МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МУРМАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Контрольная работа

ПО ДИСЦИПЛИНЕ: «ПСИХОЛОГИЯ»

ТЕМА: «МЕТОДИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ ЛИЦ С ОВЗ»

Выполнила: студентка

Усова И.В.

Мурманск 2014

Содержание

Введение

. Дети с ограниченными возможностями здоровья

. Особые образовательные потребности детей с ОВЗ

3. Программа изучения ребенка с ОВЗ

4. Готовность ребенка к школьному обучению

5. Диагностика готовности ребенка к школьному обучению

. Роль электроэнцефалографического исследования в оценке готовности к школьному обучению

Заключение

Литература

Введение

Проблема готовности дошкольников к предстоящему обучению в школе всегда находилась в центре внимания педагогов и психологов с тех пор, как появились общественные учебные заведения. Поступление в школу знаменует собой начало нового периода в жизни ребенка - начало младшего школьного возраста, ведущей деятельностью которого становится учебная деятельность.

Еще более актуальна проблема формирования школьной готовности у детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

К ним относят лиц, имеющих недостатки физического или психического развития. Хочется отметить, что группа детей, имеющих ОВЗ чрезвычайно неоднородна, в нее входят лица с расстройствами: слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта и др. Наиболее изучены вопросы формирования школьной готовности у детей с ЗПР (целенаправленно данные вопросы изучались Г.В. Фадиной, Е.А. Шустовым и др.). Наиболее остро вопрос школьной готовности стоит в отношении умственно отсталых детей, обладающих меньшим по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками возможностями самостоятельно понимать, осмысливать, сохранять и использовать получаемую из окружающей среды информацию. В отношении данной группы детей рассмотрены отдельные аспекты школьной готовности, например, технологии формирования у умственно отсталых детей обще интеллектуальных умений разрабатывала Л.Ф. Фатихова. Однако все указанные авторы отмечают существенные проблемы формирования не только интеллектуального, но и всех остальных компонентов школьной готовности у детей с проблемами в интеллектуальном развитии.

Определение готовности к школе должно служить диагностике развития - помогать определить, по какому пути лучше всего направить обучение конкретного ребенка, какую программу подобрать. Любая диагностика готовности детей к школе может рассматриваться только как этап в организации последующей индивидуализации обучения. Необходимо исключить практику приема в школу, противоречащую интересам ребенка, нарушающую его конституционные права, так как во время собеседования с детьми при приеме в школу часто определяется сформированность у ребенка узкопредметных навыков, а не выявляются психологическая, эмоциональная, нравственно-волевая готовность ребенка к школе.

1. Дети с ограниченными возможностями здоровья

В июне 2007 года Государственная дума РФ внесла поправку в Закон об образовании: вместо термина «дети с отклонениями в развитии» теперь нужно говорить «дети с ОВЗ» с расшифровкой - имеющие нарушения психического или физического развития.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) - это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ или затрудняет его вне специальных условий обучения и воспитания. Это дети-инвалиды либо другие дети в возрасте от 0 до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания.

Группа школьников с ОВЗ чрезвычайно неоднородна. В нее входят дети с разными нарушениями развития: нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы, включая аутистические нарушения, с задержкой психического развития, с комплексными нарушениями развития.

Диапазон различий в развитии детей с ОВЗ чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы; от ребенка, способного при специальной поддержке на равных обучаться вместе с нормально развивающимися сверстниками, до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования. При этом столь выраженный диапазон различий наблюдается не только по группе с ОВЗ в целом, но и в каждой входящей в нее категории детей с различными нарушениями развития.

Наряду с ростом числа детей с тяжелыми и комплексными нарушениями развития в последнее время обнаруживается и противоположная тенденция. Масштабное практическое применение научных достижений в сфере медицины, техники, цифровых технологий, специальной психологии и коррекционной педагогики приводит к тому, что часть детей с ОВЗ к семи годам достигает близкого к норме уровня психического развития, что ранее наблюдалось в единичных случаях, а потому считалось исключительным. Существенную роль в таком изменении ситуации играет раннее (на первых годах жизни) выявление и ранняя комплексная помощь детям, внедрение в практику научно обоснованных и экспериментально проверенных форм организации совместного обучения здоровых дошкольников с детьми с ОВЗ, принципиально новых подходов и технологий их воспитания и обучения.

Вследствие этого часть детей с ОВЗ, наиболее близких по своему развитию к нормативному, закономерно перераспределяется из специального образовательного пространства - специальных (коррекционных) школ - в общеобразовательное пространство массовой школы. Основная причина - общеобразовательное учреждение является основным институтом социализации ребенка.

В этих условиях общеобразовательное учреждение должно быть адаптивным к потребностям и возможностям особой части своего контингента - детям с ОВЗ.

. Особые образовательные потребности детей с ОВЗ

Увеличение количества детей с нарушением психофизического здоровья, с одной стороны, и современные тенденции, связанные с пониманием необходимости вернуть их в социокультурное, в том числе образовательное, пространство, с другой, ставят перед работниками образования новые проблемы, требующие незамедлительного решения. В современных условиях, когда интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья, стихийная или целенаправленная, в массовые дошкольные и школьные учреждения стала реальностью, педагоги нередко сталкиваются с существенными трудностями в организации педагогического общения с таким ребенком и его семьей. Возникает целый набор факторов, которые усугубляют трудности его развития.

По статистическим данным, 20-30% обучающихся в начальной школе не могут освоить образовательную программу, 70-80% нуждаются в специальных формах и методах обучения. Лишь 10% детей, для которых необходима психокоррекционная помощь, могут ее получить. Однако проблемы таких детей возникли не в школьном возрасте, а гораздо раньше. И при своевременном оказании помощи в дошкольном учреждении, могли быть преодолены или скомпенсированы к началу обучения в школе. У детей с нарушениями психофизического здоровья образуется система проблем, которые, сложно переплетаясь, приводят его к социальной дезадаптации, тем самым препятствуют усвоению ими образовательного содержания, и в целом, социализации. Оказывать такому ребенку психолого-коррекционную поддержку - значит содействовать его развитию с учетом индивидуальных особенностей и потребностей.

Ребенок с нарушениями психофизического здоровья требует создания особых образовательных условий, отличающихся от условий, необходимых для обучения и воспитания его нормально развивающихся сверстников. Вся педагогическая работа с ними приобретает коррекционную направленность, включает психолого-педагогические компоненты деятельности как взаимосвязанные. Эффективность психолого-коррекционной поддержки ребенка достигается только на основе ранней диагностики нарушения, выяснения структуры дефекта, характера ведущего нарушения и особенностей развития, которые с ним связаны, а также специфики семейной микросреды и уровня адаптированности воспитанника к образовательному учреждению.

Ограничения в жизнедеятельности и социальная недостаточность ребенка с ОВЗ непосредственно связаны не с первичным биологическим неблагополучием, а с его "социальным вывихом" (метафора Л.С. Выготского). Отклонения в развитии ребенка приводят к его выпадению из социально и культурно обусловленного образовательного пространства. Грубо нарушается связь ребенка с социумом и культурой как источником развития человека.

В то же время обычный взрослый носитель культуры, как правило, не знает, каким образом передать социальный опыт, который каждый нормально развивающийся ребенок приобретает без специально организованных условий обучения в среде сверстников, в социуме, в мире культуры.

В силу этого дети с ОВЗ наряду с характерными для их сверстников познавательными интересами и образовательными потребностями имеют специфические - особые - потребности обучения.

Особые образовательные потребности различаются у детей разных категорий, поскольку определяются спецификой нарушения психического развития. Они определяют особую логику построения учебного процесса для детей с теми или иными нарушениями, находят свое отражение в структуре и содержании образования. Наряду с этим можно выделить особые по своему характеру потребности, свойственные всем детям с ОВЗ, как-то:

начать специальное - коррекционное - обучение ребенка сразу же после выявления первичного нарушения развития, как можно раньше при подготовке ребенка к школьному обучению;

индивидуализировать обучение в большей степени, чем требуется для нормально развивающегося ребенка;

ввести в содержание обучения ребенка специальные разделы, не присутствующие в программах образования нормально развивающихся сверстников;

использовать специальные методы, приемы и средства обучения (в том числе специализированные компьютерные технологии), обеспечивающие реализацию «обходных путей» обучения и облегчающие усвоение учебного материала;

обеспечить особую пространственную и временную организацию образовательной среды;

максимально раздвинуть образовательное пространство за пределы образовательного учреждения.

На ступени дошкольного образования осуществляется ранняя диагностика и коррекция нарушений в развитии, обеспечение готовности к школе. Осуществление комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, проблемами развития возможно лишь при реализации индивидуальных программ (или маршрутов) развития и при обеспечении эффективности комплексной работы специалистов различного направления в зависимости от потребностей «особого» ребенка и запросов родителей.

Содержание и направление индивидуальных маршрутов разительно отличаются друг от друга. Это продиктовано не только наличием различных дефектов развития, но и разницей в начальном уровне интеллектуального, физического и личностного развития. При определении маршрута важно знать функциональные возможности и возрастные особенности каждого ребенка, его адаптивные ресурсы, ограничения, связанные со здоровьем, спецификой развития и др. Необходимо уметь выделить факторы риска в развитии каждого ребенка и с их учетом разработать оптимальную систему подготовки ребенка. Так образовательный маршрут планируется по трем этапам, соответствующим уровню развития ребенка. Сроки работы в каждом случае устанавливаются, исходя из возможности конкретного малыша и показаний мониторинга. Несмотря на существенное различие в уровне подготовки, все дети приходят в школу учиться, и важно создать условия обучения, соответствующие возможностям каждого.

Для того чтобы ребенок комфортно чувствовал себя в процессе обучения, очень важно, чтобы он испытывал успешность в школе, чтобы он получал реальную пользу от посещения уроков, чтобы он общался с детьми «на одном языке» и был принят в коллективе как свой. В настоящее время в системе образования есть образовательные учреждения разного уровня, разные системы обучения, разные программы, и поэтому фактически имеется возможность подобрать для ребенка такие условия обучения, к которым он подготовлен.

3. Программа изучения ребенка с ОВЗ

. Физическое состояние.

) изменение в физическом развитии (рост, вес и др.), нарушения движений, параличи, парезы;

) состояние анализаторов;

) состояние мелкой моторики рук, координированность движений;

) стереотипные навязчивые движения, мимика и др.;

) утомляемость.

. Особенности познавательной деятельности

) познавательные интересы, любознательность;

) особенности внимания: объем, устойчивость, распределение и переключение, уровень их развития;

) особенности речи: дефекты произношения, словарный запас, фразовая речь, грамматический строй речи, понимание речи, интонационные особенности;

) особенности восприятия: восприятие величины, формы, цвета, пространственных отношений, времени, точность и осмысленность восприятия, понимание воспринимаемого (картин, текстов) и др.;

) особенности памяти: преобладающий тип образной памяти (зрительный, слуховой, двигательный, смешанный), быстрота и точность запоминания, использование приемов запоминания и припоминания (повторение, осмысление воспринятого, составление плана и др.), индивидуальные особенности памяти и др.;

) особенности мышления: способность к сравнению, к обобщению и формулированию выводов, усвоение общих и абстрактных понятий, установление причинно-следственных зависимостей, соотношение вербального и невербального мышления и др.;

) умение учиться: учебные мотивы, организованность, способность следовать инструкции педагога, способность к самоконтролю, прилежание, отношение к похвале и порицанию.. Особенности эмоционально-волевой сферы:

) эмоциональная зрелость;

) глубина и устойчивость чувств;

) преобладающее настроение;

) наличие аффективных вспышек;

) способность к волевому усилию;

) внушаемость.. Особенности личности

) нравственные качества;

) отношение к поручениям, наличие чувства долга и ответственности;

) соблюдение правил поведения, поведение в учебной, игровой и трудовой деятельности;

) уровень притязаний и самооценка.. Межличностные отношения

) отношения в семье ребенка, отношение родителей к ребенку, качество этих отношений;

) отношения ребенка с педагогом, их адекватность, значимость личности педагога для ребенка и др.;

) отношения ребенка со сверстниками, социальный статус ребенка в группе, наличие устойчивых взаимоотношений, мотивы этих взаимоотношений и др.

4. Готовность ребенка к школьному обучению

Формирование готовности к школьному обучению у ребенка в значительной степени связано с развитием его нервно-психических функций, что, в свою очередь, обусловлено созреванием организма и прежде всего ЦНС. Вместе с тем, известно, что созревание тех или иных функций ускоряется в процессе активного функционирования ЦНС. Обучение и активная умственная деятельность ребенка в обучении являются мощными факторами, ускоряющими биологический процесс созревания ЦНС.

Обучаемость рассматривается как восприимчивость к обучению, к дозированной помощи, возможность к обобщению, построению ориентировочной основы деятельности (Б.Г. Ананьев, Н.А. Менчинская, З.И. Калмыкова, А.Я. Иванова, С.Я. Рубинштейн, П.Я. Гальперин, Н.Ф. Талызина).

Важное значение имеет не только интеллектуальная, но и личностная и социально-психологическая готовность к обучению. Среди этих параметров важно учитывать волевую готовность ребенка к школе.

У.В. Ульенкова разработала специальные диагностические критерии готовности к обучению детей шестилетнего возраста с задержкой психического развития. Среди этих параметров выделены следующие структурные компоненты учебной деятельности:

ориентировочно-мотивационные;

операционные;

регуляторные.

На основании этих параметров автором была разработана уровневая оценка сформированности общей способности к учению детей с ЗПР. Эта оценка проводилась в процессе диагностического обучения, которое включало ряд заданий, типа выкладывания елочки из геометрических фигур, рисования флажков по образцу, а также выполнения заданий по вербальной инструкции взрослого.

Автор выявила принципиальные различия в выполнении этих заданий нормально развивающимися дошкольниками и детьми с ЗПР. Нормально развивающийся дошкольник в процессе выполнения этих заданий легко обучался работать по заданию взрослого, контролировать свои действия, адекватно оценивать свои удачи и неуспехи.

У шестилетних детей с ЗПР была выявлена более низкая способность к обучению, отсутствие интереса к занятию по заданию, отсутствие саморегуляции и контроля, а также критического отношения к результатам своей деятельности.

С.Г. Шевченко было показано, что неготовность детей с ЗПР к обучению находит свое отражение в несформированности сюжетно-ролевых игр и представлений об окружающем мире.

Важным показателем готовности детей к обучению грамоте считается ориентировка их в речевой деятельности (Р.Д. Тригер). На основе совершенствования сенсорного языкового опыта ребенок должен овладеть элементарными навыками звукового анализа, он должен уметь последовательно вычленять звуки из слов, устанавливать их последовательность и место в слове.

Важное значение для обучения детей с ОВЗ имеет их готовность к усвоению счета. Для этого, прежде всего, важно научить детей выполнять различные классификации и группировки предметов по существенным признакам, активизировать мыслительные операции, развивать пространственные представления.

Показателем готовности к усвоению счета у детей является возможность правильного восприятия цифровых обозначений в пределах первого десятка, умения пересчета предметов, в том числе и в конфликтных условиях (например, предъявление предметов разного цвета или разного размера, возможности пересчета предметов с предварительной их сортировкой). Особо важное значение имеет сформированность понятия о числе, т.е. ребенок воспринимает цифровые обозначения в пределах 10 и вербализирует их.

Кроме того, он должен владеть формальными операциями: больше, меньше, равно. Ребенок также должен уметь сравнивать количество предметов, независимо от их формы и величины. Отвлекаясь от цвета и величины, он должен правильно отвечать на вопрос: сколько?

Важное значение имеют:

оценка готовности руки к письму, т. е. возможности правильного захвата карандаша или ручки и движения руки слева направо под контролем зрения;

развитие функции активного внимания и памяти.

. Диагностика готовности ребенка к школьному обучению

Существуют различные подходы к проведению этой диагностики, например в Институте коррекционной педагогики разработан психодиагностический комплекс, включающий три методики:

методика исследования особенностей прогностической деятельности («Угадайка»), созданная Л.И. Переслени и В.Л. Подобедом;

цветные прогрессивные матрицы Дж. Равена в модификации Т.В. Розановой;

методика диагностики словесно-логического мышления, разработанная Э.Ф. Замбациявичене по принципу, использованному Р. Амтхауэром, и модифицированная Л.И. Переслени и Е.М. Мастюковой, прошедшая экспериментальную проверку (Л.И. Переслени, Е.М. Мастюкова, Л.Ф. Чупров, 1989, 1990).

Эта методика предназначена для диагностики прогностической деятельности, которая сама по себе является важным нейропсихологическим показателем готовности ребенка к обучению, с учетом особенностей развития внимания, памяти и мышления.

Методический материал состоит из трех наборов карточек размером 4x4 см с написанными на одной стороне печатными буквами А или Б (размер букв - 2-2,5 см). С лицевой и оборотной стороны карточек мелкими цифрами отмечен порядковый номер карточки (нумерация карточек в каждом наборе начинается с единицы).

Детский вариант методики ориентирован на возраст детей от 6 лет. Первый набор имеет 20 карточек с последовательностью АБАБ..., повторяющейся в 10 циклах; второй набор - 60 карточек с последовательностью ББАА..., повторяющейся в 15 циклах; третий набор --60 карточек с последовательностью АББ, повторяющейся в 20 циклах.

Ход исследования

Перед предъявлением первого набора ребенку показывают две карточки с написанными на них буквами А и Б и дается следующая инструкция: Здесь у меня только такие карточки, смотри А и Б, других у меня нет. Твоя задача угадать, в каком порядке следуют буквы здесь. (Экспериментатор указывает на первую стопку карточек.) Все твои ошибки я буду записывать. Итак, начали! Какая сейчас будет буква?

После того как ребенок назовет букву, взрослый переворачивает карточку и показывает букву ребенку, чтобы он увидел правильно ли выполнил задание. Подобная процедура повторяется до конца набора. Отработанные карточки складываются в стопку изображением вниз. Одновременно в протоколе записываются номера карточек, в угадывании которых допущена ошибка. Минимальное количество предъявленных карточек - 12.

По окончании первого набора экспериментатор одобряет действия ребенка, обращает его внимание на то, что в следующем задании порядок расположения карточек будет изменен, затем таким же способом предъявляется второй набор. Ошибки фиксируются в протоколе тем же способом.

Инструкция перед предъявлением второго набора: Здесь у меня те же самые буквы, только лежат они в другом порядке. Твоя задача угадать, в каком порядке они идут и сделать как можно меньше ошибок. Все ошибки я буду записывать. Начали! Какая сейчас будет буква?

Обследующий представляет второй набор, складывая отработанные карточки изображениями вниз в отдельную стопку, записывая так же номера карточек, предсказания которых были неправильными.

По окончании предъявления второго набора, без предупреждения об изменении порядка чередования букв, но стимулируя его работать как можно внимательнее, предъявляется третий набор.

Инструкция: Угадай, а сейчас?

Ребенку предъявляется третий набор, отработанные карточки складываются в третью стопку.

Инструкция по окончании предъявления всех трех наборов: А сейчас вспомни, пожалуйста, как чередовались буквы в первом наборе? Ребенку при этом показывается стопка карточек первого набора.

Ответ ребенка записывается в протоколе. После этого ребенку задается вопрос: А сейчас вспомни, как чередовались буквы во втором наборе? Также записывается ответ. Та же процедура повторяется и с третьим набором. При анализе результатов учитываются качественные и количественные показатели. Основными показателями являются: количество ошибок и стратегия прогнозирования.

Количество ошибок от 0 до 12 расценивается как быстро формирующийся прогноз; от 12 до 17 - медленно формирующийся прогноз.

Практика показывает, что данная методика, наряду с другими методами обследования, является полезной для оценки готовности к школьному обучению.

Психодиагностика словесно-логического мышления включает четыре субтеста.

Первый субтест направлен на выявление уровня общей осведомленности об окружающем и способности выделять существенные признаки предметов и явлений окружающей действительности.

С помощью второго субтеста выявляется сформированность понятий.

Третий субтест направлен на оценку сформированное™ логического мышления и четвертый - на сформированность обобщения. Методика рассчитана на детей в возрасте от 7 лет. Обследование всегда проводится индивидуально; время обследования не ограничено. Все задания читаются вслух экспериментатором.

Первый субтест

. У сапога всегда есть...

шнурок, пряжка, подошва, ремешки, пуговицы

. В теплых краях живет...

медведь, олень, волк, верблюд, пингвин

. В году...

мес., Змее., 12мес., 4мес., 7мес.

. Месяц зимы...

сентябрь, октябрь, февраль, ноябрь, март...

. В нашей стране не живет...

. Отец старше своего сына...

часто, всегда, никогда, редко, иногда

. Время суток...

год, месяц, неделя, день, понедельник

. У дерева всегда есть...

листья, цветы, плоды, корень, тень

. Время года...

август, осень, суббота, утро, каникулы

. Пассажирский транспорт...

комбайн, самосвал, автобус, экскаватор, тепловоз

Второй субтест

Задача: выделение неподходящего слова.

. Тюльпан, лилия, фасоль, ромашка, фиалка.

. Река, озеро, море, мост, пруд.

. Кукла, прыгалки, песок, мяч, юла.

. Стол, ковер, кресло, кровать, табурет.

. Тополь, береза, орешник, липа, осина.

. Курица, петух, орел, гусь, индюк.

. Окружность, треугольник, четырехугольник, указка, квадрат.

. Саша, Витя, Стасик, Петров, Коля.

9. Число, деление, сложение, вычитание, умножение.

. Веселый, быстрый, грустный, вкусный, осторожный.

Третий субтест

. Огурец Гвоздика

овощ сорняк, роса, садик, цветок, земля

. Огород Сад

морковь забор, грибы, яблоня, колодец, скамейка

. Учитель Врач

ученик очки, больница, палата, больной, лекарство

. Цветок Птица

ваза клюв, чайка, гнездо, перья, хвост

. Перчатка Сапог

рука чулки, подошва, кожа, нога, щетка

. Темный Мокрый

светлый солнечный, скользкий, сухой, теплый, холодный

. Часы Градусник

время стекло, больной, кровать, температура, врач

. Машина Лодка

мотор река, маяк, парус, волна, берег

. Стол Пол

скатерть мебель, ковер, пыль, доски, гвозди.

. Стол Игла

деревянный острая, тонкая, блестящая, короткая, стальная

Четвертый субтест

. Окунь, карась...

. Метла, лопата...

. Лето, зима...

. Огурец, помидор...

. Сирень, орешник...

. Шкаф, диван...

. Июнь, июль...

. Слон, муравей...

. День, ночь...

. Дерево, цветок...

Все указанные пробы правильно выполняются 95% и более нормально развивающимися сверстниками-первоклассниками.

Дополнительно разработан краткий вариант метода, который выполняют 80% первоклассников.

Если ребенок не выполняет задания, то это может указывать на несформированность словесно-логического мышления.

При оценке полученных данных важно учитывать особенности речевого развития, наличие или отсутствие слухо-речевых дефектов.

Кроме представленных заданий, важное значение для диагностики готовности к школьному обучению имеют и многие другие, например классификация объектов по двум признакам. С этой целью может быть предложена методика, представляющая собой модификацию лото В.М. Когана

Ребенку предлагается таблица, расчерченная на квадраты, в вертикальном ряду которой обозначены выпуклые неокрашенные геометрические формы (круг, квадрат, треугольник, прямоугольник, ромб, трапеция), а в горизонтальном - бесформенные цветовые мазки 7 цветов.

Предлагается также набор геометрических фигур всех перечисленных форм и цветов, размер фигур соответствует размеру образцов фигур вертикального ряда.

Одновременно с раскладкой первых трех фигур дается инструкция: Найди место для каждой фигурки так, чтобы у каждой фигурки был свой цветной домик.

Взрослый раскладывает первые три карточки и предлагает ребенку продолжить выполнение задания.

Если ребенок испытывает трудности, ему оказываются различные виды помощи, которые учитываются при оценке результатов выполнения задания. Помощь может быть оказана в виде объяснения принципа классификации, показа правильного выполнения задания и сочетания объяснения принципа действия и показа. Считается, что задание доступно детям в возрасте от 5 лет. Дети 7 лет, готовые к школьному обучению, обычно не испытывают никаких трудностей в выполнении этого задания.

При оценке выполнения заданий, направленных на определение готовности к школьному обучению, важно отметить особенности основных структурных компонентов мыслительной деятельности ребенка. Прежде всего нужно обратить внимание на то, как ребенок принимает задание.

Анализ принятия задачи, поставленной перед ребенком, позволяет оценить мотивацию и процессы регуляции целенаправленной деятельности, что является важным при предъявлении всех заданий. Если ребенок недостаточно принимает поставленные перед ним задачи, то это может быть связано с целым рядом факторов. Прежде всего, это может иметь место при инфантилизме за счет незрелости регуляторных механизмов, недостаточности внимания. У детей с речевыми нарушениями это может быть связано как с недостаточностью регулирующей функции речи, так и с затруднениями в понимании инструкции.

Кроме оценки принятия задания, необходимо отметить специфику его выполнения, обратив особое внимание на возможность программирования собственной деятельности. При несформированности операций программирования ребенок обычно может самостоятельно выполнять лишь отдельные фрагменты задания. У него отсутствует план последовательных действий, и для завершения задания необходима помощь взрослого. Такой тип выполнения заданий также характерен для детей с различными формами инфантилизма, а также для детей с аутизмом.

Выраженные нарушения деятельности характерны для детей с легкой мозговой дисфункцией, особенно при наличии у них гипертензионно-гидроцефального синдрома (повышения внутричерепного давления).

Оценка организации исполнительного компонента мышления имеет важное значение для диагностики.

Не менее важно оценить сформированность у ребенка функции контроля за собственной деятельностью. Известно, что одной из общих закономерностей аномального психического развития является недостаточность регуляторных процессов (В.И. Лубовский). Кроме того, недостаточность функции контроля может иметь место у детей с низкой умственной работоспособностью. В этих случаях число ошибок нарастает по мере продолжительности выполнения задания.

Таким образом, для диагностики важное значение имеет не только констатация выполнения или невыполнения задания, но и оценка динамики деятельности, целенаправленности, функции текущего контроля, а также использование различных видов дозированной помощи взрослого. Последний показатель является особенно важным для дифференциальной диагностики различных видов нарушений мыслительной деятельности. Качественный анализ особенностей мыслительной деятельности имеет важное значение для решения вопроса о готовности ребенка к обучению.

Кроме того, готовность ребенка к обучению предполагает сохранный фонематический слух, полноценную устную речь, сформированность пространственных представлений, достаточный уровень развития зрительно-моторной координации и «готовности руки к письму». Поэтому при оценке готовности ребенка к обучению важно оценить все эти параметры, а также выявить возможности слухового, слухо-артикуляторного анализа, т.е. возможности выделения и квалификации звука и перешифровки его на букву.

Дети с ограниченными возможностями требуют особого подхода и особых форм работы с ними. Двигательная расторможенность у них часто соседствует с повышенной утомляемостью, истощённостью. У таких детей нередко бывают головные боли, плохое настроение, рассеянное внимание. Они устают от длительной нагрузки. Сказывается и неправильное воспитание (гиперопека), ограничение деятельности общения, связанные с двигательной и речевой недостаточностью. Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью, обидчивостью, болезненно реагируют на замечания, чутко подмечают изменения настроения окружающих, нередко у них возникают страхи.

. Роль электроэнцефалографического исследования в оценке готовности к школьному обучению

Данные электроэнцефалографического исследования как показатели готовности к школьному обучению многими авторами рассматриваются в соответствии латерализации функций.

В настоящее время показано, что отклонения от нормальной латерализации (несовпадение доминантности по руке, ноге и глазу) наиболее часто наблюдаются у детей с трудностями обучения и нарушениями речевого развития.

Известно, что к 7-летнему возрасту имеет место уже достаточная зрелость кортикальных функций, что и составляет основу готовности ребенка к обучению. К этому же возрасту проявляется устойчивость основной ритмики на электроэнцефалограмме, появляется достаточно устойчивый альфа-ритм, регистрируемый в задних областях полушарий головного мозга. Электрофизиологические показатели отражают процесс созревания ЦНС и обычно совпадают с данными, указывающими на психологическую готовность ребенка к обучению.

Электроэнцефалографическое обследование детей с завершенной и недозавершенной латерализацией показало, что у правшей с правым ведущим глазом и полных левшей ЭЭГ соответствует возрастной норме. У детей же с незавершенной латерализацией и нормальным психическим развитием ЭЭГ имела незрелый характер и не соответствовала возрастной норме. У этих детей в лобно-центральных областях наблюдалось преобладание тета-ритма.

При обследовании детей с перинатальной энцефалопатией и общим недоразвитием речи выявлен значительно больший процент неправоруких по сравнению со здоровыми сверстниками.

Кроме того, у этих детей данные ЭЭГ существенно отличаются от ЭЭГ здоровых сверстников (Е.М. Мастюкова, 1978; О.А. Вятлева, Л.М. Пучинская, Т.А. Сунгурова, 1991 и др.).

Прежде всего, обращало на себя внимание отсутствие или слабая выраженность альфа-ритма с преобладанием высокоамплитудной синхронизированной полиморфной, часто пароксизмальной активности, в которой в ряде случаев проявлялись эпилептиформ-ные знаки.

У детей с тяжелыми нарушениями речи при ЭЭГ-обследовании выявляется задержка развития ассоциативных и речевых зон коры головного мозга, которая сочетается с неполной латерализацией функций.

Незавершенность латерализации кортикальных функций к началу школьного обучения характерна и для многих детей с ЗПР.

В настоящее время установлено, что выявление незавершенной латерализации кортикальных функций с помощью ЭЭГ-исследования имеет важное значение в оценке готовности детей к обучению в школе. Особенно это касается детей с различными отклонениями в развитии.

При оценке готовности к обучению детей с тяжелыми нарушениями речи необходимо учитывать комплекс показателей, включающих клиническое и электроэнцефалографическое обследование, особенности когнитивной деятельности. Речевой дефект всегда следует рассматривать в общей структуре психического развития ребенка и с учетом завершенной или незавершенной латерализации.

Таким образом, при оценке готовности к обучению детей с локальными двигательными или речевыми расстройствами важное значение имеет ЭЭГ-обследование в сочетании с оценкой доминантности данного ребенка. Для оценки доминантности разработаны целые серии специальных тестов. Прежде всего необходимо выяснить у родителей, считают ли они своего ребенка право- или леворуким, выяснить доминантность у родителей и наличие левшей среди ближайших родственников.

Затем поинтересоваться, какой рукой рисует и пишет ребенок, какой рукой он держит ложку, зубную щетку, ластик и т. п.

Кроме выявления латерализации корковых функций, ЭЭГ-обследование позволяет выявить общие и локальные изменения электроактивности мозга, которые имеют большое значение для диагностики и решения вопроса о готовности ребенка к обучению.

Так, особое внимание следует обратить на наличие эпилепти-формной, пароксизмальной активности на ЭЭГ. В тех случаях, когда эпилептиформная активность на ЭЭГ регистрируется преимущественно в корковых речевых зонах левого полушария и у ребенка имеет место стойкое системное общее недоразвитие речи или более четко выражена сенсомоторная алалия, необходимо подумать об особом заболевании - синдроме Ландау-Клефнера. Синдром, впервые описанный в 1957г., характеризуется сочетанием эпилепсии с острой или менее острой сенсомоторной афазией или с алалией.

При афазии заболевание возникает остро, без видимой причины и проявляется в утрате возможности понимать обращенную речь и говорить. Судорожные приступы в одних случаях предшествуют афазии, в других - возникают через определенный срок после потери речи. Они могут также проявляться атипично, и их эпилептическая структура может быть определена лишь с помощью ЭЭГ. Речевой дефект отличается стойкостью и сочетается со специфическими нарушениями поведения и интеллекта. Дети часто отличаются двигательной расторможенностью, аффективной возбудимостью, расстройствами внимания. Многие из них проявляют стойкий речевой негативизм.

При алалии с первых лет жизни выявляется стойкое системное недоразвитие речи, сочетающееся с нарушениями поведения и умственной работоспособности. У ребенка в значительной степени нарушено коммуникативное поведение, в некоторых случаях оно напоминает нарушение поведения при аутизме. Без электроэнцефалографического обследования такой ребенок может быть направлен в школу для детей с тяжелыми нарушениями речи. Однако пребывание в школе ему противопоказано, так как это может усилить проявления судорожного синдрома. Такой ребенок обычно нуждается в индивидуальном обучении на дому. Диагностика данного синдрома имеет важное значение для реабилитации этих детей, которая обязательно включает медикаментозное лечение и психолого-педагогическую коррекцию.

Электроэнцефалографическое обследование позволяет также заподозрить особую форму интеллектуальной недостаточности, сочетающейся с дефектами речи и аутистическим поведением - синдром ломкой Х-хромосомы.

Интенсивные исследования, проводимые в последние годы во многих странах, показали высокую частоту этого заболевания. В среднем, в общей популяции частота этого заболевания составляет 1:1350-1:1630 у мальчиков.

Выявление детей с синдромом ломкой Х-хромосомы имеет важное значение для своевременной психолого-педагогической коррекции и лечения. Для диагностики этого заболевания определенное значение имеет электроэнцефалографическое обследование.

При электроэнцефалографическом обследовании имеют место своеобразные изменения, специфичные именно для этого заболевания. Они проявляются в виде преобладания полиморфной медленно волновой активности в теменно-затылочных отделах коры головного мозга в сочетании со слабой выраженностью или отсутствием альфа-ритма.

Электроэнцефалографическое обследование имеет важное значение для дифференциации различных форм задержки психического развития, в частности, для разграничения осложненных и неосложненных ее форм с преобладанием дизонтогенетических или энцефалопатических форм.

При дизонтогенетических формах задержки психического развития преобладает незрелость корковой ритмики, при энцефалопатических - имеет место сочетание незрелости корковой ритмики и признаков повреждения тех или иных мозговых структур.

Таким образом, электроэнцефалографические показатели в сочетании с клиническими и психолого-педагогическими данными имеют важное значение как в определении готовности к школьному обучению, так и для постановки клинического диагноза, определения школьного и социального прогноза. В этом аспекте особо важное значение имеет выявление с помощью ЭЭГ-обследования субклинической судорожной готовности. В этих случаях при отсутствии явного судорожного синдрома ребенок нуждается в специальном охранительном режиме, наблюдении, а часто и в специальном лечении. Такой ребенок, даже при наличии психологической готовности к обучению, далеко не во всех случаях может быть направлен в школу. Решение вопроса о его обучении, нагрузке, режиме требует комплексного подхода специалистов.

школьный обучение здоровье психодиагностика

Заключение

Получение детьми с ограниченными возможностями здоровья образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности. В связи с этим обеспечение реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития Российской Федерации.

В группах комбинированной направленности осуществляется совместное образование здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с образовательной программой образовательного учреждения, разрабатываемой им самостоятельно на основе примерной основной общеобразовательной программы дошкольного образования и федеральных государственных требований к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования и условиям ее реализации, с учетом особенностей психофизического развития и возможностей детей.

Уровень готовности к школьному обучению лиц с ОВЗ зависит от ряда факторов:

- состояния здоровья и лечения основного заболевания;

системы работы ДОУ;

условий в семье и отношения родителей к ребенку.

При комплексном сопровождении ребенка, т.е. медицинском, педагогическом и психологическом каждый ребенок имеет возможность быть психологически готовым к школьному обучению на своем уровне, соответственно своим личностным особенностям. Учет особых образовательных потребностей различных категорий детей с ОВЗ, обусловленных характером (типом) и выраженностью нарушений, ориентация на максимальное удовлетворение этих потребностей наряду с необходимостью реализации общего стандарта образования - необходимое условие эффективности инклюзивного обучения.

Только удовлетворяя особые образовательные потребности такого ребенка, можно открыть ему путь к общему образованию.

Литература

1. Афонькина Ю.А. Психолого-коррекционная поддержка ребенка с ограниченными возможностями психофизического здоровья: учебно-методическое пособие для воспитателей, педагогов-дефектологов, педагогов-психологов дошкольных образовательных учреждений.

2. Основы психологической диагностики: Учебное пособие / под ред. К.М. Гуревича, М.К. Акимовой. - М.: Изд-во УРАО, 2003. - 392 с.

. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. /Сост.и общая редакция В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. - СПб.: Питер, 2001

. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе. - М., 2003

. Ребенок в интегрированной группе. Методические рекомендации/ под ред. Н.В. Микляевой. - М.: Сфера, 2012.

. Мастюкова Е.М. «Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст». Под ред. А.Г. Московкиной. М.: Классикс Стиль, 2003. - 320 с.