

Тема 7. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ПОВЕДЕНИЯ

Вопросы для изучения:

1. Общая характеристика группы асинхронного развития
2. Диагностика дисгармонического развития
3. Диагностика искаженного развития

1. Общая характеристика группы асинхронного развития

В данную группу относятся эмоционально-волевые и поведенческие нарушения. Ведущим признаком группы нарушений является диспропорциональность (асинхрония) развития (В.В.Лебединский, 1985, с.28).

При нормальном психическом развитии имеет место гетерохрония - разновременное формирование различных функций: одних опережающих по отношению к другим.

В каждой возрастной период какая-либо одна из психических функций или их группа как бы «ведет» за собой развитие всех остальных. В следующий период развития другая функция или группа функций становится ведущей, тем самым, определяя ход психического развития ребенка в этот период.

Нарушение такого принципа развития (гетерохронии) – и есть асинхрония развития, при которой наблюдаются сложные сочетания

- недоразвития
 - ускоренного (акселеративного) развития
 - поврежденного развития
- } отдельных психических функций

Выделение группы «асинхронное развитие» является условной, т.к. асинхрония наблюдается, как мы уже отмечали, и при других видах дизонтогенеза.

К группе асинхронного развития относятся **2 вида дизонтогенеза:**

- дисгармоническое развитие;
- искаженное развитие.

2. Диагностика дисгармонического развития

Дисгармоническое психическое развитие – форма нарушений развития, при которой отмечается недостаточность развития эмоционально-волевой и мотивационной сферы личности при относительной сохранности остальных структур.

Дисгармоничность, диспропорциональность в психике может быть связана с генетическими, наследственными факторами, с действием внешних повреждающих факторов в раннем детстве (родовая травма и т.д.); с длительными неблагоприятными воздействиями на ребенка со стороны родителей, создающих неадекватные стереотипы эмоционального реагирования.

Моделями дисгармонического развития являются:

- ❖ психопатии и
- ❖ патологическое формирование личности.

Психопатия – нарушение формирования личности, проявляющаяся в стойкой дезадаптации в социальной среде.

Нарушения адаптации проявляются в стойких поведенческих нарушениях (вплоть до асоциального поведения в виде правонарушений и преступлений). Дисгармоничность психики, характерна для психопатии, обусловлена нарушениями в эмоционально-волевой сфере. Первично-сохранный интеллект не регулирует эмоциональную сферу, а часто находится от него в большей зависимости, чем это наблюдается в норме.

Дисгармоничность, **асинхрония** развития наблюдается и в самой **эмоциональной сфере**. При всех психопатиях наблюдается нарушение (недостаточность) **элементарных эмоций**, связанных с инстинктами, жизненным тонусом, общим состоянием организма и вытекающих из органических потребностей человека.

Нарушения низших, элементарных эмоций чаще всего проявляется в динамических расстройствах (повышенной возбудимости, патологической лабильности или инертности) и в преобладании модальности эмоций (страха, гнева, печали и пр.).

Недостаточность же **высших эмоций**, связанных с удовлетворением общественных потребностей (интеллектуальные чувства – любознательность, радость открытия; моральные – симпатии, антипатии, долга, личного достоинства и др.; эстетическое удовлетворение; чувства успеха, неудачи и т.д.) при разных психопатиях имеет различный характер:

- чаще – недоразвитие или задержка формирования высших эмоций;
- реже – частичная акселерация их (например, при шизоидной психопатии).

Сочетание расстройств и особенностей эмоциональной сферы порождает многообразие вариантов психопатий.

По причинам возникновения психопатии делятся на:

конституциональные – зависящие в большей степени от наследственной предрасположенности;

органические – связанные с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы жизни.

- **К конституциональным психопатиям** относятся шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психастенические, истерические.

Шизоидная психопатия может проявляться еще в дошкольном и младшем школьном возрасте. Она проявляется в виде **нарушений контакта со сверстниками, необычности интересов**. С раннего детства дети необщительны, живут в мире абстрактных, не по возрасту сложных проблем. Вопросы быта, одежды, еда, собственная внешность не вызывают у них интереса.

Для многих детей характерно раннее возникновение интеллектуальных интересов (к математике, физике, другим точным наукам), любовь к чтению, природе, склонность к коллекционированию. Часто обращает на себя внимание хорошая речь. Развитие речи обгоняет развитие моторики, в чем проявляется своеобразная асинхрония развития. Неловкость мелкой моторики, затруднения в овладении навыками самообслуживания и моторными навыками письма также характеризует детей с шизоидной психопатией.

При данном расстройстве нет полного отрыва от окружающего (как при шизофрении), имеются замещающие формы общения и деятельности: вместо общения с детьми наблюдается предпочтение бесед со взрослыми, вместо игры – ранняя фиксация на интеллектуальной деятельности.

Эпилептоидная психопатия характеризуется отсутствием первичных для эпилепсии судорожных расстройств и может проявляться с 2-3-х летнего возраста в виде бурных и стойких отрицательно окрашенных эмоциональных реакций.

Характерным является **инертность психических процессов, эмоциональная вязкость**.

Таким детям свойственно гипертрофированное стремление к установленному порядку, педантизму. Неукоснительно требовательны в отношении соблюдения определенного порядка и правил к себе и другим людям. Изменения в окружающем, даже сами по себе приятны для ребенка (экскурсия), но требующие быстрого переключения на другой вид деятельности вызывают «немотивированное» упрямство.

Стремление следовать правилам, нормативам вызывает у этих детей потребность в лидерстве. Неподчинение со стороны других детей ставит ребенка с психопатией в условия необходимости быстрого принятия решения, а невозможность этого порождает вспышки гнева и агрессии. Помнят нанесенную обиду и отличаются мстительностью.

Циклоидный тип психопатии характеризуется **немотивированными колебаниями настроения**. Редко встречается в раннем возрасте, обычно проявляясь к среднему школьному возрасту. Чаще бывают **гипертимный** вариант с преобладанием повышенного фона настроения. Эти дети склонны к шуткам, озорству, чрезмерной общительности, отличаются стремлением получить удовольствие «здесь и

сейчас», непереносимостью ограничений и запретов. Такой ребенок не выражает, открыто свой протест против ограничений, а игнорирует их, занимаясь более привлекательной деятельностью. Часто отмечается повышенный травматизм из-за высокой склонности к риску в период повышения настроения.

Психастенические личности (склонные к тревожности, с патологической нерешительностью) часто появляются уже в 3-4 года. У них наблюдаются страхи за жизнь и здоровье, свое и близких, боязнь нового, незнакомого, трудности в принятии решений, постоянные сомнения в выборе цели и средств ее достижения. Нарушения порядка и режима, вызывают эмоции страха и тревоги. На помещение в детский сад, школу, перевод в новый класс и т.п. дети реагируют повышением температуры, рвотой.

Истерическая психопатия не всегда имеет конституциональное происхождение, может быть обусловлена негрубыми вредностями (обменно-трофического характера) в раннем детстве. Чаще встречается у девочек, чем у мальчиков. Для детей характерна «жажда признания», стремление быть в центре внимания, что в дошкольном возрасте проявляется в виде капризов, вымыслов, фантазирования (в фантазиях ребенок всегда выступает в роли героя или жертвы, но никогда – в роли постороннего наблюдателя).

В школе демонстративность поведения проявляется в своеобразии одежды, прически, поведения, в вымыслах о себе украшающего плана. Выражен конфликт между высоким уровнем притязаний, жадной жаждой признания и неточностью к длительному, волевому усилию, которая снижает успешность в учебе. Ущемленное в связи с этим самолюбие приводит к частым конфликтам с учителями, а иногда к оговорам и вымыслам. Дети склонны к интригам, ревнивы к похвалам в адрес других.

➤ Наиболее часто среди органических психопатий встречается **возбудимый (эксплозивный) тип**. Чаще наблюдается у мальчиков. Клинической основой данного типа является усиление процессов возбуждения при недостаточности процесса торможения, что является причиной эмоциональной и двигательной возбудимости. Уже в 2 – 3 года эти дети обращают на себя внимание легкостью возникновения эмоциональных реакций злости, агрессии. Эти состояния возбуждения наступают внезапно, сразу же при ощущении неудовлетворенности потребности. Такие дети представляют значительные трудности в коллективе: бьют детей (в драках безудержны), дерзят взрослым. В ответ на малейшие замечания возникают бурные реакции протеста, ухода из школы, дома.

Следует отметить, что клинически «чистые» варианты психопатий достаточно редки. Чаще всего встречается переплетение черт, свойственных разным видам психопатий.

Задание для самостоятельной работы: решить диагностические задачи (определить, с чем связаны нарушения поведения у детей):

1) Олег А., ученик 1-го класса. Обратилась учительница с жалобой на нарушения поведения: мальчик отказывается выходить из класса на переменах, участвовать в занятиях физкультурой, иногда не отвечает у доски. Успеваемость неравномерная: хорошо дается математика, чтение, при грамматически правильном письме устойчиво необычный почерк.

Из беседы с родителями выяснилось, что мальчик на неоднократные попытки отдать его в детский сад реагировал крайне болезненно и поэтому воспитывался дома. Рано научился говорить, охотно общается со взрослыми, интересуется астрономией, знает все созвездия. К школе относится с интересом, но до сих пор не знает ни одного из своих одноклассников по имени. Движения неловкие, до сих пор мать помогает ему одеваться, а иногда и кормит. Уроки физкультуры вызывают у мальчика отвращение содержанием (трудно выполнять гимнастические упражнения, ловить мяч и т.д.) и тем, что одноклассники смотрят на него; не нравится и процесс переодевания.

2) Юлия Б., ученица 4-го класса. Обратилась мама по инициативе классного руководителя в связи с нарушениями поведения. Педагог беспокоит то, что девочка стремится привлечь к себе внимание, рассказывает странные фантастические истории, в которых сама является главной героиней: то ее похитили инопланетяне, то нападают бандиты и т.д. Учится девочка неравномерно в зависимости от интереса к предмету и конкретной теме. Мама Юли также отмечает склонность дочери к

фантазированию, но жалуется и на то, что с первых лет жизни девочка была нетерпима к требованиям и запретам. Добиваясь своего, падает на пол и кричит, стучит ногами и руками. Такие реакции сохранились и в школьном возрасте. Часто на любые требования реагирует громким плачем. Любит привлекать внимание к себе гостей, поет, танцует, рассказывает о своих успехах в школе.

Характеризуя психопатии, следует также отметить, что наряду с **биологическим фактором** (наследственность и т.д.) существенная роль в возникновении данного нарушения принадлежит **средовому фактору** – воспитанию. Благоприятные средовые условия способствуют сглаживанию патологических черт характера, компенсации психопатии.

Неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация является причиной и **патологического формирования личности.**

Его основными вариантами являются:

1. Аффективно возбудимый

Черты возбудимости, склонности к агрессии, гневу, конфликтности формируются у ребенка как имитация аналогичного поведения взрослых или, наоборот, как закрепление реакции протеста (чаще наблюдается в неблагополучных семьях, с алкоголизмом родителей, ссорами, жестокостью и т.д.).

2. Истероидный

Может формироваться как реакция протеста в среде аналогичной вышеописанной, или возникнуть в условиях гиперопеки (воспитание по типу «Кумира семьи»), когда непосредственно развивается завышенная самооценка, нежелание делать волевое учение и т.д.

3. Психическая неустойчивость

В условиях гипоопеки (безнадзорности) у ребенка не формируется чувство долга, ответственности, способность преодолевать трудности и т.д.; развивается неустойчивость, импульсивность поведения, его зависимость от желаний в данный момент.

2. Тормозимый

Формируется в условиях гиперопеки, при которой авторитарность, деспотичность воспитания, подавляют в ребенке самостоятельность, инициативу, делают его робким, пассивным, тормозимым.

Наиболее типичными клиническими диагнозами для детей и подростков дисгармонического типа психического развития являются:

- по МКБ-9: «формирование личности по истерическому) типу», «невротическое развитие личности», «характерологические и патохарактерологические реакции», «психопатия возбудимого (тормозимого) типа», «патологическое формирование личности»;

- по МКБ-10:

F91 «расстройство поведения»,

F92 «смешанные расстройства поведения и эмоций»,

F93 «эмоциональные расстройства, специфичные для детского возраста»,

F94 «расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского возраста»,

F98 «другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся отлично в детском и подростковом возрасте».

При психолого-педагогическом обследовании в целях дифференциации дисгармонического развития и умственной отсталости следует учитывать следующие особенности детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения:

1. Особенности развития когнитивной сферы

Развитие познавательных процессов в целом соответствуют условной возрастной норме. В то же время результативность выполнения тех или иных заданий, продуктивность познавательной деятельности в целом может иметь значительные колебания в зависимости от эмоционального состояния обследуемого ребенка.

2. Особенности обучаемости

Обучаемость достаточна, но может быть специфична: в состоянии стресса, эмоционального дисбаланса обучаемость резко снижается, и дети могут демонстрировать порой даже феномен «умственной отсталости».

3. Особенности критичности

Критичность может быть достаточной или сниженной (при истерической, эксплозивной психопатии).

4. Особенности адекватности поведения

Адекватность может быть достаточной. Также может наблюдаться демонстративная неадекватность или неадекватность в виде протестно-эмоциональных реакций (по типу аффективных вспышек), которые, как правило, имеют причину и связаны с несформированностью регуляторных функций.

При диагностике дисгармонического психического развития основное внимание уделяется исследованию отклонений в личностном развитии детей и подростков. С этой целью используются следующие **методы**:

- 1) Анамнестический
- 2) Беседа, наблюдение
- 3) Специальные экспериментальные методы (моделирование определенных видов деятельности, ситуаций, некоторые аппаратурные методики и т.д.)
- 4) Личностные опросники (методы, базирующиеся на самооценке)
- 5) Проективные методы

Среди **личностных опросников** наиболее часто используются:

- патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А. Личко – для диагностики типа психопатий и акцентуаций характера у подростков 14 – 18 лет;
- опросник Шмишека – для диагностики наличия и типа акцентуаций у детей с 8 – 9 лет и подростков;
- шкала MMPJ (Миннесотский многоаспектный личностный опросник) – для диагностики типов личности у взрослых;
- шкала «Проявлений тревожности» (автор – Дж. Тейлор);
- 16-PF (16-ти факторный опросник) Р. Кеттелла – для диагностики определенных черт личности и др.

Для изучения **самооценки** используется методика Дембо-Рубинштейн, **уровня притязаний** – методика Хоппе.

С целью **интегральной оценки личности ребенка и ее структурных компонентов** широко используются **проективные методики**:

- графические («Дом – дерево – человек» (ДДЧ), «Несуществующее животное», «Свободный рисунок» и др.);
- методика Люшера, ЦТО;
- методика Роршаха «Чернильные пятна»;
- ТАТ, САТ;
- Методика Розенцвейга;
- Методики завершения предложений, рассказа и др.
-

Задание для самостоятельной работы: ознакомиться с психологическими особенностями детей с разными видами психопатий, которые обнаруживаются при патопсихологическом обследовании (библиография по разделу № 3, с. 94 – 105).

3. Диагностика искаженного развития

К данному виду дизонтогенеза относится **ранний детский аутизм (РДА)**.

Аутизм – это «отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой» (К.С. Лебединская).

РДА был описан в 1943 г. Л. Каннером как особое болезненное состояние, а в 1944 г. Р. Аспергером как патологическую конституционную структуру, ближе к психопатической. В настоящее время РДА кодифицируется в МКБ10 как F84 «Общие расстройства развития». В данный код включается:

F84.0 “Детский аутизм”

F84.5 “Синдром Аспергера”

Несмотря на то, что детский аутизм был описан более 50-ти лет назад, причины аутизма недостаточно ясны.

К этиологическим факторам РДА относятся

- ∇ наследственная предрасположенность,
- ∇ раннее органическое поражение ЦНС,

психогенный фактор – хроническая психотравмирующая ситуация, вызванная нарушением эмоциональной связи ребенка с матерью, холодностью матери, ее деспотическим давлением, парализующим эмоциональную сферу и активность ребенка.

Основными признаками РДА, согласно Л. Каннеру, является триада симптомов:

1. аутизм с аутистическими переживаниями (нарушение способности к установлению эмоционального контакта);
2. стереотипное однообразное поведение с элементами одержимости;
3. своеобразное нарушение речевого развития.

Аутизм проявляется наиболее ярко в возрасте **3 – 5 лет**. В раннем возрасте можно наблюдать следующие характерные проявления:

- поздно возникает «комплекс оживления», ребенок не фиксирует взгляд на лицах, при этом обращает внимание на предметы;
- на руках у матери ребенок может быть либо вялым, либо избыточно напряженным, не выбирает удобной позы, на руки не просится, часто предпочитая, находится в кровати, коляске и т.д., в то же время иногда легко идет на руки ко всем;
- своих близких аутичный ребенок узнает, но при этом насыщенной и продолжительной эмоциональной реакции не проявляет;
- к ласке ребенок с аутизмом относится необычно: иногда равнодушно (терпит ее) или даже неприязненно, но даже если испытывает приятные ощущения, то быстро пресыщается.

Аутичный ребенок, как правило, находясь среди других людей, ведет себя так, как будто он один: не обращает внимание на других, не откликается на свое имя, смотрит мимо, чаще всего молчит. Отмечается отсутствие или слабость контактов по отношению к близким, стремление тщательно скрывать свой внутренний мир от окружающих.

В то же время аутичный ребенок характеризуется повышенной ранимостью, пугливостью, повышенной чувствительностью к обычным сенсорным раздражителям: свету, звуку. Сверхсильным раздражителем для него является человеческое лицо, поэтому ребенок с РДА избегает зрительных контактов, прямого взгляда. Очень рано появляются страхи, различные по своей природе. Часто даже обычные предметы и явления вызывают у такого ребенка чувство страха (игрушки, бытовые предметы, шум воды и т.д.). Страхи вызывает и все новое, поэтому наблюдаются бурные реакции тревоги и протеста на изменение привычной обстановки. С состоянием страхов связаны и различные действия, носящие характер ритуалов.

Стереотипность в поведении проявляется как выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и как наличие однообразных действий:

- моторных (раскачивание, постукивание, прыжки и т.д.);
- речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз);
- однообразных игр, стереотипных манипуляций каким-либо предметом (пересыпание песка в песочнице, перебирание веревки между пальцами и т.д.).

К особенностям речевого развития у детей с РДА относятся:

- мутизм (отсутствие речи);
- эхолалии (повторение слов, фраз, сказанных другими людьми, часто спустя некоторое время);
- речевые штампы - слова и фразы (фонографичность, «попугайность» речи);
- отсутствие в речи первого лица (о себе говорит «он» или «ты», о других – иногда «я»);
- нарушение семантики (расширение или чрезмерное – до буквальности – сужение толкование значений слов).

Характерные особенности речевого развития ребенка при РДА обусловлены недоразвитием коммуникативной функции речи. Нарушение функции речевого общения при РДА может сочетаться с наличием богатого не по возрасту словарного запаса.

Данная особенность является проявлением неравномерности искаженного развития (асинхронии), когда отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие – патологические ускоренно.

Другие **проявления неравномерности развития** при РДА:

- особенности моторики: движения угловатые, вычурные, несоизмеримые по силе и амплитуде; часто нарушена походка. Иногда тонкая моторика в отдельных своих проявлениях развивается раньше, чем общая;
- особенности пространственных представлений: успешность усвоения сложных речевых конструкций (по ориентировке в пространстве) может сочетаться с нарушением ориентировки в собственном теле, себя в пространстве;
- нередко развитие гнозиса определяет праксис (при нормальном психическом развитии – наоборот);
- парциональность, своеобразие интеллектуального развития: справляясь с заданием абстрактного характера (например, $2 + 3 = ?$), ребенок с трудом выполняет задачу с конкретным насыщением («У тебя было 2 яблока, мама дала еще 3, сколько стало?»)

Нарушения мышления по типу искажения при РДА проявляются в разноплановости мышления, опора на скрытые признаки, склонности к символике, вычурности. Так, при выполнении задания «Предметная классификация» ребенок с РДА может выделять группы по категориальным признакам («овощи, фрукты, мебель и др.) и одновременно – по цвету («помидор, шляпа, книга – красные»), и по латентным признакам («клоун и котенок – смешные»).

У детей с РДА отмечаются и специфические нарушения восприятия. Предметность восприятия окружающего мира искажается под влиянием аутистических страхов, поэтому дети с РДА часто воспринимают предметы не целостно, а на основании отдельных аффективных признаков.

В.В. Лебединский (1985) описывает результаты исследования со здоровыми детьми и детьми с РДА. Детям предлагался набор признаков взаимоисключающих друг друга, например, «маленький – пушистый – добрый – злой – с длинными зубами». Испытуемые должны были указать, кто был задуман. Здоровые дети отказывались от решения, указывая на противоречие, а дети с РДА называли волка, крокодила и т.д., т.е. ориентировались на отдельные признаки для возникновения образа предмета, вызывающего страх.

Интеллектуальная недостаточность не является обязательным симптомом РДА. У детей с РДА могут быть хорошие интеллектуальные данные, и даже одаренность в различных областях (абсолютный музыкальный слух, умение рисовать, считать, играть в шахматы).

Вместе с тем, часто наблюдается неравномерность развития отдельных интеллектуальных функций, как и неравномерность развития деятельности в целом: ребенок часто с легкостью осваивает какое-либо сложное научное понятие, но затрудняется в элементарном (например, в завязывании шнурков).

Содержание игр, так же как и интеллектуальной деятельности детей с РДА, далеко от реальной ситуации. В играх таких детей отмечаются фантазии с полным отрывом от реальности (ребенок, взяв на себя роль «собачки» в игре, требует не называть его по имени, а по-особому кормить, ложиться спать на полу и т.п.).

Диагностика РДА проводится с 3 – 4 лет с учетом ранних признаков проявления аутизма и включает комплексное медицинское (педиатр, психиатр и т.д.) и психолого-педагогическое обследование в привычных для ребенка условиях (в некоторых случаях – и дома у ребенка). При обследовании детей с РДА необходимо соблюдать следующим **рекомендациям**:

- дать возможность ребенку обследовать помещение, убрав предварительно острые, бьющиеся и т.п. предметы;
- избегать зрительного и тактильного контакта с ребенком в первые минуты обследования;
- в течение всего обследования говорить тихим голосом, не делать резких движений, не использовать крупных, ярких, резко звучащих игрушек;
- предлагать ребенку 2 – 3 однотипных задания и сразу позволять прекращать ему деятельности, или наступает пресыщение.

Важной задачей диагностики является дифференциация РДА от других нарушений развития. При этом следует обратить внимание на наличие таких характерных признаков, как:

- отсутствие жестикulatoryного и мимического общения при аутизме и наличие его при алалии;
- наличие эмоциональной откликаемости при умственной отсталости и отсутствие ее при РДА.

При изучении детей с РДА используются те же методы, что и при обследовании детей с дисгармоническим развитием (п. 5.2.) с учетом вышеописанных рекомендаций.

Искаженное психическое развитие по своей структуре является сходным с дисгармоническим. Это сходство состоит в сочетании явлений нарушений развития одних систем с акселерацией других и в нарушении последовательности развития ряда психических функций. Однако если дисгармоническое развитие характеризуется врожденное или приобретенной стойкой диспропорциональностью психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере, то основой искаженного развития является текущий болезненный процесс.

При РДА на разных этапах развития создаются различные виды искаженных межфункциональных связей: сложные сочетания недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, которые приводят к ряду новых патологических образований.

ТЕКСТ-КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ:

Установите соответствия:

1. Искаженное развитие РДА
Поврежденное развитие.....?
Дисгармоничное развитие.....?
2. Дефицитарное развитие асинхрония развития анализаторов
Замедленное развитие.....?
Психическое недоразвитие.....?

РЕПОЗИТОРИЙ ГГУ ИМЕНИ Ф. СКОРИН

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. Проблема исследования интеллекта детей в современной психолого-педагогической диагностике.
2. Применение тестов по отношению к детям с особенностями психофизического развития.
3. Диагностика показателей межполушарного взаимодействия.
4. Диагностика психофизиологических особенностей детей.
5. Наблюдение как метод психолого-педагогической диагностики.
6. Использование беседы при диагностическом изучении детей.
7. Применение графических методов для диагностики уровня интеллектуального развития детей.
8. Применение графических методов для исследования личности детей.
9. Возможности использования проективных методик при изучении личности детей с особенностями психофизического развития.
10. Диагностика детско-родительских отношений.
11. Диагностика развития детей раннего возраста.
12. Диагностика готовности детей с особенностями психофизического развития к школе.
13. Мониторинг педагогического процесса.
14. Педагогическая диагностика: сущность, функции, объекты, уровни.
15. Диагностика развития детей.
16. Диагностика обучения.
17. Воспитательный процесс как объект педагогической диагностики.
18. Диагностика педагогической деятельности.
19. Современное состояние психодиагностики в Республике Беларусь.
20. Этические аспекты диагностической деятельности.

УЧЕБНОЕ ПОРТФОЛИО
по курсу «Психолого-педагогическая диагностика»

«Учебные портфолио» – материализованные продукты учебно-познавательной деятельности, «коллекция» работ студентов по данному предмету. Портфолио демонстрирует учебные достижения по курсу, основным смыслом его составления является показать все, на что способен обучающийся при усвоении дисциплины. В состав учебного портфолио по «Психолого-педагогической диагностике» входят следующие продукты учебно-познавательной деятельности студента:

- рефераты, доклады по проблемам психолого-педагогической диагностики;
- копии статей из журналов и книг, прочитанных по темам курса;
- каталоги литературы по отдельным вопросам психолого-педагогической диагностики, аннотированный список литературы и Интернет-ресурсов по предмету, тематические научные обзоры из периодических изданий и Интернета;
- таблицы, схемы, рисунки по отдельным темам;
- тезаурус (гlossарий) учебного курса, тематический терминологический словарь, словарь диагностических понятий;
- кроссворды по темам курса;
- алфавитный перечень диагностических методик, картотека методов диагностики;
- комплекты стимульного материала и описание диагностического инструментария, диагностические наборы для обследования детей разного возраста;
- материалы (протоколы) и результаты аутодиагностики, образцы детских рисунков с интерпретацией;
- результаты программированного самоконтроля знаний и тестирования по разделам курса;
- материалы лабораторных работ и письменных заданий к практическим занятиям;
- составленные студентами тесты учебных достижений;
- работы из смежных дисциплин и практических ситуаций, в которых студент использовал свои знания и умения по психолого-педагогической диагностике;
- листы самоконтроля с описанием того, какие затруднения испытывает студент при изучении темы курса, и в какой помощи он нуждается.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. СПб., 2001.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. СПб., 1999.
3. Детская психодиагностика и профориентация: Учеб пособие / Ред. – сост. Л.Д.Столяренко. Ростов-н/Д., 1999.
4. Общая психодиагностика: Учеб. пособие / Под ред. Н.А.Бодалева, В.В.Столина. М., 1987.
5. Основы психодиагностики: Учеб. пособие / Под общ. ред. А.Г.Шмелева. Ростов-н/Д., 1996.
6. Психологическая диагностика: Учеб. пособие / Под ред. К.М.Гуревича, Е.М.Борисовой. М., Воронеж, 2001.

Дополнительная:

1. Акимова М.К., Козлова В.П. Психофизиологические особенности индивидуальности школьников: Учет и коррекция: Учеб. пособие. М., 2002.
2. Бурлачук Л.Ф. Введение в проективную психологию. Киев, 1998.
3. Бурменская Г.В., Карабанова, О.А., Лидерс А.Г. Возрастно-психологическое консультирование: Проблемы развития детей. М., 1990.
4. Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика: Практическое руководство. М., 2001.
5. Волков Б.С., Волкова Н.В. Детская психология: Логические схемы. М., 2002.
6. Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Практикум по возрастной психологии: Учеб. пособие. СПб., 2002.
7. Горбатов Д.С. Практикум по психологическому исследованию: Учеб. пособие. М., 2000.
8. Диагностика и коррекция психического развития дошкольников / Под ред. Я.Л.Коломинского, Е.А.Панько. Минск, 1997.
9. Диагностика умственного развития дошкольника / Под ред. Л.А.Венгера, В.В.Холмовской. М., 1978.
10. Дружинин В.Н. Психодиагностика общих способностей. М., 1996.
11. Ингенкамп К. Педагогическая диагностика. М., 1991.
12. Карандашев Ю.Н. Основы возрастной диагностики психического развития в раннем детстве. Минск, 1993.
13. Максимов В.Г. Педагогическая диагностика в школе. М., 2002.
14. Педагогическая диагностика // Российская педагогическая энциклопедия: В 2 тт. / Гл ред. В.В.Давыдов. М., 1998, Т. 2, С. 257 – 259.
15. Педагогическая диагностика в школе / Под ред. А.И.Кочетова. Минск: , 1987.
16. Практикум по психофизиологической диагностике: Учеб. пособие. М., 2000.
17. Психодиагностика детей / Сост. А.С.Галанов. М., 2002.
18. Рабочая книга школьного психолога / Под ред. И.В.Дубровиной. М., 1991.
19. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учеб. пособие. М., 1995.
20. Романова Е.С., Потемкина О.Ф. Графические методы в психологической диагностике. М., 1992.
21. Степанов С.С. Диагностика интеллекта методом рисуночного теста. – М., 1995.
22. Ушатиков А.И., Ковалев О.Г., Борисов В.Н. Аудиовизуальная психодиагностика: Практикум. М., 2000.
23. Фридман Л.М. и др. Изучение личности учащегося и ученических коллективов. М., 1988.
24. Хюльбрюгге Т. и др. Мюнхенская функциональная диагностика развития: Первый год жизни. Минск, 1997.
25. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. М., 1998.

ВОПРОСЫ к экзамену по курсу «Психолого-педагогической диагностики»

1. Предмет, задачи, сферы практического применения психодиагностики.
2. Диагностика в сфере образования. Понятие «педагогическая диагностика».
3. История развития психологической диагностики.
4. Вклад Л.С. Выготского в развитие психологической диагностики.
5. Актуальные проблемы диагностики нарушений развития.
6. Понятие «психологический диагноз».
7. Систематизация психодиагностических методов.
8. Тест как метод диагностики.
9. Диагностика учебных достижений.
10. Использование тестов при изучении детей с ОПФР.
11. Опросники как метод диагностики.
12. Проективный метод.
13. Психофизиологические методики.
14. Контент-анализ.
15. Наблюдение как метод диагностики.
16. Беседа как метод диагностики.
17. Эксперимент как метод диагностики. Понятие об обучающем эксперименте.
18. Значение анамнестических данных при изучении детей с ОПФР.
19. Принципы, задачи и содержание диагностики нарушений развития у детей.
20. Виды диагностики нарушений развития у детей.
21. Организация диагностической деятельности ЦКРОиР.
22. Требования к технологии психолого-медико-педагогического обследования детей.
23. Этические аспекты диагностической деятельности.
24. Диагностика развития детей раннего возраста.
25. Психолого-педагогическая диагностика развития дошкольников.
26. Диагностика готовности к школьному обучению.
27. Психолого-педагогическая диагностика развития младших школьников.
28. Методики исследования арифметических ЗУН у детей.
29. Методики исследования чтения у детей.
30. Методики исследования письма у детей.
31. Методики исследования импрессивной речи у детей.
32. Методики исследования экспрессивной речи у детей.
33. Методики исследования зрительного восприятия у детей.
34. Методики исследования слухового и тактильного восприятия у детей.
35. Методики исследования образной памяти у детей.
36. Методики исследования логической памяти у детей.
37. Методики исследования внимания и работоспособности у детей.
38. Методики исследования наглядного мышления у детей.
39. Методики исследования словесно-логического мышления у детей.
40. Методики исследования воображения у детей.
41. Методики исследования межличностных отношений детей.
42. Методики исследования мотивационно-потребностной сферы детей.
43. Методики исследования эмоционально-волевой сферы детей.
44. Методики исследования самосознания у детей.
45. Диагностика нарушений интеллектуального развития детей.
46. Дифференциальная диагностика ЗПР.
47. Дифференциальная диагностика нарушений слуха.
48. Дифференциальная диагностика нарушений зрения.
49. Дифференциальная диагностика ДЦП.
50. Дифференциальная диагностика РДА.
51. Дифференциальная диагностика дисгармонического психического развития.
52. Дифференциальная диагностика ОНР и других дизонтогений, сопровождающихся речевыми нарушениями.