

Смирнова Юлия Евгеньевна
Магистрант кафедры специальной педагогики и
психологии Института педагогики и психологии Костромского
государственного университета,
г. Кострома,
МБОУ города Костромы СОШ №3 с углублённым изучением
отдельных предметов, педагог-психолог

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Аннотация: В статье представлены основные задачи дифференциальной диагностики и критерии проведения данного вида психодиагностики. Подробно рассматриваются проблемы применения дифференциальной диагностики в практической деятельности и приводятся предложения по решению указанных проблем.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика; интеллектуальные нарушения; отклонения в развитии.

Yulia Smirnova
Undergraduate of the Department of special pedagogy and psychology
of the Institute of pedagogy and psychology of Kostroma state University,
MBOU of Kostroma SOSH No. 3 with in-depth study of individual subjects,
teacher-psychologist

PROBLEMS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF INTELLECTUAL DISABILITIES

Abstract: The article presents the main tasks of differential diagnostics and criteria for this type of psychodiagnostics. The problems of applying differential

diagnostics in practice are considered in detail and suggestions for solving these problems are given.

Keyword: *differential diagnosis; intellectual disabilities; developmental disabilities.*

С введением интегрированного (инклюзивного) образования в российские школы, проблема дифференциальной диагностики интеллектуальных нарушений стала актуальной задачей не только для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК), но и для специалистов психолого-педагогического сопровождения обучающихся, испытывающих трудности в обучении, а также обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, в рамках общеобразовательных организаций. Актуальность задачи обусловлена не только отграничением одного вида отклонения от другого, но и адекватным подбором программ коррекционно-развивающей направленности, грамотной работой по сопровождению педагогического коллектива и родителей.

Проблемами дифференциальной диагностики интеллектуальных нарушений занимались многие отечественные специалисты (М.С. Певзнер, Г.Е. Сухарева, И.А. Юркова, В.И. Лубовский, С.Д. Забрамная, Е.М. Мастюкова, Г.Б. Шаумаров, О.П. Монкявичене, К. Новакова и многие другие). Столь пристальное внимание исследователей к дифференциальной диагностике обусловлена тем, что основной задачей дифференциальной диагностики исследователям представляется квалификация нарушения в развитии с отнесением конкретного случая к определенному варианту дизонтогенеза (нарушение психического развития) и педагогической группе.

Дифференциация позволяет отграничивать схожие состояния аномального развития различного происхождения; выяснять первичность или вторичность конкретного отклонения в развитии; изучать атипичное протекание нарушений психического развития; определять роль дефектов при комплексных отклонениях; выявлять связь между признаком нарушенного развития и повреждением структуры мозга (энцефалопатическим расстройством).

Наиболее важной и сложной частью дифференциальной диагностики является интерпретация выполненных детьми заданий. Данные, полученные в ходе психодиагностических мероприятий, нуждаются в качественном анализе и системном подходе. При этом качественная оценка обеспечивается посредством конкретных параметров. В связи с этим исследователями предлагаются различные критерии, служащие для оценки выполнения детьми диагностических заданий. Например, Н.Я. и М.М. Семаго выделяют такие параметры оценки, как адекватность поведения в ходе исследования; критичность к полученным результатам и собственному поведению, а обучаемость называют основным педагогическим критерием [2, с. 117].

Специалистами зачастую применяется так называемый клинический вариант обследования. Применение данного подхода не случайно, ведь он направлен на интенсивное, качественное и целостное изучение отдельных случаев. Следует отметить, что обследование в рамках этого подхода проходит в строго индивидуальном порядке. В ходе применения клинического подхода внимание акцентируется на качественном анализе способов выполнения испытуемым заданий. Исследователь учитывает характер и причины ошибок, а также продумывает, каким образом должна быть оказана помощь, чтобы полностью устранить данные ошибки.

В ходе общения с испытуемым специалист понимает, каким образом следует откорректировать инструкции к заданиям, нуждаются ли они в пояснении и уточнении. Помимо этого, специалистом принимается решение о необходимости стимулирования испытуемых в ходе выполнения поставленной задачи. Психолог может решить, что испытуемому необходимо предоставить больше времени, чем предполагалось изначально. В определенных случаях специалист вообще может отказаться от временных ограничений.

Посредством клинического подхода дифференциальной диагностики исследуется обучаемость испытуемого. В частности, специалистом проверяется способность испытуемого применять полученный опыт для решения последующей задачи. Предполагается, что усвоенные сведения или полученные

навыки применяются испытуемым самостоятельно и без посторонней помощи. В зависимости от индивидуальных особенностей испытуемого специалист гибко варьирует задания, ранжированные по уровню сложности.

Практическое применение любого подхода дифференциальной диагностики сопряжено с рядом трудностей. Например, возникают сложности при отграничении лёгкой умственной отсталости от задержки психического развития (ЗПР), так как при ЗПР, особенно церебрально-органического генеза, зачастую наблюдается картина, аналогичная умственной отсталости. Как правило, это выражается в функциональных нарушениях познавательной деятельности (расстройствах памяти, мышления), эмоциональных расстройствах. При ЗПР наблюдается преобладание энцефалопатических (неврологических) нарушений, а также дефицитность отдельных корковых и подкорковых функций [3, с. 2]. Для последнего проявления ЗПР характерны эмоциональная лабильность, быстрая истощаемость, неадекватная реакция на смену обстановки, патологическое упрямство, неустойчивое внимание, нестабильная успеваемость, а также неспособность к изменению психических процессов.

При ЗПР испытуемому трудно самостоятельно установить взаимосвязь между предметами, затруднены операции анализа и синтеза, чтобы сравнить предлагаемые объекты и выделить в них нечто общее. Ему трудно решать задачи, которые требуют решения на основе словесно-логического мышления.

При умственной отсталости наблюдается тотальное недоразвитие всех психических функций, причем способность к отвлечению и обобщению практически отсутствует. Помимо этого, испытуемые безынициативны, склонны к повторению заученных штампов, а также проявляют неспособность переключаться на новые виды работы, что практически не позволяет инициировать новые психические переживания.

Для постановки точного диагноза необходимо углублённое обследование, включающее анализ данных медицинской документации ребёнка, анализ школьной успеваемости и продуктов самостоятельной деятельности обследуемого. Необходимо также организовать беседу с родителями ребёнка,

школьными учителями, а также провести наблюдение за ребёнком, как в на уроках, так и в условиях перемены. В ходе обследования специалистом определяются факторы, которые свидетельствуют в пользу того или иного нарушения. При этом учитывается, что при ЗПР ребёнок остаётся критичен к своей деятельности и поступкам, способен переживать за результаты своего труда, неспешность. При этом он истощён, и не готов к длительному умственному напряжению. Практически любая деятельность, кроме интеллектуальной удаётся такому ребёнку больше и, соответственно, вызывает положительные эмоции. Внимание ребёнка с ЗПР может, как существенно не страдать, так быть неустойчивым, низкой концентрации, недостаточного объёма. Причём эти характеристики внимания обусловлены не нарушением функции внимания, как таковой, а недостатком произвольной регуляции деятельности. Обучаемость ребёнка с ЗПР, превосходит таковую у умственно отсталого ребёнка. Как правило, дети с ЗПР принимают направляющую и обучающую помощь, достаточно легко могут переносить усвоенные способы выполнения заданий на аналогичные. Следует обращать внимание и на состояние физического здоровья испытуемого. Плохое самочувствие отрицательно сказывается на результатах диагностики и может стать причиной к искажению данных. В ходе обследования он может быстро устать, стать рассеянным, наконец, замкнуться в себе. В результате его поведение будет схоже с поведением умственно отсталого [3, с. 5].

Следующей проблемой дифференциальной диагностики является отграничение умственно отсталых детей от детей с гармоническим инфантилизмом, для которых характерна задержка физического и психического развития. В данном случае дети с ЗПР проявляют повышенный интерес к окружающему миру. Они умеют обобщать, анализировать и синтезировать информацию. В игре дети с задержкой психического развития инициативны и самостоятельны, они обладают живым воображением. Если специалист предлагает им помощь в выполнении задания, они сразу понимают, как именно им может помочь взрослый человек [3, с. 5].

Нередко дифференциация применяется специалистами, чтобы установить первичное интеллектуальное отставание и нарушения речи. Следует отметить, что установить первопричину дефекта бывает непросто, так как расстройства мышления и дефекты речевой функции встречаются в различных сочетаниях. Например, при умственной отсталости недоразвитие интеллекта осложняется речевым дефектом, а нарушения речевой функциональной системы провоцируют задержку умственного развития.

В этих случаях в ходе дифференциальной диагностики специалистами учитываются особенности психического состояния ребенка. При умственной отсталости ребенок практически не ориентируется в окружающем пространстве: не умеет определять направление движения (налево-направо, вперед-назад), у него слабо развита пространственная ориентировка на плоскости (над, под, слева от, справа от, между, посередине). Знания такого ребенка – малы, а суждения – ограничены. Ему трудно выполнять предлагаемые специалистом задания, при этом от помощи он отказывается, что указывает на слабость зоны ближайшего развития. Дефекты речи проявляются в бедном словарном запасе, примитивных фразах, неправильном произношении звуков [2, с. 130]. Иными словами, при умственной отсталости взаимодействие ребёнка и взрослого, а также результативность совместной работы ограничены, что затрудняет процесс совместного достижения результата деятельности, что позволило бы выйти на более высокий уровень интеллектуального развития.

Ребенок с истинным нарушением речи может не справиться со сложным заданием, но он выполняет требуемое по образцу, то есть осуществляет перенос. Специалистами отмечается высокая продуктивность при выполнении заданий на невербальном уровне, что свидетельствует об интеллектуальной сохранности. Взгляд ребенка осмыслен, он адекватно реагирует как на окружающую обстановку, так и на результаты, полученные в ходе исследования (радуется или огорчается). Таким образом, специалист делает вывод в пользу того, что данный недостаток психического развития носит временный характер и нивелируется в

ходе коррекционно-развивающей работы. В результате речь постепенно будет развиваться, что повлечёт за собой динамику интеллектуального развития.

Особая группа представлена детьми с дислексией и дисграфией – данные отклонения представляют собой специфические трудности и нарушения выработки навыков чтения и письма. Такие дети социально адаптированы, а в бытовых условиях – находчивы и сообразительны. Они умеют продуктивно использовать оказанную (или оказываемую) им помощь, а также применять усвоенные навыки для решения аналогичных (или более сложных) задач. Важной особенностью, отличающей их от умственно отсталых, является мозаичность структуры интеллектуальных функций [3, с. 15]. Иными словами, одни функции центральной нервной системы уже сформировались и развиваются в нормальном темпе, а формирование других замедлено.

Педагогическая запущенность редко становится единственной причиной дислексии или дисграфии, так как причиной данных нарушений также являются диффузные поражения участков головного мозга. Самым эффективным способом преодолеть данные нарушения является налаженный процесс коррекционной работы.

Зачастую впечатление умственно отсталых производят дети с нарушениями зрения и слуха. Сенсорные нарушения приводят к тому, что ребенок получает неполное или искаженное представление о внешнем мире, что обедняет круг его представлений, замедляет формирование понятий. Дети с нарушениями зрения и слуха испытывают трудности при общении со сверстниками, что делает их замкнутыми и необщительными. Недостаток информации об окружающем мире и нехватка общения нередко приводят к появлению неадекватного поведения. Однако, в ходе диагностики специалистом выясняется, что ребёнок с нарушением слуха легко справляется с логической задачей на невербальном уровне, не требующем опоры на слуховую систему (например, раскладывает сюжетные картинки так, чтобы получился рассказ без помощи взрослого), а ребёнок с нарушением зрения выполняет соответствующие устные задания.

Одним из актуальных вопросов специальной педагогики и психологии является вопрос дифференциации таких нарушений, как умственная отсталость и расстройства аутистического спектра (РАС). С одной стороны, РАС бывает при любом уровне развития интеллекта, с другой – совершаются дифференциальные ошибки по отграничению РАС от СДВГ, РАС от умеренной умственной отсталости. Так как отсутствие познавательного интереса и целенаправленной активности, эмоциональная «тупость» или вялость, неустойчивость аффекта, неадекватное поведение, нарушение произвольной регуляции деятельности, отсутствие речевой коммуникации и пр. могут быть проявлениями любого из этих отклонений развития, а тактика коррекционно-развивающего воздействия, ожидания и результат могут значительно различаться.

По словам Исаева Д.Н., в ходе проведения дифференциальной диагностики следует отграничивать умственную отсталость от целого ряда психических расстройств [1, с. 56]. Ведь аналогичные проявления могут встречаться при шизофрении, болезни Геллера, органических и симптоматических психозах, синдроме раннего детского аутизма, эпилепсии, при органических синдромах. Исследователь поясняет, что все синдромы затрудняют проведение дифференциальной диагностики, так как практически все пациенты производят впечатление умственно отсталых.

Таким образом, им подчеркивается, что дифференциальный диагноз проводится вовсе не с неясным состоянием «фальшивой отсталости», а с реальными психическими расстройствами. Задача специалиста состоит в том, чтобы выявить истинную причину псевдоотсталости, а затем подобрать лечебную, реабилитационную или коррекционно-развивающую программу.

Подводя итог можно отметить, что актуальным остаётся вопрос о необходимости разработки чётких критериев, способствующих отграничению одного нарушения от другого, а также разработка единых подходов к дифференциальной диагностике нарушений развития у специалистов разных отраслей, принимающих участие в изучении дизонтогенеза.

Список литературы:

1. Бабкина Н.В. Роль осознанной саморегуляции в реализации когнитивных и личностных ресурсов ребенка с задержкой психического развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 40–55. URL: <http://net.knigi-x.ru/24psihologiya/495158-1-rol-osoznannoy-samoregulyacii-realizacii-kognitivnih-lichnostnih-resursov-rebenka-zaderzhkoy-psihicheskogo-razvitiya-babkin.php> (дата обращения: 01.12.2019).
2. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. – Л.: Медицина, 1982. –224 с.
3. Морозов С.А. К вопросу о смене диагноза аутизм: мнение специалиста // Аутизм и нарушения развития. – 2015. - № 3(48). С. 43-44.
4. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Теория и практика оценки психологического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. СПб.: Речь, 2005. – 335 с.
5. Лекции по дисциплине «Психолого-педагогическая диагностика детей с нарушениями речи» // Министерство Образования и науки Российской Федерации НОЧУ ВПО «МОСКОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЙ ИНСТИТУТ» URL: http://asu.msgi.info/Universys_DWNL/Library/FF2F5088-6588-4B18-A3DE1B91B1C6E392/%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85-%D0%BF%D0%B5%D0%B4%20%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%D1%829_%D0%B V.pdf (дата обращения: 03.10.2020).