Чурсина Вероника Евгеньевна, Студент 3го курса,
ФГБОУ ВО «Благовещенский государственный
педагогический университет»

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: СОДЕРЖАНИЕ, ИНСТРУМЕНТЫ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ

Аннотация. Предметом рассмотрения в настоящей статье выступает диагностический этап сопровождения детей с задержкой психического развития (ЗПР). Место ЗПР среди других вариантов дизонтогенеза, последовательность обследовательских процедур – от сбора анамнеза до коллегиального заключения ПМПК, а также критерии разграничения задержки с умственной отсталостью, расстройствами аутистического спектра и педагогической запущенностью.

Ключевые слова: Задержка психического развития, комплексная диагностика, дифференциация, ПМПК, коррекционно-развивающее сопровождение.

За последнее десятилетие система российского образования заметно продвинулась в сторону признания права каждого ребёнка на обучение в доступной ему среде. Однако инклюзия ставит перед педагогическим коллективом непростой вопрос: кому, какая и в каком объёме нужна помощь? Ответ на него даёт диагностика. Точность диагностического вывода напрямую определяет судьбу коррекционной работы: если ребёнку ошибочно назначена адаптированная программа, школа рискует «занизить» его реальные возможности; если же помощь запаздывает, упускается сензитивный период, в который дефициты ещё поддаются компенсации с наименьшими затратами.

Особую сложность представляет категория детей с задержкой психического развития. В отличие от выраженных нарушений интеллекта или слуха, ЗПР редко заявляет о себе яркими, однозначными признаками. Границы этой категории размыты, картина развития подвижна, а внешние проявления легко спутать с последствиями педагогической запущенности.

Под задержкой психического развития принято понимать такое нарушение онтогенеза, при котором созревание когнитивных и эмоционально-волевых процессов происходит с отставанием от возрастного норматива, но сохраняет способность к продвижению при условии грамотно выстроенной помощи [3].

Ключевое слово здесь – «продвижение». Ребёнок с ЗПР принимает организующую и обучающую помощь взрослого, опирается на неё, переносит освоенный приём на новый материал и, что немаловажно, сохраняет познавательный интерес.

В отечественной клинико-психологической традиции закрепилась классификация К. С. Лебединской, построенная по этиологическому принципу. Она различает задержку конституционального происхождения (гармонический психофизический инфантилизм), соматогенную (обусловленную длительными хроническими болезнями), психогенную (связанную с неблагоприятными условиями воспитания) и церебрально-органическую [2]. Практика показывает, что именно последний вариант наиболее устойчив и требует наиболее длительной коррекционной работы: в его основе лежит лёгкая органическая недостаточность центральной нервной системы, которая проявляется в повышенной истощаемости, колебаниях умственной работоспособности и несформированности произвольной регуляции деятельности.

Нормативную опору диагностико-коррекционной работы задаёт федеральная адаптированная образовательная программа НОО для обучающихся с ЗПР. В ней разведены

два варианта программ. Вариант 7.1 рассчитан на детей, чей уровень развития к моменту поступления в школу близок к возрастной норме, но у которых отмечаются затруднения в произвольной саморегуляции и признаки социально-эмоциональной незрелости. Вариант 7.2 адресован детям с более выраженным отставанием познавательного развития: нарушения внимания, памяти и целенаправленности деятельности настолько существенны, что освоение программы может растянуться до пяти лет. Выбор между этими вариантами – тоже результат диагностики [1].

Комплексное обследование ребёнка с предположением о ЗПР не сводится к однократной встрече с тестами. Правильнее описывать его как цепочку последовательных шагов, на каждом из которых решается своя задача [6].

Первым шагом традиционно выступает сбор и анализ анамнеза. Специалист изучает течение беременности и родов, сроки раннего психомоторного развития, заболевания у членов семьи, условия воспитания, посещение дошкольной организации. Медицинская документация – заключения невролога, данные электроэнцефалографии, при наличии – нейровизуализации – позволяет отделить органическую природу задержки от последствий депривационных условий воспитания. Уже на этом этапе вырисовывается первичная гипотеза о структуре нарушения.

Второй шаг – собственно психолого-педагогическое обследование. Педагог-психолог и учитель-дефектолог выясняют актуальный уровень познавательного развития и, что важнее, характер затруднений ребёнка. Опытный диагност смотрит не столько на итоговый балл, сколько на сам процесс выполнения задания. Принимает ли ребёнок инструкцию с первого предъявления или нуждается в повторении? Какая помощь выводит его на правильное решение – организующая, направляющая или обучающая? Переносит ли он найденный способ на аналогичное задание? Критичен ли к собственным ошибкам? Их совокупность как раз и раскрывает внутренние условия, в которых протекает интеллектуальная деятельность ребёнка, – а именно они позволяют отделять ЗПР от стойкого интеллектуального недоразвития.

Третий шаг – логопедическое обследование. Логопед оценивает понимание обращённой речи, словарный запас, сформированность грамматического строя и связного высказывания, состояние фонематического восприятия и слоговой структуры слова. Принципиальный момент: при ЗПР речевые трудности, как правило, носят системный характер и оказываются вторичными по отношению к общей незрелости регуляторных и познавательных функций.

Четвёртый шаг – коллегиальное обсуждение и заключение психолого-медико-педагогической комиссии. Лишь ПМПК наделена полномочиями определять образовательный маршрут ребёнка и подтверждать статус обучающегося с ОВЗ. Заключение комиссии выносится по совокупности данных психолого-педагогического обследования. Заметим: комиссия не «ставит диагноз» в медицинском смысле – её задача описать особые образовательные потребности ребёнка и подобрать вариант программы.

Наибольшие затруднения у практиков вызывает разграничение задержки психического развития со смежными состояниями.

ЗПР и умственная отсталость. При интеллектуальном недоразвитии дефицит носит тотальный характер: страдает не какая-то одна функция, а вся познавательная деятельность в целом. Ребёнок не проявляет интереса к заданиям, помощь взрослого не приводит к переносу способа действия, обобщения строятся с трудом даже при опоре на наглядный материал. Ребёнок с ЗПР, напротив, охотно использует игровые и практические опоры, и его результаты заметно возрастают при дозированной помощи [5].

ЗПР и расстройства аутистического спектра. Внешне картины могут пересекаться: и там, и там встречаются речевая задержка и школьные трудности. Однако при РАС первично

страдает сама коммуникативная деятельность – ребёнок не стремится к взаимодействию, не использует жесты и обращение к взрослому как средство сообщения о своих потребностях. Ребёнок с ЗПР идёт на контакт, хоть и примитивными средствами, и старается быть понятым. Этот критерий – направленность на коммуникацию – часто оказывается решающим.

ЗПР и педагогическая запущенность. Здесь диагност вынужден работать с историей развития. При запущенности дефициты концентрируются в зоне знаний и представлений, тогда как нейродинамические характеристики – темп деятельности, переключаемость, работоспособность – остаются сохранными. При ЗПР страдают именно они. Помогает и анализ семейной ситуации: запущенность коррелирует с обеднённой развивающей средой и слабым включением взрослых в жизнь ребёнка.

Содержание обследования выстраивается по основным линиям развития – и для каждой линии существует свой апробированный инструментарий [7].

Внимание. Применяются корректурные пробы, задания на поиск отличий между картинками. У дошкольников хорошо зарекомендовала себя методика С. Лиепинь, дающая материал для суждения об устойчивости, распределении и переключении внимания [7].

Память. Классическое исследование включает методику «10 слов» А. Р. Лурии, задания на запоминание картинок, опосредованное запоминание по пиктограммам. Для детей с ЗПР характерны недостаточность опосредованного: механическое запоминание страдает меньше, чем осмысленное [7].

Мышление. Оценивается через задания на обобщение (называние группы предметов, одним словом), классификацию («четвёртый лишний»), сравнение понятий, восстановление последовательности событий по серии сюжетных картинок [7].

Интеллектуальное развитие. При необходимости уточнения диагноза используются адаптированные шкалы Векслера. Однако их результаты подлежат интерпретации только в связке с данными наблюдения и качественного анализа деятельности: сам по себе числовой показатель ничего не говорит о структуре нарушения [7].

Эмоционально-личностная сфера. Изучается проективными средствами – «Рисунок семьи», «Несуществующее животное», методика «Лесенка» [7].

Практика обследования дошкольников и первоклассников с ЗПР требует соблюдения ряда организационных условий. Нагрузку дозируют: продуктивная работа с ребёнком редко превышает 10–15 минут, после чего следует смена вида деятельности или пауза. Задания подаются в игровой форме, с наглядной опорой.

Существенная методическая ошибка – считать обследование завершённым актом после выдачи заключения. Развитие ребёнка с ЗПР отличается нелинейностью и высокой зависимостью от эмоционального состояния и соматического фона. Поэтому современная практика сопровождения предусматривает регулярный мониторинг: не реже одного раза в год специалисты сопоставляют текущие показатели с данными первичного обследования, отмечают как позитивные, так и негативные сдвиги и корректируют содержание коррекционно-развивающей работы.

Особого внимания заслуживает диагностика подростков с ЗПР. Групповые бланковые методики в этой возрастной группе применимы лишь в малых группах.

Полученные бланковые данные обязательно подкрепляются качественными методами: наблюдением, диагностической беседой, анализом творческих и учебных работ. Поскольку у подростков с ЗПР затруднена адекватная самооценка, ведущую роль в итоговом суждении играют экспертные оценки педагогов.

Заключение

Диагностика ребёнка с задержкой психического развития – это не вынесение приговора, а построение рабочей гипотезы: о структуре нарушения, сохранных ресурсах и

необходимых условиях развития. Её результативность держится на трёх опорах. Во-первых, на комплексности: в обследовании участвуют врач, педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, педагог и семья, а данные каждого специалиста дополняют остальные. Во-вторых, на качественном анализе деятельности: итоговая цифра не заменяет описания того, как ребёнок действовал. В-третьих, на динамичности: обследование продолжается мониторингом на протяжении всего периода обучения. При соблюдении этих условий заключение ПМПК перестаёт быть формальной бумагой и превращается в основание индивидуального образовательного маршрута, а коррекционно-развивающая работа становится адресной, измеримой и, в конечном счёте, результативной.

Список литературы:

1. Об утверждении Федеральной адаптированной образовательной программы начального общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья: приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 22.03.2021 № 102 (в действующей редакции).
2. Лебединская, К. С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития / К. С. Лебединская // Дефектология. – 1985. – № 3.
3. Лубовский, В. И. Специальная психология / В. И. Лубовский. – Москва : Академия, 2005.
5. Левченко, И. Ю. Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии / И. Ю. Левченко, Н. А. Киселёва. – Москва : Книголюб, 2005.
6. Семаго, Н. Я. Организация и содержание деятельности психолога специального образования / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – Москва : АРКТИ, 2005.
7. Методические рекомендации по диагностике и мониторингу развития обучающихся с ЗПР / Институт коррекционной педагогики РАО.