационные формы и технологии в комплексном сопровождении лиц с отклонениями в развитии : материалы V Международной науч.-образ. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых, Казань, 25 апр. 2018 г. / под ред. А. И. Ахметзяновой. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2018. – С. 149–153.

Стратегия и тактика проведения дифференциальной диагностики речевых нарушений детей младшего дошкольного возраста в условиях психолого-медико-педагогической комиссии

И.В. Калацей, г. Минск, БГПУ

Научный руководитель: к. педаг. н., доц. Баль Н.Н.

Республика Беларусь, г. Минск

В связи со значительным увеличением числа детей с нарушениями в развитии и приоритетом их раннего выявления, особое значение приобретает проведение качественной дифференциальной диагностики в условиях психолого-медико-педагогической комиссии (далее — ПМПК). Вместе с тем, проведение обследования детей младшего дошкольного возраста требует особого подхода к выбору тактики и содержания обследования с учетом специфики возраста.

Современная дифференциально-диагностическая деятельность ПМПК строится на основе ряда принципов, одним из которых является принцип *комплексного подхода*. Он опирается на учение Л.С. Выготского о системной структуре дефекта и предполагает вскрытие глубинных внутренних причин того или иного отклонения [3]. *Системный анализ* в процессе диагностики (согласно положениям Л.С. Выготского, А.Р. Лурия и др.) предполагает не только выявление отдельных нарушений, но и установление взаимообусловленности и взаимосвязи между ними, иерархии выявленных нарушений. При этом важнейшей задачей выступает выявление не только дефицитов и недостатков, но и сохраненных функций, потенциальных возможностей ребенка. Комплексность и системность обследования речевого развития ребенка обеспечиваются тем, что обследуются все стороны речи и все ее компоненты, с учетом данных индивидуального развития, - как общего, так и речевого - начиная с рождения.

Сочетание *качественного и количественного анализа результатов обследования* является важнейшим диагностическим принципом. В его основе лежит учение Л.С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития. Качественный анализ является основным инструментом дифференциальной диагностики нарушений, которые сходны по внешним проявлениям, но отличаются по этиологии, патогенезу и социальному прогнозу. При этом, чем младше ребенок, тем более значимой является качественная оценка поведения

и деятельности ребенка в процессе обследования. В ходе развития теории и практики диагностики отклоняющегося развития были выделены следующие показатели качественного анализа результатов диагностики: отношение ребенка к ситуации обследования и адекватность поведения, принятие задания, понимание инструкции, тип и характер ошибок, способ выполнения задания, использование помощи, критичность к результатам деятельности. (Л.С. Выготский, С.Д. Забрамная, В.И. Лубовский, М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, О.Н. Усанова и др.). Способность использовать помощь и переносить показанный ребенку способ деятельности на аналогичное задание является одним из главных показателей обучаемости: чем более выражена эта способность, тем шире зона ближайшего развития, а значит и потенциальные возможности ребенка. Количественные показатели (общее количество правильно выполненных заданий и ошибок, время выполнения задания и др.) позволяют определить степень выраженности качественных показателей, однако их использование в работе с детьми младшего дошкольного возраста ограничено.

Онтогенетический принцип диагностики основывается на знании закономерностей и этапов нормативного психологического развития ребенка в онтогенезе, на представлениях о критических периодах в ходе развития, о проявлениях различных вариантов дизонтогенеза. Данный принцип реализуется при интерпретации полученных результатов и соотнесения их с минимальными показателями возраста обследуемого ребенка, отделяющие норму от патологии. Применительно к диагностике речевых нарушений данный принцип акцентирует внимание на необходимости глубоких научно-теоретических знаний о языковом и когнитивном развитии, о закономерностях усвоения языка детей с различными вариантами дизонтогенеза, понимании межсистемных связей и иерархии компонентов языковой системы. На протяжении последних десятилетий было проведено ряд исследований в области онтолингвистики, в которых была определена последовательность развития речезыковых подсистем, изучены механизмы перехода от простого имитирования звуков к осознанным словам, закономерности усвоения лексики, грамматики, фонетики языка (М. Д. Воейкова, М.Б. Елисеева, С.Н. Цейтлин, А. М. Шахнарович и др.). Для каждого возрастного этапа выделяют речевые навыки и коммуникативные умения, отражающие условную речевую норму, а так же специфические патологические, аномальные речевые ошибки, которые свидетельствуют о нарушении нормального речевого развития. Например, в 3 года нарушение звукопроизношения свистящих звуков является физиологической онтогенетической нормой, а в 5 лет - признаком речевого нарушения. При ориентации на развитие речи в норме важно учитывать как последовательность формирования речевых функций и видов речи (номинативной, коммуникативной, ситуативной, внешней и внутренней), так и последовательность формирования структурных уровней речи

(фонетического, грамматического и лексического) в онтогенезе. Однако на фоне значительного числа публикаций по проблеме онтогенеза речевого развития детей раннего возраста, вопросы о возрастных нормах некоторых речевых подсистем (морфологической, синтаксической) для детей младшего дошкольного возраста остаются недостаточно изученными. Многие исследователи речевого онтогенеза говорят о том, возрастные границы этапов приблизительны, индивидуальны и во многом детерминированы социальной ситуацией развития, поэтому при оценке уровня развития речи важным критерием является не абсолютный возраст ребенка, а качественные изменения в речевой деятельности и появление новых средств и структур языка.

Реализация данных принципов является необходимым условием проведения дифференциальной диагностики детей младшего дошкольного возраста в условиях ПМПК, процедура которой характеризуется рядом особенностей. В первую очередь, краткосрочностью процесса обследования и ограниченными возможностями для углубленного изучения ребенка. Вместе с тем, объем полученной информации при диагностике ребенка группой специалистов должен быть достаточным для качественной и профессиональной оценки уровня развития коммуникативных навыков, когнитивного и личностного развития, причин и механизмов, лежащих в основе наблюдаемых феноменов развития [4]. Это определяет требования к полифункциональности и многоаспектности применяемых диагностических методик, а также к минимальным затратам времени на их проведение, и, соответственно, к затратам сил (ресурсов) ребенка и специалиста. Специфика дифференциальной диагностики в ПМПК также определяется командной работой специалистов, которая реализуется на основе мультидисциплинарного и междисциплинарного подхода [1].

В современных условиях деятельности ПМПК технология дифференциальной диагностики характеризуется вариативностью построения процедуры обследования, которая во многом зависит от предварительной диагностической гипотезы. Основная «рабочая» диагностическая гипотеза (или ее варианты при дифференциальной диагностике) должна быть сформирована к началу непосредственной работы с ребенком. Построение коллегиальной предварительной гипотезы, выбор тактики и содержания обследования детей младшего дошкольного возраста определяется следующими факторами:

1. *Цель и задачи дифференциальной диагностики.* Основными задачами являются разграничение степени и характера нарушений умственного, речевого и эмоционального развития ребенка, системный анализ структуры нарушения, определение и обоснование педагогического прогноза с позиции особых образовательных потребностей и познавательных возможностей ребенка. Исходя из задач дифференциальной диагностики,

первоначальная гипотеза является предположением о том или ином варианте, виде (типе) условно нормативного или отклоняющегося развития. В этом случае подбор наиболее эффективных диагностических средств, тактика и технология их использования в процессе обследования, создание мотивации во время обследования строится с целью подтверждения этого предположения. Необходимо отметить, что в соответствии с результатами, демонстрируемыми ребенком в ходе непосредственной работы с теми или иными методиками, первичная диагностическая гипотеза может изменяться.

2. *Запросы законных представителей ребенка.* Согласно нормативным правовым документам проведение диагностики возможно только с согласия и в присутствии родителей ребенка. Именно родители на начальном этапе обследования определяют те проблемы в развитии ребенка, которые стали причиной обращения в ПМПК, что позволяет в ряде случаев ограничить время, уточнить и выстроить предварительную стратегию обследования.

3. *Возраст ребенка* определяет использование в процессе обследования таких диагностических методов и приемов, наглядности и оборудования, речевого материала (фонетического, лексического, грамматического, синтаксического), которые соответствуют возрастным возможностям ребенка, специфике коммуникативных навыков с позиции ведущего вида деятельности и психологических новообразований. При построении диагностической процедуры для детей четвертого года жизни в первую очередь необходимо ориентироваться на игровую деятельность и ситуативно-познавательную и внеситуативно-познавательную форму общения как ведущие для этого возраста. Особенностью младших дошкольников является недостаточность операциональных характеристик деятельности, неустойчивость внимания, несформированность произвольной регуляции, быстрое пресыщение деятельностью, что необходимо учитывать при проведении обследования. В соответствии с этим необходимо продумать последовательность использования методик с позиции их сложности: от заведомо доступных заданий к более сложным или наоборот, со сложных заданий к более простым. Для детей младшего дошкольного возраста Н.Я. Семаго и М.М. Семаго рекомендуют чередовать энергоемкие задания двигательными пробами, а малоинтересные или пресыщающие задания (в основном, методики вербального типа) – длительными методиками исследования эмоционально-личностной сферы [4]. О.Е Грибова предлагает внутри каждой методики предъявлять материал от сложного к простому, что позволяет ребенку закончить каждую пробу успешно. Это создает дополнительную мотивацию, повышает продуктивность и продолжительность обследования, предупреждает снижение интереса к предъявляемому материалу и негативизм [2].

4. *Предварительное изучение данных об индивидуально-типологических особенностях ребенка* на основе медицинской и педагогической документации позволяет специалистам

выдвинуть предварительную диагностическую гипотезу, определить диагностический инструментарий и стратегию диагностической процедуры. Основными источниками информации являются медицинские документы об истории развития ребенка, данные клинического обследования, а так же педагогическая документация – характеристика педагогов учреждения образования и продукты деятельности ребенка. Беседа с родителями является источником информации о личностных, познавательных и речевых особенностях ребенка, о социальной среде воспитания и ее влиянии на развитие ребенка.

5. *Результаты наблюдения за ребенком при первичном контакте.* Многие авторы отмечают, что именно оценка внешнего вида ребенка и его реакции на ситуацию обследования играет важную роль в предварительной постановке гипотезы обследования и в подборке соответствующих методических материалов для его проведения. При этом важными показателями является насколько ребенок контактен, активен (например, изучает обстановку в комнате, рассматривает с интересом игрушки, предметы, стоящие в ней), проявляет ли настороженность, негативизм, безразличие к новой обстановке.

6. *Уровень коммуникативно-речевых навыков* является существенным фактором при выборе диагностических средств, тактики и технологии их использования в процессе обследования, приемов предъявления стимульных материалов, оказания помощи. Дети с отсутствием общеупотребительной речи представляют собой неоднородную группу. В неё входят дети с тяжелыми нарушениями речи (алалией, анатрией), аутизмом, интеллектуальной недостаточностью, задержкой психического развития, нарушением слуха. Общим для них является снижение мотивации к общению, речевой негативизм, повышенная эмоциональная истощаемость, нарушение целенаправленности и концентрации внимания, трудности при выполнении заданий по словесной инструкции. Одним из ведущих направлений диагностики данной категории детей становится изучение импрессивной речи, а также неречевых психических функций с применением нейропсихологического подхода. (Т.В. Ахутина, Т.Г. Визель, А.Р. Лурия и др.).

На основании диагностической гипотезы составляется общий план обследования. Одним из вариантов является последовательное индивидуальное обследование ребенка каждым специалистом с участием других специалистов в качестве супервизоров (с использованием зеркала Газелла, видеозаписи или непосредственного присутствия в кабинете обследования). Это возможно, когда после сбора первичной информации становится очевидной приоритетность одного из видов обследования. Например, очевидные речевые нарушения ставят вопрос о первичности логопедического обследования, при нарушениях зрения ведущим специалистом является тифлопедагог, однако обследование ребенка иными специалистами ПМПК является обязательным. В некоторых случаях

возможна и такая форма обследования, когда с ребенком работают несколько специалистов одновременно. Педагог, который установил контакт с ребенком, начинает его обследование в соответствии с собственными профессиональными задачами, методическими средствами, приемами и методами, а сам процесс обследования представляет собой последовательное, гибкое «подключение» к работе с ребенком других специалистов в соответствии с диагностической гипотезой и выстроенными стратегиями взаимодействия с ребенком. При этом каждый специалист, ориентируясь на уже полученные коллегой результаты и включая их в собственное профессиональное «понимание» особенностей ребенка, использует собственные средства диагностики, не дублируя методического обеспечения предыдущего обследования. После проведения дифференциально-диагностического обследования следует коллегиальный анализ полученных результатов, который позволяет сформулировать заключение и выработать вероятностный прогноз развития и соответствующие рекомендации по созданию специальных условий для получения ребенком с особенностями психофизического развития образования с учетом индивидуальных образовательных потребностей.

Таким образом, дифференциальная диагностика речевых нарушений в условиях ПМПК представляет собой технологичный, научно обоснованный процесс, который основывается на принципах системности, комплексности, качественно-количественной оценке результатов и индивидуальном подходе к построению и проведению процедуры обследования. Стратегия и тактика данного процесса обусловлена возрастными особенностями познавательного, эмоционального и социального развития детей младшего дошкольного возраста.

Список литературы

1. Баль, Н. Н. Психолого-педагогическая диагностика лиц с нарушениями речи: дифференциальная диагностика / Н.Н. Баль, Н. В. Чемоданова. – Минск : Зорны Верасок, 2013. – 55 с.
2. Грибова, О.Е. Технология организации логопедического обследования. Методическое пособие / О. Е. Грибова. — М. : Айрис-пресс, 2015. — 96с.
3. Психолого-педагогическая диагностика: учеб. пособие / под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М. : Изд. центр «Академия», 2005. – 320 с.
4. Семаго, Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – СПб. : Речь, 2005. – 384 с.