ВІДДІЛ ОСВІТИ ВАТУТІНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ
МІСЬКИЙ МЕТОДИЧНИЙ КАБІНЕТ
НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
МІСЬКА ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ

ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ НАПРЯМОК В РОБОТІ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА З ДІТЬМИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

Навчально-методичний посібник

Перепада Ольга Михайлівна
практичний психолог НМЦППСР, завідувач МПМПК

Схвалено радою методичною радою протокол №5 від 26.03.2013

Ватутіне
2013

Даний посібник є актуальним навчальним матеріалом, який буде корисним в роботі практичних психологів системи освіти, консультантів та завідувачів міських психолого-медико-педагогічних консультацій щодо забезпечення психологічного супроводу, зокрема психодіагностичного напрямку роботи, з упровадження інклюзивного навчання.

ЗМІСТ

Вступ ……..… **4**

Проблеми психологічного супроводу інклюзивної освіти…… **6**

Психодіагностична робота як напрям діяльності в роботі психолога та консультанта ПМПК ……..……..… **11**

Методи формулювання психодіагностичного висновку…….....**14**

Особливості психодіагностичного процесу при гіперактивному розладові у дітей молодшого шкільного віку……. **16**

Програма вивчення дітей особливостей рівня розвитку окремих когнітивних процесів у дітей з гіперактивним розладом……. **22**

Рекомендації для вчителів щодо особливостей взаємодії з дітьми з особливими освітніми потребами під час навчально-виховного процесу……..……..…….. **31**

Список використаних джерел …… **36**

ДОДАТКИ ……..…….. **40**

Додаток А (Зразок психодіагностичного висновку дитини з ГРДУ) ……..**40**

Додаток Б (Зразок психодіагностичного висновку дитини з розумовою відсталістю) …… **41**

Додаток В (методика «Прогресивні матриці Равена», кольоровий варіант – бланки відповідей, стимульний матеріал, ключі відповідей) …… **42**

Додаток Г (бланк до тесту Тулуз-П’єрона) …….. **52**

Додаток Д (методика МРВД О.М.Корнєва) …….. **52**

Додаток Е (Проективна методика «Малюнок сім’ї») …….. **54**

Вступ

Важливість розв’язання проблеми створення освітнього середовища нині зумовлена необхідністю його цілісного оновлення і приведення у відповідність до загальних трансформаційних змін, які відбуваються в суспільстві. Законами України «Про освіту», «Про загальну середню освіту», «Про позашкільну освіту», Національною доктриною розвитку освіти України в XXI столітті, іншими нормативними документами визначені провідні цілі та завдання розвитку національної системи освіти, яка має відповідати соціальному замовленню та потребам особистості, здатної реалізувати себе у динамічно змінюваних умовах сучасного суспільства.

Наше суспільство складається з різних категорій громадян, певна кількість з яких має проблеми зі здоров’ям. За останні десятиліття в Україні, як і в усьому світі, внаслідок багатьох чинників збільшилась кількість дітей-інвалідів, які потребують посиленої уваги з боку держави. Ці діти утримуються в різних загальноосвітніх і галузевих закладах, обов’язковою умовою діяльності яких є створення середовища для якісної освіти, формування життєвих навичок, адаптації учнів з особливими потребами до життя в нових соціальних умовах.

Діти з особливими потребами за своєю природою і поведінкою дуже відрізняються як від усіх інших, так і один від одного. Конституція України і Закон «Про середню освіту» гарантують усім їм право на освіту, яке можна реалізувати в усіх державних навчальних закладах незалежно від статі, раси, національності, соціального і майнового стану, стану здоров’я, місця проживання й інших обставин. Упродовж багатьох років в Україні більшість дітей з обмеженими можливостями здобували освіту у спеціальних закладах, які й нині залишаються для них традиційною та провідною формою навчання. Однак, ситуація поступово змінюється. Україна взяла курс на євроінтеграцію. У зв’язку з цим, певні зміни відбуваються в освітній політиці, а саме: уряд приділяє значну увагу питанням забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з особливими потребами і створення їм комфортних умов для навчання.

Сьогодні існують два основні шляхи забезпечення дітей з особливими потребами якісною освітою. Перший – це створення спеціальних груп, класів компенсуючого навчання в умовах звичайних навчальних закладів, другий – включення дитини з порушеннями розвитку до освітнього середовища звичайної групи, класу, але за умов створення для неї відповідних, адекватних її можливостям умов отримання освіти.

У Міжнародній класифікації стандартів діти з особливими потребами визначаються як особи, навчання яких потребує додаткових ресурсів. Це широке поняття охоплює обдарованих дітлахів, дітей із затримкою психічного розвитку, безпритульних, сиріт тощо. Однак в Україні це поняття звужене й стосується лише дітей з особливостями або порушеннями психофізичного розвитку.

Сучасні інтенсивні форми навчання дітей, зростання психоемоційних навантажень під час соціально-економічного прогресу, водночас погіршення соціального благополуччя населення, ріст внутрішньо-сімейного напруження, поширення асоціальних тенденцій у суспільстві – усе це зумовлює наростання психічних відхилень і розладів серед дітей різних вікових категорій.

Досить давно фізіологи, генетики, психологи, лікарі та педагоги звертають увагу на тісний зв’язок між станом здоров’я та їх успіхами в навчанні. При цьому на перші місця виходять різні функціональні розлади.

З кожним роком серед учнів початкових класів збільшується кількість дітей з різноманітними відхиленнями в мовному розвитку, картина розладу яких накладає свій відбиток на формування інтелектуальної, сенсорної та афективно-вольової сфери.

Останнім часом в медичній, педагогічній та психологічній практиці все частіше зустрічаються діти з гіперактивним розладом при якому досить часто супутнім розладом виступають порушення шкільних навичок.

Проблеми психологічного супроводу інклюзивної освіти

Відомий письменник Луї Маршалл, розмірковуючи про норму та патологію, схиляється до трактування певної умовності норми, оскільки ті люди, які не виявляють зовнішніх ознак відхилень, досить часто мають грубі внутрішні порушення, невидимі оку. Проте ні для кого не таємниця, що поки наше суспільство не те що ігнорує людей з особливими потребами, проте в своєму широкому загалі їхніми проблемами особливо не переймається. Проте кожна людина, незалежно від стану здоров'я, наявності фізичного чи інтелектуального порушення, має право на одержання освіти, якість якої не різниться від освіти здорових людей.

На сьогодні певні категорії дітей в Україні позбавлені рівного доступу до якісної освіти. У 2004 році в Україні було зареєстровано 135773 дитини з особливими потребами віком до 16 років, що становить 1,8% від загальної кількості дітей в Україні.

Однією з форм навчання дітей з особливими освітніми потребами є нова, але визнана у багатьох країнах світу інклюзивна форма освіти, яка забезпечує безумовне право кожної дитини навчатися у загальноосвітньому закладі за місцем проживання із забезпеченням усіх необхідних для цього умов. Разом з вибором Україною незалежного та демократичного напряму розвитку суспільства, визнанням нашою державою у 1991 році Конвенції ООН «Про права дитини», посилилася увага до якості й доступності освіти для дітей з особливими освітніми потребами. В Україні модель інклюзивної освіти почала набувати значення переважно за ініціативи громадських організацій.

На відміну медичній моделі на теперішній час в країнах Європи, а з часу ратифікації Україною Конвенції ООН про права дитини і в Україні, стає все більш актуальнішою соціальна модель, більше пов`язана з дотриманням прав людини. На противагу медичній моделі, соціальна модель розглядає проблему здоров`я як соціальну проблему, а не як характеристику особистості, оскільки вона (проблема) зумовлена непристосованістю

оточення, включаючи ставлення до людей з особливими потребами та виробничі норми, архітектурну безбар'єрність і транспорт.

Різними дослідженнями, які проводяться в Європі, Америці та в Україні, вже доведено, що чим менше дитина перебуває в оточенні близьких їй людей, тим гірше у неї формуються навички спілкування та проживання у співтоваристві. Згодом їй буває складно вибудовувати своє сімейне життя, виховувати власних дітей. Будучи вже дорослим, вона змушена пізнавати ази самостійного життя.

При реалізації інклюзивної освіти в навчальних закладах варто враховувати, що процес активного пристосування особистості до світу і світу до неї є двостороннім. Він може розпочатись з ініціативи однієї із сторін чи носити водночас обопільний характер. Процес взаєморозуміння і взаємовпливу може розвиватись успішно і мати продуктивні наслідки при забезпеченні сприятливих психолого-педагогічних умов роботи інтегрованих колективів.

Дослідження, проведені в Україні в останні роки свідчать, що батьки побоюються того, що їхніх дітей будуть ображати, інші діти не бажатимуть з ними гратися, вчителі не опанують тонкощів індивідуального підходу, а батьки здорових дітей будуть заперечувати можливість функціонування інтегрованих класів.

Якщо проблему інтегрованого навчання розглядати з позицій її корисності для здорових дітей, привабливості з точки зору покращення психолого-педагогічного обслуговування цих дітей, то вона може повернутися для здорових дітей та їхніх батьків іншим боком. У даному випадку маються на увазі реалії сучасності щодо здорових дітей. Демографічна криза позначається на них безпосередньо. Вступаючи до школи, близько 80 відсотків дітей мають ті чи інші відхилення у стані свого здоров'я. Серед хронічних неінфекційних захворювань домінують психоневрологічні (більше 300 тисяч), хвороби нервової системи і органів чуття (більше 1 мільйона). Ці фактори зумовлюють зниження соціальної і психічної адаптації у понад 20 відсотків так званих нормальних підлітків.

Наведені показники свідчать про стандартні форми роботи загальноосвітніх навчально-виховних закладів: традиційна орієнтація педагогів на здорову дитину, а звідси і відповідне психічне, інтелектуальне навантаження, недиференційований зміст навчання (програм, підручників), відсутність у підготовці педагогів достатньої інформації про роботу з тими дітьми, які не відповідають еталонним уявленням про розвиток нормальної дитини тощо. Порушення психічного та фізичного стану здоров'я, явища девіантної і делінквентної поведінки дітей загальноосвітніх навчальних закладів загострюють необхідність вироблення нового, нетрадиційного бачення вирішення проблеми їхнього навчання та виховання.

Інтеграція дітей з особливостями психофізичного розвитку до загальноосвітніх навчальних закладів сприятиме позитивним змінам професійних позицій педагогів, науковців, які займаються проблемами навчання та виховання дітей з нормальним розвитком, громадськості, здійснить позитивний вплив на формування світогляду дітей в інтегрованих колективах. Спілкування з дітьми з особливостями психофізичного розвитку наводить на думку, що, якби з ними ближче знайомились ровесники, які нормально розвиваються, то вони б по іншому цінили свої можливості, були більш милосердними у житті. Колективи, в яких перебуватимуть учні з особливими освітніми потребами забезпечать можливості для здорових дітей бережливо ставитися до потенціалу, дарованого їм природою, запобігати здійсненню деструктивних кроків (наркоманія, алкоголь тощо) через нерозуміння вартісності свого самотворення, життєтворення; розкривати нетрадиційні шляхи особистісних досягнень в опануванні знань, умінь та навичок.

Забезпечення індивідуальних психофізичних особливостей дитини, її функціональних та потенційних можливостей і потреб буде реалізовуватися за допомогою компенсаторно-корекційних заходів, які частково будуть реалізуватися в процесі шкільного навчання, частково в сім'ї та центрі спеціальної психолого-педагогічної допомоги.

Виходячи з сказаного, можна визначити основну мету діяльності фахівця психологічної служби щодо забезпечення психологічного супроводу реалізації інклюзивної освіти має бути підготовка учасників навчально-виховного процесу до прийняття всіх своїх членів та готовності до взаємодії між собою.

Чи не основна роль на початку роботи має належати діагностичній та просвітницькій роботі. Адже для розширення світогляду, підвищення певного рівня, формування відповідної Я-концепції необхідно чітко уявляти їхні початкові рівні та кордони.

Дослідження наукової літератури, яка розкриває психологічні механізми навчання, вказує на те, що спосіб, в який учні бачать себе (свою Я-концепцію) та цінність, яку вони приписують різноманітним властивостям (самооцінка), – важливі. За даними дослідження, проведеного в Британській Колумбії (1994), близько 24% учнів з особливими освітніми потребами вважають, що їхні однолітки не приймають їх, тоді коли лише 9% їхніх ровесників без порушень у розвитку виявили такі результати.

На думку Канадсько-української мережі досліджень (КУМД) – визначення рівня Я-концепції учнів, як з особливими освітніми потребами, так і без них, дасть змогу визначити індикатори розуміння процесу прийняття.

За отриманими результатами модель повної інклюзії може бути найбільш успішною в початкових класах, аніж у середніх.

Не викликає сумнівів і вивчення сильних сторін особистості дитини з особливими потребами, її інтелектуального рівня, рівня розвитку психічних складових тощо.

Базуючись на дослідженнях, проведених в США, Англії, досвіді інтегрованого навчання у нашій державі, можна стверджувати, що таке навчання буде корисним не лише для дітей з особливими потребами, але й для їхніх однолітків, батьків. Інтегроване навчання сприяє розвитку емпатії, толерантності, об`єктивній оцінці власних можливостей, формуванню реалістичного світогляду.

Важливими завданнями у роботі психологічної служби є:

1) підбір діагностичного інструментарію, придатного для роботи з різними категоріями дітей відповідно до наявного дефекту розвитку;

2) уточнення змісту та методів корекційної роботи з дітьми, які мають особливі потреби з урахуванням результатів психологічної діагностики;

3) розробка комплексних корекційних стратегій, які б містили, крім навчання, ще й ігрові засоби, рекомендації щодо сімейного виховання.

Суть діяльності шкільної психологічної служби полягає в супроводі дитини протягом її шкільного навчання, що дає можливість впровадити шкільну психологічну діяльність у навчально-виховну педагогічну систему.

Оскільки розвиток та виховання дитини з особливими потребами потребує спеціальних знань про захворювання, його наслідки, потенційні можливості дитини, важливим є належна організація роботи мультидисциплінарної команди фахівців у навчальному закладі. Батькам необхідно надавати практичні поради щодо нагляду за дітьми, пояснення та рекомендації щодо вирішення повсякденних проблем, пов’язаних з вихованням, знайомити з досвідом інших батьків. Основні форми групової роботи з батьками в цьому напрямку: проведення семінарів, консультацій, лекцій, зборів та ін. Одночасно взаємодія може організовуватись і в індивідуальній формі (індивідуальні бесіди та індивідуальне консультування).

З метою впровадження системи психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного і шкільного віку, які навчаються в умовах інклюзивної освіти, суттєвим є організація і здійснення комплексного психологічного супроводу, а саме:

1. Діагностичний: діагностика рівня розвитку дітей: виявлення індивідуальних особливостей психічного, фізичного, інтелектуального розвитку; рівня розвитку психічних процесів; діагностики соціальної зрілості, інтелекту, стилю взаємодії педагогів і батьків з дитиною; тестування та анкетування педагогів та батьків на предмет готовності до здійснення

інклюзивного навчання; вивчення особливостей сім'ї, в якій виховується дитина; психолого-педагогічне спостереження за особливостями соціальної взаємодії учнів у школах з інклюзивним навчанням.

2. Констатуючий, який полягає у оформленні необхідних супровідних документів: банк даних дітей з особливими освітніми потребами; картки стану здоров'я і розвитку дитини; психологічні картки індивідуального розвитку дитини; соціальні паспорти сімей, в яких виховується дитина.

3. Консультативно-практичний, що полягає у наданні методично-практичних консультацій класоводам, класним керівникам, вчителям-предметникам та адміністрації закладів щодо розробки індивідуальних програм навчання і розвитку з наданням відповідних психологічних рекомендацій; спостереженні за системою колективно-групових взаємовідносин.

Психодіагностична робота як напрям діяльності в роботі психолога-консультанта МПМПК

Психодіагностична робота – це одне з найскладніших напрямів і форм діяльності практичного психолога, яке вимагає спеціальної підготовки і сформованості діагностичних, прогностичних та організаторських умінь фахівця. Психодіагностика може реалізовуватися як самостійна форма роботи (психологічна експертиза), так і входити як структурна складова в психокорекцію і психологічне консультування. Психодіагностика передбачає обстеження психіки індивіда (чи соціально-психологічних характеристик соціальної групи) за допомогою спеціальних методик з метою встановлення психологічного діагнозу.

Психологічний діагноз – це опис індивідуальних особливостей психіки конкретної людини (або соціально-психологічних особливостей конкретної соціальної групи). Для психодіагностичного обстеження використовують психодіагностичні методи, тобто дослідницькі методи психологічної науки.

Особливістю психодіагностичних методів є їх вимірювально-дослідна спрямованість, що і забезпечує кількісне і (або) якісну оцінку явища, що вивчається. Основними вимогами до психодіагностичних методів є: а) стандартизація інструментарію, в основі якої лежить поняття норми; б) надійність і валідність інструментарію; в) жорстка регламентація процедури обстеження.

Психодіагностичні методи конкретизуються в трьох основних діагностичних підходах, які практично охоплюють все різноманіття діагностичних методик:

1. «Об'єктивний» підхід – діагностика здійснюється на основі результативності та особливостей виконання діяльності. Це переважно тести особистості і тести інтелекту, а також тести спеціальних здібностей і тести досягнень.

2. «Суб'єктивний» підхід – діагностика здійснюється на основі даних, які повідомляє про себе досліджуваний, самоописів особливостей особистості, поведінки в конкретних ситуаціях. Це різноманітні опитувальники.

3. «Проективний» підхід – діагностика здійснюється на основі аналізу особливостей взаємодії з нейтральним, ніби безособовим матеріалом, який в силу його певної невизначеності стає об'єктом проекції. Це різноманітні проективні методики дослідження особистості.

Процедура психодіагностичного обстеження передбачає реалізацію трьох етапів:

а) збір даних відповідно до завдання дослідження;

б) обробка та інтерпретація отриманих даних;

в) постановка діагнозу або прогнозу.

Використовуючи різні методичні засоби, психолог одержує чіткішу картину індивідуальних особливостей людини, що дозволяє повною мірою виявити і дати психологічну оцінку вирішального чинника. В окремих випадках спеціаліст з психологічної допомоги повинен одержати інформацію

швидко і без зайвих витрат часу та людського чинника.

М. Обозов підкреслює, що практик має бути спостережливим і постійно шукати зв'язок між науково передбаченою ознакою стану і спостережень в поведінці, міміці, жестикуляції, погляді, вегетативних реакціях. Л. Виготський акцентував увагу на тому, що встановлення симптомів ніколи автоматично не веде до діагнозу, що дослідник ні в якому разі не повинен економити за рахунок думок, за рахунок творчого тлумачення симптомів.

Важливий етап психодіагностичної роботи – формулювання *висновку* про основні характеристики психічного розвитку або формування особистості піддослідного, іншими словами – психологічним діагноз. Це центральний, за визначенням Л. Виготського, вузловий етап, в ім'я якого проводилися усі попередні етапи і виходячи з якого можуть будуватися наступні. Діагноз не просто ставиться за результатами психологічного обстеження, а й обов'язково передбачає зіставлення одержаних під час обстеження даних із тим, як виявлені особливості виявляються в життєвих ситуаціях (життєві показники). Велике значення під час встановлення діагнозу має віковий аналіз одержаних даних, причому з урахуванням зони ближнього розвитку піддослідного.

Як свідчить досвід, значні труднощі у постановці діагнозу пов'язані з недостатньо чітким уявленням спеціаліста з психологічної допомоги про межі своєї професійної компетентності.

Г. Вітцлак зауважує, що існує дві основні форми відставання у розвитку: 1) відставання, пов'язане з органічними порушеннями нервової системи, яке потребує клініко-психологічної або медичної діагностики і теорії; 2) тимчасове відставання і неадекватна поведінка, то пов'язані з несприятливими зовнішніми та внутрішніми умовами розвитку.

Формулювання діагнозу обов'язково повинно містити й прогноз розвитку на основі інформації всіх станів дослідження. Прогноз повинен мати два напрями: заходи психолого-педагогічного впливу за умови

своєчасного проведення корекційно-розвивальної роботи; результати діяльності і поведінки, якщо такої роботи проведено не буде.

Типові психодіагностичні висновки завідувача МПМПК та психолога-консультанта з питань інтелектуального розвитку наведені у додатках А та Б.

Методи формулювання психодіагностичного висновку

Результатом психодіагностичного обстеження клієнта виступає складення психодіагностичного висновку, де йдеться про головні аспекти самого процесу обстеження та формулюється психологічний діагноз.

В праці «Психологічний діагноз» О. Ф. Ануфрієв формулює визначення психологічного діагнозу наступним чином: «Психологічний діагноз як результат діяльності психолога-практика є відповідаючим запиту логічним висновком про стан психологічних змінних, які обумовлюють певні параметри діяльності або психічний стан обстежуваного в поняттях сучасної психологічної науки, що дозволяє передбачити майбутній стан клієнта в певних умовах і сформулювати рекомендації з надання йому психологічної допомоги.

Таке визначення стосується здебільшого індивідуальної роботи з досліджуваним в ситуації консультування, особистого звернення за допомогою, але в ситуації експертизи або діагностики для суміжника останній аспект діагнозу, в якому йдеться про рекомендації, не є обов’язковим. Важливіше буває відповісти на питання, в якому стані був досліджуваний під час здійснення певних вчинків (контрольованому або в стані афекту, паніки, іншому зміненому стані свідомості); чи цей стан був викликаний зовнішніми обставинами, які склалися незалежно від бажання і поведінки досліджуваного, або знаходження в подібному стані є властивим його психіці як перманентна схильність; які особливості когнітивних та емоційно-вольових процесів, здібностей, мотивів може виявити психолог для пояснення певної поведінки або проблем людини.

Американський експерт з психологічного оцінювання А. Анастазі вказує, що не існує єдиної форми або правила написання висновків за результатами тестування.

Як зміст, так і стиль висновку можуть і мають змінюватися залежно від мети вивчення випадку, ситуації, в якій воно проводиться, адресата висновку, теоретичних установок і спеціалізації психолога. Особливо важливо, щоб висновок відповідав потребам і рівню підготовки тих, хто його одержить.

У звіті має наводитися коротка анотація змістовного характеру (100-150 слів), а слідом за цим даватися більше докладний спеціальний опис конкретних даних: через яку проблему організоване психодіагностичне обстеження, які саме і з якою метою були обрані та використані ті або інші методики.

Центральний момент у психодіагностичному звіті – це аналіз результатів, висновки, рекомендації (якщо вони передбачаються ситуацією тестування); тестові протоколи й інші дані анамнезу краще помістити у додатку.

З усіх зібраних психодіагностом даних він повинен відібрати лише ті, які стосуються відповіді на поставлені ще на початку обстеження питання.

У висновку в першу чергу повинні бути відбиті відмітні властивості індивіда, тобто риси, результати обстеження за якими були або помітно низькими, або помітно високими, а не ті риси, за якими індивід мав показники, близькі до середнього. Висновок ефективний, якщо він може бути застосований лише до даного індивіда, а не просто до людей, демографічні характеристики яких подібні характеристикам цього обстежуваного.

Якщо результати тестування містять протиріччя, обов'язок діагноста звернути увагу на їхню суперечливість і по можливості пояснити її. Часто за суперечливими даними стоять помилки під час процедури тестування та обробки даних, неправильне розуміння конструктів тестів і окремих питань

самим експериментатором. Все це треба перевірити. В іншому разі за протиріччями в результатах психодіагностичного обстеження може ховатися ключова проблема досліджуваного, наприклад, конфлікт мотивів, протиріччя у його характері, неправильні уявлення про себе та інших людей, неправдиві відповіді на певні питання тестів тощо.

Необхідно вказати, чи ґрунтуються судження про індивіда на критеріально-орієнтованій або ж нормативній оцінці, і якщо вірно останнє, то з якими нормами зіставляються результати індивіда.

Бажано уникати спеціальної термінології, за винятком випадків, коли вона полегшує викладення суті справи.

Як і будь-який експертний висновок, звіт про результати психодіагностичного обстеження має інформувати, роз'яснювати, тобто робити вклад у розв'язання проблеми дослідження, а не спантеличувати. Написання такого звіту вимагає продуманого плану, редагування, наявності досвіду.

В. М. Мельников і Л. Т. Ямпольський вказують, що інтерпретація результатів тестування є описом психологічних механізмів, які управляють поведінкою окремого досліджуваного, і тому може бути використана для прогнозу і корекції індивідуальної поведінки. Вони нагадують, що працюючи над інтерпретацією, психолог має врахувати, по-перше, не лише результати тестування, але й всі інші відомості про досліджуваного, які йому доступні, й, по-друге, всі психологічні знання про фактори особистості і способи їхньої взаємодії під час формування реальної поведінки.

Особливості психодіагностичного процесу при гіперактивному розладові у дітей молодшого шкільного віку

Психічне здоров'я та психологічне благополуччя є фундаментальними складовими життя дитини, що дозволяють їй розкрити свій життєвий потенціал, стати соціально активними громадянами. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) є однією з основних проблем дитячої психіатрії

в Європі та світі, успішність вирішення якої багато в чому визначає стан психічного здоров’я дитячо-підліткової популяції.

Проблема діагностики та корекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності досить широко досліджена та висвітлена в зарубіжній науковій і популярній літературі країн Європи, США, але недостатньо – в Україні.

Національний координатор програми Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) «Психічне здоров’я» І. А. Марценковський на засіданні робочої групи Міністерства охорони здоров’я України з розробки вимог до програмно-цільового обслуговування дітей з найбільш поширеними формами психічних розладів, вказуючи на недоліки офіційної статистики Міністерства охорони здоров’я України стосовно відсутності інформації з означеного питання, заявив, що Міністерство охорони здоров’я не в змозі самостійно вирішити проблему охорони психічного здоров’я дітей із СДУГ, через неможливість надання ефективної допомоги цим дітям без урахування їх особливих потреб, пов’язаних з освітою. Він вважає, що без допомоги психологічних служб системи освіти цю проблему вирішити вкрай складно.

На даний момент в розвинених країнах СДУГ реєструється в 24%-40% школярів, проте в Україні досі відсутні епідеміологічні дані щодо поширеності СДУГ серед дітей.

Більш активно проводяться дослідження та докладаються зусилля до визначення шляхів корекції СДУГ в галузі медицини. В той час як психолого-педагогічний аспект проблеми досліджено недостатньо. Проте, на нашу думку, саме практичним психологам дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів надається важлива першочергова роль у ранньому виявленні та подальшій корекції поведінки дітей із СДУГ.

Масові дослідження поширеності СДУГ серед дитячого населення України досі не проводилися, як і не створено цілісної мультимодальної програми корекції поведінки дітей з цим діагнозом, в якій були б враховані особливості розвитку психічних складових (увага, пам'ять, інтелект), використані нейропсихологічні прийоми їх розвитку; рівень соціалізації

дитини, дитячо-батьківські стосунки в сім'ї, індивідуальні особливості дитини; соціальне середовище, в якому перебуває дитина в дошкільному навчальному закладі, в школі, в сім'ї, на вулиці тощо.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю є особливим розладом, який виявити доволі нелегко з огляду на ряд факторів. Труднощі вчасного виявлення СДУГ пов'язані з його поліморфністю – клінічна картина його проявів є досить різною. На думку керівника навчально-реабілітаційного центру «Джерело» О. Романчука, важливою передумовою ефективної допомоги дитині із СДУГ є ґрунтовний, грамотно побудований діагностичний процес, який при цьому розладі є достатньо складним і вимагає часу та ефективної взаємодії фахівців різних дисциплін – психіатрів, психологів, педагогів.

Особлива природа СДУГ обумовлює певні діагностичні труднощі, адже на відміну від інших розладів, які можуть мати чіткі методи лабораторного чи інструментального підтвердження, для СДУГ не існує жодного об'єктивного методу діагностики.

Діагностика СДУГ має передбачати:

– первинний скринінг вчителями та психологами загальноосвітніх шкіл, корекційними педагогами;
– первинну діагностику лікарями ланки первинної медичної допомоги дітям, дитячими неврологами;
– заключну діагностику дитячими лікарями-психіатрами;
– за потреби – психофізіологічне та нейропсихологічне обстеження.

Постановка діагнозу СДУГ ґрунтується на критеріях десятого перегляду Міжнародної класифікації хвороб (ВООЗ, 1994) для гіпердинамічного (гіпрекінетичного) синдрому з дефіцитом уваги (F-90). Одночасно використовуються критерії класифікації DSM-IV (1994) Американської психіатричної асоціації, рекомендовані ВООЗ для практичного використання в якості критеріїв діагнозу СДУГ (ВООЗ, 1994). Обидві класифікації (DSM-IV и МКБ-10), на які спираються в

постановці діагнозу, включають ряд додаткових вимог. Так, в МКХ-10 до них відносяться:

- початок розладу не пізніше 7-річного віку;
- діагностичні критерії проявляються в декількох ситуаціях;
- симптоми всіх розділів відзначаються, принаймні, в двох різних ситуаціях, наприклад, як дома, так і в школі, дитячому садку;
- розлад не відповідає критеріям, які дозволяють діагностувати загальний розлад розвитку (розлад із спектру аутизму), манію чи депресію, наприклад при біполярному чи тривожному розладах.

По МКХ-10, на відміну від DSM-IV, для встановлення діагнозу повинні бути присутні прояви як неуважності, так і гіперактивності та імпульсивності. DSM-IV таких вимог не ставить і описує різні клінічні підтипи СДУГ.

У діагностичній класифікації DSM – IV виділено три підтипи розладу на основі наявності чи відсутності симптомів із груп гіперактивності-імпульсивності та дефіциту уваги:

1) Комбінований підтип – із наявністю виражених симптомів як гіперактивності-імпульсивності, так і неуважності;
2) Із домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю – коли явно виражені симптоми цього спектру, а симптоми порушення уваги є мінімальними або ж відсутні взагалі;
3) Із домінуючим порушенням уваги – коли, навпаки, значно виражені лише симптоми дефіциту уваги.

Діагностичний процес при СДУГ, який ґрунтується на DSM – IV має декілька базових цілей: встановити діагноз СДУГ, коморбідних розладів; дослідити ситуацію в контексті сім’ї та соціального середовища (внутрішню та зовнішню інтраперсональну динаміку, наявність психотравмуючих факторів і захисних ресурсних чинників). Утім, встановлення діагнозу та досягнення розуміння ситуації через призму біопсихосоціальної моделі є не єдиними цілями діагностичного процесу. Іншою, надзвичайно важливою його метою є встановлення терапевтичної взаємодії з сім’єю та дитиною,

встановлення партнерських стосунків, досягнення спільного бачення проблем, цілей та формування відповідного плану дій.

Найбільш складним в діагностиці СДУГ є врахування коморбідних розладів. В клінічній практиці гіперактивність та розлади уваги найчастіше зумовлені СДУГ. Проте ці розлади можуть виступати зовнішніми ознаками інших станів. До основних з цих станів відносять:

- індивідуальні особливості особистості та темпераменту, коли характеристики поведінки дітей не виходять за межі норми;
- тривожні розлади;
- розлади розвитку шкільних навичок (дислексія, дисграфія, дискалькулія);
- туговухість;
- спадкові синдроми Туретта, Вільямса, Сміта-Маженіса та ін.;
- психічні розлади поведінки, афективні розлади, розумова відсталість, аутизм, шизофренія.

В інших випадках особливості поведінки, в тому числі розлади уваги та гіперактивність можуть бути реакцією дитини на психічну травму, наприклад, на кризову ситуацію в сім'ї, розлучення батьків, конфлікт з учителями, вихователем, батьками, погане ставлення до дитини з боку оточення тощо.

Попередня діагностика розладів уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку та молодшого шкільного віку має здійснюватися корекційними педагогами, практичними психологами, у дітей шкільного віку – вчителями та психологами закладів освіти. Діагностика має проводитися шляхом оцінювання дітей за батьківським та вчительським протоколами шкали Коннерса; дослідження їх академічних проблем із встановленням специфічних затримок розвитку мови, шкільних навичок, рухових функцій.

Метою попередньої діагностики є виявлення дітей з розладами уваги та гіперактивністю у дошкільних та шкільних закладах, оцінювання їх особливих потреб, пов'язаних з групою первинної підтримки та освітою. Особливе значення для діагностики має і визначення проблем, пов'язаних

зі зміненим паттерном родинних взаємин, асоціальною поведінкою батьків, недоброзичливим відношенням до дитини в процесі її виховання, наявністю подій, що призвели до втрати дитиною відчуття власної гідності; дослідження обставин, що можуть свідчити про фізичне чи сексуальне насильство стосовно дитини з боку членів сім'ї.

Дуже важливу роль у ранньому виявленні СДУГ відіграють педагоги та психологи. У навчально-виховному закладі важко не помітити дитину з гіперактивним розладом. На цьому етапі, щоб запідозрити СДУГ, діагностичний процес не займає багато часу, заповнення скринінгових опитувальників батьками та вихователями, аналіз відомостей про успішність та рівень моторної активності дитини на початковому етапі можуть виявитися достатніми. Але вже наступний етап діагностики має здійснюватися в рамках мультидисциплінарної команди, до складу якої мають входити як психолог, так психіатр.

Л. А. Ясюкова, вказуючи на вік 3-6 років, як найбільш важливий для виявлення СДУГ, в якості діагностичного матеріалу називає:

- опитувальники для батьків та вчителів;
- матриці Равена;
- тест Векслера;
- діагностику інтелекту та пізнавальної сфери дитини;
- візуально-моторний тест Бендер-Гештальта;
- експрес-діагностику «Лурія-90», розроблена Є. Г. Симерницькою;
- діагностику відео-моторної корекції (малюнок «Дім-Дерево-Людина», «Неіснуюча тварина»);
- діагностику емоційного розвитку (тест на рівень тривожності, тест руки тощо).

На думку О. Політики практичні психологи при дослідженні СДУГ діагностичні роботу мають розділяти на декілька аспектів: дослідження когнітивної, емоційної та поведінкової сфер. Так для дослідження інтелекту рекомендується використовувати: тест Векслера, прогресивні матриці Равена; для визначення рівня моторно-зорової координації: візуально-

моторний гештальт-тест Бендер; для дослідження уваги та пам'яті: коректурні проби, тест Тулуз-Пьєрона, методики «Запам'ятай малюнки» та «Запам'ятай і розстав крапки». Що ж до дослідження особливостей поведінки рекомендується використовувати опитувальник J. Swanson, при використанні якого знову виникає питання щодо його стандартизації в Україні.

Існує й інша точка зору, відповідно якої інформативних психологічних тестів для діагностики СДУГ немає. Багато дітей з СДУГ погано навчаються в школі, що може бути результатом як поведінкових розладів, так і парціальної затримки розвитку. Невстигаючий учень з підозрою на СДУГ повинен пройти тестування на інтелект (по Векслеру), а також звичайну перевірку володіння шкільними навичками.

Для діагностики СДУГ використовують опитувальники, та оціночні шкали, які стандартизовані в США, проте не в Україні, а, отже, отримані дані можуть викликати сумнів.

Програма вивчення дітей особливостей рівня розвитку окремих когнітивних процесів у дітей з гіперактивним розладом

Для винесення психодіагностичного висновку щодо виявлення у дитини молодшого шкільного віку (а саме цей вік є найбільш вразливим) рекомендується охоплювати дослідженням когнітивну та емоційну сфери особистості учня.

В когнітивній сфері її важливим компонентом виступає інтелект індивіда та рівень розвитку мисленнєвих операцій. Дослідження інтелекту варто здійснювати за допомогою Прогресивних Матриць Равена (Raven Progressive Matrice), які призначені для оцінювання рівня розвитку невербальної складової інтелекту, рівня концентрації активної уваги, її об'єму та розподілу, зокрема дитячий (кольоровий) варіант методики у модифікації Розанової Т.В. (Додаток В).

Равен створив особливий тест, орієнтований на діагностику здатності до визначення закономірностей в організації серій, які послідовно й поступово ускладнюються (Raven J.C., 1960). За допомогою матриць Равена продуктивні властивості інтелекту набагато краще прогнозують інтелектуальні досягнення людини в порівнянні з репродуктивними властивостями, що діагностуються вербальними тестами типу тесту запасу слів (Raven J., 1985). На думку автора «Прогресивні матриці Равена можуть застосовуватися на досліджуваних з будь-яким мовним складом та соціокультурним фоном, з будь-яким рівнем мовного розвитку».

Дж. Равен вважав, що «серії А, АВ та В дозволяють чітко диференціювати різні ступені вродженої та набутої розумової відсталості….. Тест … вказує, володіє чи ні обстежуваний здатністю до порівняння та умовиводам за аналогією…».

Кольорові Прогресивні Матриці Равена містять в собі 36 завдань, розділених на три серії А, АВ, В по 12 завдань. Три серії завдань дозволяють оцінити головні когнітивні процеси, котрі, на момент проведення дослідження уже сформувалися у дітей цього віку. Вказані серії оцінюють перебіг розумового розвитку з моменту, коли дитина починає досить успішно міркувати по аналогії та здатна прийняти такий спосіб мислення для висновку логічних умовиводів. Саме ця стадія є вирішальною в процесі інтелектуального дозрівання та саме вона страждає однією з перших при органічних ураженнях ЦНС.

Успішність вирішення серії А залежить від здатності досліджуваного доповнювати безперервні структури, які по мірі ускладнення завдань в серії змінюються спочатку в одному, а потім в двох напрямах одночасно. В серії А досліджуваний повинен доповнити відсутню частину зображення. Виконання цієї серії передбачає володіння навичками диференціації основних елементів структури та розкриття зв’язків між ними, ідентифікацію відсутньої частини структури та порівняння її з наданими зразками.

Успішність вирішення серії АВ залежить від здатності досліджуваного бачити дискретні фігури як просторово пов’язане ціле та вибирати фігури,

які доповнюють просторову схему. Ця серія передбачає аналіз вихідних фігур, синтез характерологічних ознак і на його основі виявлення аналогій між фігурами.

Серія В містить достатню кількість завдань, де використані аналогії, та які визначають чи здатна дитина думати таким чином.

При виконанні завдань усіх серій досліджувана дитина має проаналізувати структуру вказаного зразка, визначити характер зв'язків між елементами, визначити елемент, відсутній на малюнку, порівняти запропоновані йому варіанти та вибрати з них лише один вірний.

За даними багаторічних досліджень результати, отримані за допомогою тесту Равена добре узгоджуються з показниками інших поширених тестів: Векслера, Стенфорд-Біне, ШТУР, Виготського-Сахарова.

В дефектології при діагностиці рівня розумового розвитку велике значення надається тому, як дитина використовує допомогу. При використанні різних видів допомоги підвищується диференційно-діагностична цінність методик, які застосовуються для розмежування різних форм інтелектуальної недостатності. Саме з цією метою Т. В. Розанова (1978) модифікувала процедуру пред'явлення матриць Равена – вона ввела різні види допомоги.

Т. В. Егорова (1984) апробувала методику Дж. Равена в модифікації Т. В. Розановой на дітях з ЗПР та показала, що результати (кількісні та якісні), які отримуються, дають можливість адекватно оцінити особливості наочно-образного мислення у дітей цієї категорії. Методика дослідження зорового сприйняття та наочно-образного мислення отримала назву – «Методика Дж. Равена, в модифікації Т. В. Розановой (1978)».

Останніми дослідженнями встановлено відмінності у виконанні ПМР між дітьми з нормальним розвитком та дітьми, що мають окремі особливості розвитку (зокрема затримку психічного розвитку та розумову відсталість).

В таблиці 5.1. наведені диференціальні норми для різних вікових категорій дітей.

Таблиця 5.1. Норми виконання ПМР для різних вікових груп

Вік	Категорія досліджуваних	Кількість балів
6 років	Норма	26-35
	Затримка психічного розвитку	13-25
	Розумова відсталість	0-12
7 років	Норма	27-35
	Затримка психічного розвитку	16-26
	Розумова відсталість	0-15
8 років	Норма	29-35
	Затримка психічного розвитку	19-28
	Розумова відсталість	0-18
9 років	Норма	30-35
	Затримка психічного розвитку	20-29
	Розумова відсталість	0-19

Інструкція, яку повідомляють досліджуваному любими доступними йому комунікативними засобами, повинна містити вказівки на відсутність кусочка в «коврику», зображеному у верхній частині кожного малюнку. Необхідно віднайти відповідний «клаптик» серед шести інших, зображених в нижній частині тієї ж сторінки.

В якості навчального (пробного) прикладу застосовується завдання А1, при помилці розглядаються варіанти вирішення та виясняється чому варіант «4» — правильний. При підрахунку кінцевого балу результати по матриці А1 не враховуються. Решта 35 завдань використовуються для тестування. По кожному з них досліджуваний повинен знайти відповідь самостійно. У випадку помилки, екзаменатор говорить досліджуваному: «Неправильно! Подумай ще» (стимулююча допомога). Те саме говориться досліджуваному, коли друга спроба також виявляється невдалою.

Якщо третя спроба не дає результату – увага досліджуваного спрямовується до наочних умов завдання (до фігур, частин та їх взаємного розташування, до направлення ліній тощо). При невдачі досліджуваному

може бути запропонований інший варіант завдання: в матриці зроблено виріз для «шматочка» (клаптика) та окремо дається шість вставок, які можна переміщати та прикладати до вирізу матриці, щоб визначити яка з них підходить. В завданнях А11, А12. АВ12 четвертим видом допомоги є пояснення принципу вирішення.

Оцінка результативності здійснюється наступним чином: за правильну відповідь з першої спроби досліджуваний отримує 1 бал, з другої – 0,5 бали, з третьої – 0,25 бали. Неправильна відповідь після третьої спроби оцінюється в 0 балів. За знаходження правильної відповіді після пояснень, а тим більше в результаті маніпулювання з вирізаними вставками, бали не нараховуються.

Показник успішності (ПУ) вирішення матричних завдань може виражатися у відносних одиницях, де Х – сума балів. Сумарна кількість балів, отриманих при вирішенніс35 завдань, є основним показником, який відображає рівень психічного розвитку дитини, котрий інтерпретується шляхом порівняння з нормами для цього (вказаного) віку.

Аналіз розподілу індивідуальних даних дозволив виділити чотири рівня успішності вирішення матричних завдань (Т.В. Егорова, 1984):

IV – вищий рівень успішності – 28 та більше балів (80-100 процентів ПУ);

III – 27,9 – 23,0 бали (79,9 – 65,0 %);

II – 22,9 – 17,0 балів (64,9 – 50 %);

I – самий низький – 16,9 та менше балів.

Для учнів з нормальним розвитком I – II класів в 90 процентів, відзначаються IV та III рівні успішності. II та, особливо, I рівні успішності вирішення матричних завдань зустрічаються у дітей з відхиленнями у розвитку.

Сумарна кількість балів, що дорівнює 13-ти та менше, за результатами Т. В. Розанова, 1978; Л. И. Переслени, Е. М. Мастюкова, 1989 виявляються у дітей з розумовою відсталістю.

З 36 завдань, 28 спрямовані на визначення рівня сформованості операцій доповнення до цілого (визначена кількість завдань на

встановлення тотожності, «почуття симетрії») з урахуванням принципу центральної та осьової симетрії, а 8 завдань (А11, А12, Ab12, В8-В12) сприяють виявленню рівня сформованості мисленнєвих операцій (встановлення відношень за принципом вирішення простих та складних аналогій). Кількість вирішених аналогій може бути важливим показником при диференціюванні ЗПР та легкої розумової відсталості.

Для визначення особливостей уваги рекомендується використовувати різновид коректурної проби – тест Тулуз-Пьєрона, що первинно спрямований на вивчення якостей довільної уваги (концентрації, стійкості, можливостей переключення) та психомоторного темпу. Вторинно – оцінює точність та надійність переробки інформації, вольову регуляцію, особистісні характеристики працездатності та її динаміку у часі; виявлення порушень уваги, що мають нейрофізіологічну основу (ММД); отримати інформацію про такі характеристики працездатності як стомлюваність, тривалість циклу стійкої працездатності, періодичність відволікань і перепадів у швидкості роботи (Додаток Г).

В тесті Тулуз-Пьєрона стимульним матеріалом є вісім типів квадратиків, які відрізняються тим, до якої із сторін чи кутів квадратику добавлено чорні півкола чи чверті кола. Тестовий бланк містить десять рядків, котрі у випадковому порядку містять усі типи квадратиків. Квадратики-зразки розташовані у верхньому кутку бланку для відповідей. В розміщених нижче рядках досліджуваний має знаходити та закреслювати квадратики, які відповідають наданим зразкам та підкреслювати решту. Час роботи з кожним рядком обмежено однією хвилиною.

Ясюкова рекомендує в комплексі з використанням тесту Тулуз-Пьєрона застосовувати інтелектуальні та особистісні методики, що дасть більш чітку картину можливих ускладнень у розвитку дитини.

Такі дослідження з дітьми дошкільного віку та першо-другокласниками Ясюкова рекомендує розпочинати з методики Тулуз-Пьєрона, продовживши дослідження тестами інтелекту, тоді як обстеження третьокласників та старших учнів варто навпаки розпочинати з тестів інтелекту, а методику

Тулуз-Пьєрона використовувати в середині дослідження, що дасть змогу проконтролювати рівень уважності та ступінь втомлюваності дитини.

В таблицях 5.2 та 5.3 наведені вікові нормативи за методикою Тулуз-Пьєрона за факторами швидкості та точності, що дозволяє визначити «зону ризику» дитини, ту чи іншу форму ММД. При потраплянні навіть одного фактору до зони патології вказує на наявність у дитини ММД.

Таблиця 5.2. Вікові нормативи за тестом Тулуз-Пьєрона (Фактор швидкості (V)

Вік	Зона дефекту	Слабка	Середня (середньовікова норма)	Достатня	Висока
Дошк. 6-7 років	0-14	15-17	18-29	30-39	40 і вище
1 кл.	0-19	20-27	28-36	37-44	45 і вище
2 кл.	0-22	23-32	33-41	42-57	58 і вище
3-4 кл.	0-15	16-25	26-36	37-48	49 і вище

При визначенні фактору точності із загальної кількості всіх оброблених знаків необхідно відняти кількість помилок та поділити отримане число на суму всіх оброблених знаків.

Таблиця 5.3. Вікові нормативи за тестом Тулуз-Пьєрона (Фактор точності (К)

Вік	Зона дефекту	Слабка	Середня (середньовікова норма)	Достатня	Висока
Дошк. 6-7 років	0 – 0.88	0.89 – 0.9	0.91 – 0.95	0.96 – 0.97	0.98 – 1
1 - 2кл.	0 – 0.89	0.9 – 0.91	0.92 – 0.95	0.96 – 0.97	0.98 – 1
3 - 7 кл.	0 – 0.89	0.9 – 0.91	0.92 – 0.93	0.94 – 0.96	0.97 – 1

Планування організації діяльності за тестом Тулуз-Пьєрона передбачає підготовку індивідуальних бланків відповідей, секундоміру, ручок чи олівців. З метою правильного розуміння тесту дітьми попередньо проводиться тренування дітей. Важливо звернути увагу дітей на те, що без команди ніхто не повинен нічого писати. Далі надається детальна інструкція щодо виконання тесту. Поки дитина працює у тренувальному рядку, необхідно оцінити наскільки дитина зрозуміла інструкцію. Варто акцентувати на тому, що квадратики не можна підкреслювати суцільною рискою або пропускати елементи. На виконання кожного рядка дається одна хвилина. Уважне спостереження за поведінкою дитини під час виконання тесту дозволяє визначити наявність або дефіцит довільності.

Тест не має обмежень для потворних застосувань та може використовуватись для аналізу динаміки ГР, оцінки ефективності психокорекційного впливу, тощо. В результаті дослідження отримуються наступні розрахункові показники: швидкість виконання тесту V, коефіцієнт точності виконання тесту К, стійкість швидкості в часі σ_v, стійкість уваги σ_α, кореляція швидкості і точності виконання тесту rv_α. Основним показником є коефіцієнт точності виконання тесту, що характеризує розвиненість довільної уваги та здатність до довільної концентрації.

Якщо розрахункове значення показникам точності виконання тесту потрапляє в зону патології, то можливість ММД досить висока. Якщо розрахунковий показник виявляється в зоні слабкого розвитку точності уваги, варто додатково проаналізувати швидкість виконання тесту. Якщо при цьому значення швидкості потрапляє в зону патології, або слабкого рівня, то при навіть високій точності ризик виявлення ММД досить високий.

Для кожної досліджуваної дитини малюється індивідуальний профіль працездатності, за яким уже на попередньому етапі обробки результатів можна визначити особливості працездатності, стомлюваність та циклічність коливань уваги при роботі.

За допомогою кількісного аналізу результатів визначається показник

швидкості роботи, який вказує на динаміку розумової діяльності дитини. За загальним числом допущених помилок ми отримуємо показник точності роботи, який вказує на рівень саморегуляції й довільності дитини. Коефіцієнт точності виконання тесту характеризує розвиток довільної уваги та здатність до її концентрації і є основним показником для визначення ММД, якщо потрапляє у зону дефекту.

При обробці результатів дослідження спочатку визначається число оброблених знаків, кількість помилок, звертається увага: на характер помилок (пропуски, «дзеркальні, несистематичні); на їх закономірність (на початку, наприкінці рядка, як змінюється кількість помилок по мірі віддалення від зразку).

Для здійснення якісного аналізу необхідно відокремити дітей-кінестетиків, які мають труднощі в опрацюванні словесно-візуальної інструкції.

За Коробко значення показника швидкості в зоні патології або його низького рівня також вказує на можливість встановлення ММД. Якщо показники швидкості виконання тесту низькі, то при будь-якій точності можливість прояву ММД досить висока.

Для виявлення розладів шкільних навичок (Learning diseability) варто використовувати методику відомого дослідника Корнєва А.Н. (МВДР) – «Експрес-діагностика раннього виявлення дислексії», що дозволяє виявити потенційну «групу ризику» щодо можливості виникнення дислексії у дітей молодшого шкільного віку (Додаток Д).

Згідно теорії Л.Франка (2000) продукти досліджуваного несуть на собі відбиток його особистості в процесі взаємодії з неструктурованим матеріалом. «Малюнок сім’ї» (Drawing-Family Techniques) – належить до групи проективних методик для оцінювання внутрісімейних стосунків, яка ґрунтується на аналізі та інтерпретації малюнків. Вперше детальна схема проведення дослідження та інтерпретації результатів була розроблена для тесту «Намалюй свою сім’ю» (В. Вулф, 1947). Для дослідження

мікросередовища дітей з ГРДУ та дислексією варто використовувати проективну методику «Малюнок сім'ї» (Додаток Е).

Рекомендації для вчителів щодо особливостей взаємодії з дітьми з особливими освітніми потребами під час навчально-виховного процесу

Зміст, форми та методи навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку мають бути корекційно спрямованими. Це означає, що кожна тема, яку вивчають у школі, кожен метод і прийом, використаний учителем чи вихователем, мають не лише сприяти засвоєнню знань, умінь і навичок, формуванню поведінки, а й спрямовуватися на виправлення вад психофізичного розвитку (залежно від дефекту).

Система корекційного впливу на учнів повинна бути розрахована на тривалий час і діяти на особистість загалом, в єдності таких її компонентів, як пізнавальні, емоційно-вольові психічні процеси, досвід (знання, вміння, навички), спрямованість, поведінка. Відповідно, вчителеві необхідно узгоджувати педагогічні впливи з медичними і психологічними; дотримуватися послідовності й наступності в корекційно-виховній роботі, єдиного охоронно-педагогічного режиму в школі та сім'ї. Починаючи працювати з учнями, педагог має враховувати індивідуальну структуру дефекту (первинний дефект, вторинні дефекти, подальші ускладнення) та збережені можливості, тобто йому слід вивчити досвід дитини, її спрямованість, поведінку.

Специфіка роботи з учнями, які мають розумову відсталість і затримку психічного розвитку.

При порушеннях розумового розвитку відбуваються органічні ушкодження кори головного мозку, наслідок яких — недостатня сформованість усіх складових психіки й передусім порушення пізнавальних процесів. Виявляється своєрідність у розвитку відчуттів, сприймання, пам'яті. уяви, мовлення, уваги.

Найістотніша ознака розумової відсталості – знижена здатність до узагальнень у процесі розв'язання інтелектуальних завдань Педагогічна робота з цією категорією дітей спрямовується передусім на максимальне становлення загальних соціально-адаптаційних здібностей, практичну підготовку до життя у суспільстві, самообслуговування, спілкування, адекватну соціальну поведінку.

Для учнів із затримкою психічного розвитку, на відміну від розумової відсталості, характерні порушення у структурі так званих «передумов інтелекту», що охоплюють працездатність, пізнавальну активність, емоційно-вольові компоненти діяльності, увагу, пам'ять, сприйняття, тоді як «власне інтелект» (різні форми мисленнєвої діяльності, особливо словесно-логічне мислення) зберігає досить високу здатність до розвитку, що реалізується у процесі адекватної та своєчасної корекційної допомоги.

Необхідно також урахувати, що дитині із ЗПР потрібно давати більше часу на засвоєння певних навичок. Усі учні із затримкою психічного розвитку мають перебувати під наглядом лікарів: педіатра, психіатра. Учителеві необхідно систематично вивчати результати спостережень лікарів та враховувати їх при організації навчально-виховного процесу.

Дуже важливим моментом у роботі з такими дітьми є забезпечення обережності педагогічного процесу, щоб уникнути перевантаження і без того вразливої нервової системи.

Навчання школярів із різними психічними порушеннями психофізичного розвитку має такі особливості: повільність;

– простий виклад матеріалу;
– повторюваність;
– поглиблений індивідуальний і диференційований підходи;
– предметно-наочний і практичний характер;
– опора на розвиненіші здібності й подолання загальної недостатності та вад інтелектуальної сфери;
– спеціальна організація навчальної діяльності, зокрема розвиток

стимулів до навчання та пізнавальних інтересів, керівна роль учителя, що виявляється в сукупності форм (педагог дає знання, організовує спостереження, інструктує, перевіряє, оцінює).

Незважаючи на різноманітність причин, які обумовлюють затримку психічного розвитку, її прояви мають низку спільних (типологічних) для цієї групи дітей особливостей: інтелектуальна недостатність, що виявляється у навчально-пізнавальній діяльності, інертність, повільність мислення, схильність до конкретизації, недорозвинення словесно-логічного мислення, порушення як імпресивної, так і експресивної мови, бідність мовного розвитку; нестійкість, підвищена неуважність, недостатня концентрація та швидка розсіюваність уваги, недостатність сформованості всіх видів сприймання (зорового, слухового, нюхового, шкірного тощо) і просторової орієнтації; порушення логічної, опосередкованої пам'яті; недорозвинення емоційно-вольової сфери (послаблення активності, зниження ініціативи в інтелектуальній діяльності, неспроможність керувати своєю поведінкою, емоційна незрілість).

У поєднанні зі швидкою втомлюваністю ці фактори серйозно гальмують навчання та розвиток. У стані втоми у школярів можуть виникати імпульсивні рухи: розгубленість, метушливість, через що вони не помічають своїх помилок, не доводять справу до кінця Навички формуються повільно. Новий або незвичайний спосіб діяльності може спричиняти незадоволення, а інколи й протест. Під впливом невдач у них швидко розвивається негативне ставлення до навчальної діяльності.

При розробці рекомендацій вчителю по роботі з гіперактивними дітьми важливо звертати увагу на слабкий рівень самоорганізації таких дітей та на ступінь їхнього відволікання від процесу навчання.

Під час уроку варто обмежити фактори, що відволікають дитину:

- місце за партою гіперактивного учня має бути в центрі класу. Недалеко від дошки, вчителя, поряд із відмінниками або учнями з хорошою поведінкою. Має бути достатній ступінь візуального контакту з учителем.

- Для утримання уваги гіперактивних дітей варто використовувати методи тактильного спілкування та заохочення.
- Обов'язково розбивати виконання завдань для таких дітей на короткі етапи та заохочувати дітей до подальшого їх виконання постійно звертаючи увагу на успішне виконання попередньої частини завдання.
- Створювати ситуації успіху під час навчального процесу.
- Давати чіткі короткі інструкції.
- Заняття проводити в першій половині дня.
- Встановити чіткі правила, які необхідно постійно дотримуватись.

При організації читання варто використовувати указку чи стежити пальцем, закладкою. Це допоможе дитині уникнути втрати місця, пропуску чи повторення рядків чи слів.

Для батьків поради:

- Необхідно також встановити чіткі правила, які водночас є не надмірними, проте чіткими і постійними.
- Намагатися уникати надлишкової кількості вражень, надмірних подразників, які можуть перевтомлювати дитину.
- Кожного разу пари звертанні до дитини давати їй не більше двох інструкцій, які мають носити чіткий конкретний характер.
- Для занять із різних предметів завести зошити різних кольорів, що дасть змогу швидше знаходити їх та підвищувати рівень самоорганізації дитини.

Для того, щоб змінити поведінку дитини слід обирати для вирішення чи подолання лише одну проблему. Після вирішення якої переходити до наступної.

Тільки завдяки кваліфікованій допомозі, спеціальній корекційній роботі послаблюються дефекти розвитку дітей.

Спрямування навчальної роботи на свідоме засвоєння матеріалу, на введення логічної основи в навчальну діяльність неабияк сприяє корекції та вдосконаленню не лише вищих психічних функцій (на що, по суті, прямо

звернена така робота), але й розвиває та коригує елементарні психічні процеси.

Корекція дефектів дітей з особливими потребами відбувається у процесі всієї навчально-виховної роботи школи, проводиться на тому навчальному матеріалі, який є змістом того чи іншого навчального предмета.

Мета навчання має бути конкретно сформульована для кожного навчального предмета, уроку, виховного заходу. Особливо важлива ця проблема для спеціальної роботи всього педагогічного колективу.

Комплексний підхід у корекційному вихованні школярів реалізовуватиметься лише тоді, коли педагоги, працюючи з певним класом або групою, уявлятимуть усю систему конкретних завдань, їхню ієрархію. Учитель, узявши за основу абстрактно і глобально сформульовані завдання, може зробити акцент на будь-яких конкретних моментах з огляду на власне бачення.

Ефект корекційно-розвивального навчання вищий, якщо його мету сформульовано точно й адекватно.

Список використаних джерел

1. Анастази А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.: Питер, 2003.
2. Беломестнова Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. Психометрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике. Методическое пособие. – СПб.: Речь, 2003.
3. Брязгунов И. П., Касатикова.Е. В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 45 с.
4. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. – К.: Наукова думка, 1989, – 200 с.
5. Ворон М.В., Найда Ю.М. Інклюзивна освіта: українські реалії / журнал «Підручник для директора», видавництво «Плеяди», червень, 2006.
6. Інклюзивна освіта: стан і перспективи розвитку в Україні: Науково-методичний збірник до Всеукраїнської науково_практичної конференції в рамках реалізації проекту «Створення ресурсних центрів для батьків дітей з особливими освітніми потребами» за підтримки програми ІВРР – TACIS Європейської комісії / ВФ «Крок за кроком». – К.: ФОП Придатченко П. М., 2007. – 180 с.
7. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983.
8. Корнев А.Н. Нарушение чтения и письма у детей: учебно-методическое пособие. – СПб.: ИД «МиМ», 1997. – 286 с.
9. Корнев А.Н., Ишимова О.А. Методика діагностики дислексии у детей. Методическое пособие. – СПб.: Изд-во Политехн. Ун-та, 2010. – 72 с.
10. Коробко С.Л., Коробко О.І. Робота психолога з молодшими школярами: Методичний посібник. – К.: Літера ЛТД, 2006. – 416 с.
11. Кулагин Б.В. Основы профессиональной психодиагностики. – Л.: Медицина, 1984.
12. Марценковський І. А., Бікшаєва Я. Б. та ін. Програмно цільове

обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом // Медицинская газета «Здоровье Украины». – № 5 / 1. – 2009.

13. Мельников В.М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности. – М.: Просвещение, 1985.

14. Монина Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: Монография.– СПб.: Речь, 2007.– 186 с.

15. Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. СПб.: Изд-во «Речь», 2004.

16. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / В.Д.Балин, В.К. Гайда, В.К. Гербаческий и др. Под общей ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. – СПб.: Питер, 2006.

17. Психологическая диагностика: Учебник для вузов / Под ред. М.К. Акимовой, К.М.Гуревича. – СПб.: Питер, 2008.

18. Права детей с особыми образовательными потребностями на равный доступ к качественному образованию. – К., 2006. Міжнародний фонд «Відродження».

19. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – СПб.: Речь, 2008. – 208 с.

20. Перепада О. М. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності як медико-психологічна проблема / О. М. Перепада / Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред.. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Вип.. 10. – Кам’янець-Подільський: «Аксіома», 2010. – 940 с.

21. Перепада О. М. The syndrome of deficit of attention and hyperactivity is a medical-psychological problem how / O. Perepada / Становлення цінностей у психологічному вимірі соціального буття особистості. Соціальна мужність як цінність, 3-4 червня 2010 р., Львів – Кам'янець-Подільський: Матеріали міжнародної конф. / За ред..

С. Д. Максименка, Л. В. Романюк, Л. А. Онуфрієвої – Кам'янець-Подільський: «Аксіома», 2010. – 188 с.

22. Перепада О. М. Специфіка діагностичного процесу при гіперактивному розладу / Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковроди. Психологія. – Харків: ХНПУ, 2011. – Вип. 38. – 235 с.

23. Перепада О. М. Інклюзивна освіта як фактор підвищення взаємовпливу учасників навчально-виховного процесу / О. М. Перепада / Матеріали обласної Інтернет-конференції «Сучасні психологічні підходи до ефективної реалізації інклюзивної освіти»: [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://oipopp.ed-sp.net/content/view/1574/15/

24. Перепада О.М. Дислексія як індикатор гіперактивного розладу у дітей молодшого шкільного віку / Перепада О. М., Бурлачук Л. Ф. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. – К.: НПУ імені Драгоманова, 2012. – № 37 (61). – 356 с.

25. Перепада О.М. Єдині критерії діагностики для окремих форм мінімальної мозкової дисфункції у дітей молодшого шкільного віку / О. М. Перепада / Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. – Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. – 2012. – С. 225–232.

26. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. – Львів: Джерело. 2008. – 326 с.

27. «Розвиток модельних центрів інклюзивної освіти для дітей з особливими потребами» інформаційний збірник – видання Всеукраїнського фонду «Крок за кроком», 2008.

28. Софій Н.З., Найда Ю.М. Концептуальні аспекти інклюзивної освіти / Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально – методичний посібник / Кол. авторів: Колупаєва А.А., Найда Ю.М., Софій Н.З. та ін. За заг. ред. Даниленко Л.І., – К.:2007. – 128 с.

29. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и

педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2008 – 128с.

30. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД (Диагностика и компенсація минимальных мозговых дисфункций – методическое руководство). – СПб, 2001.

31. Kennet A. Pudlas. Trinity Western University // CURT/КУМД. Інклюзивна освітня практика: розуміння учнів і вчителів., 2003. – Vol. 13, №1. – с. 49-64.

ДОДАТКИ

Додаток А

Зразок психодіагностичного висновку дитини з ГРДУ

Хлопчик на контакт іде не відразу, лише після попереднього знайомства. Готовність до навчання та праці в основному залежить від настрою та самопочуття дитини. За результатами дослідження якостей довільної уваги (тест Тулуз-Пьєрона) визначено недостатній рівень саморегуляції та довільності уваги, порушення об’ємних характеристик уваги та звуження його поля. На дуже низькому рівні (зона патології) знаходиться довільна увага та її здатність до концентрації, що вказує на ймовірність ММД. За профілем ММД відповідає субнормальному типу (б).

За результатами дослідження рівня інтелекту (Прогресивні матриці Равена, кольоровий варіант) показник успішності відповідає першому рівню (самий низький). У хлопчика несформовані мисленнєві операції (встановлення відношень по принципу вирішення простих та складних аналогій. IQ у відповідності до отриманих результатів відповідає 93, що говорить про середній рівень інтелекту.

Прогнозовано: F-81, F-90, F-91 -?

Додаток Б

Зразок психодіагностичного висновку дитини з розумовою відсталістю

На момент дослідження хлопчикові виповнилося 10 років 6 місяців. У присутності батька дитини проведено дослідження окремих когнітивних функцій. Зокрема рівня інтелекту дитини та особливостей уваги.

Для вивчення рівня інтелекту дитини використано методику «Прогресивні матриці Равена» (у модифікації Розанової Т.В.), їх кольоровий варіант. За результатами дослідження визначено IQ, який відповідає показнику 79, що вказує на межову форму між F-70.0 та F-88.0 (з порушенням інтелекту).

Учень має низький рівень успішності (готовності до засвоєння знань) – лише 51% (18 б.) завдань виконано вірно. Повністю несформовані окремі операції мислення, зокрема встановлення простих та складних аналогій.

При детальному поясненні завдань – виконує правильно. Можлива активізація «зони розвитку» дитини.

Дослідження особливостей уваги та скринінг можливості фіксації у дитини ММД визначив наявність у хлопчика ригідного типу ММД. При достатньо високій швидкості виконання завдання – дуже низький рівень точності виконання (V – нижче 0,88).

Спостерігається ослаблення оперативної пам’яті, звуження поля уваги, порушення об’ємних характеристик уваги, «запізнення» у переключенні уваги. ЗПР. Низький рівень працездатності.

Прогнозовано: межова форма F – 70,0; F – 88,0 із порушенням інтелекту.

Додаток В

Прогресивні матриці Равена

Бланк реєстрації даних тестування за методикою «Матриці Равена»

А

№ завд. № відповіді

№	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

$А_в$

№ завд. № відповіді

№	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

В

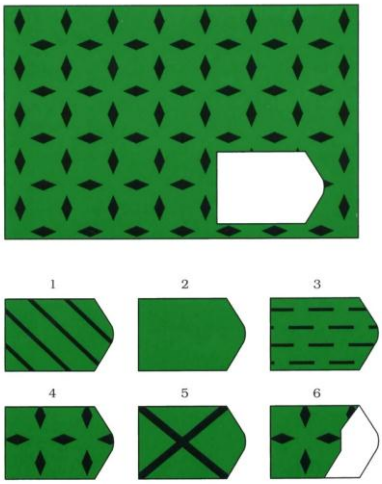
№ завд. № відповіді

№	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

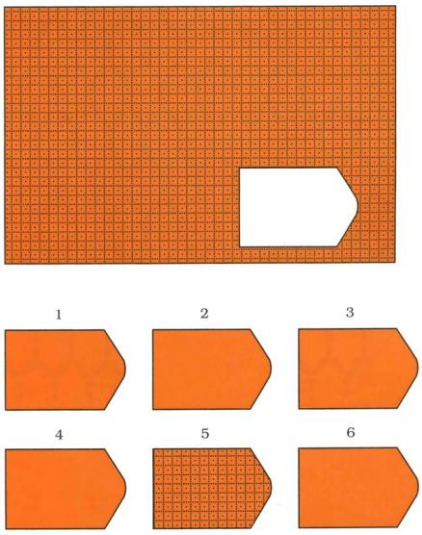
Ключ (Кольоровий варіант)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Серія А	4	5	1	2	6	5	1	3	4	2	3	6
Серія АВ	4	5	1	6	2	5	4	3	2	3	1	6
Серія В	4	1	3	6	5	4	1	3	2	5	2	6

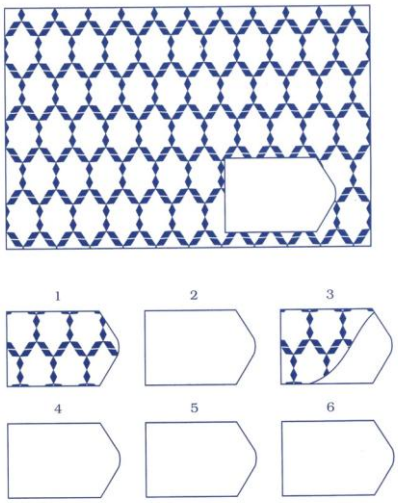
A1



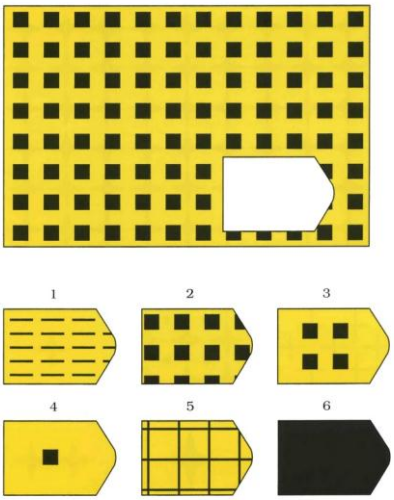
A2



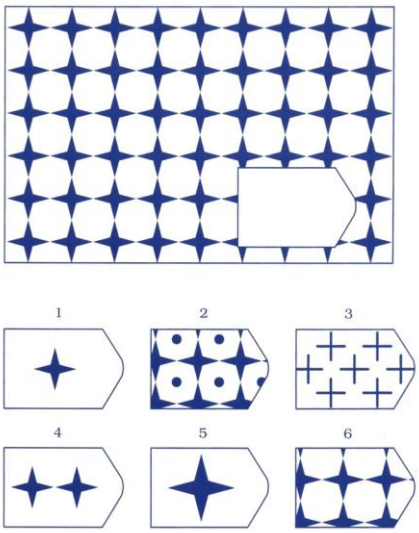
A3



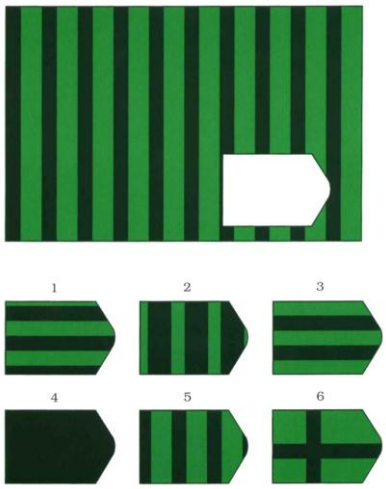
A4



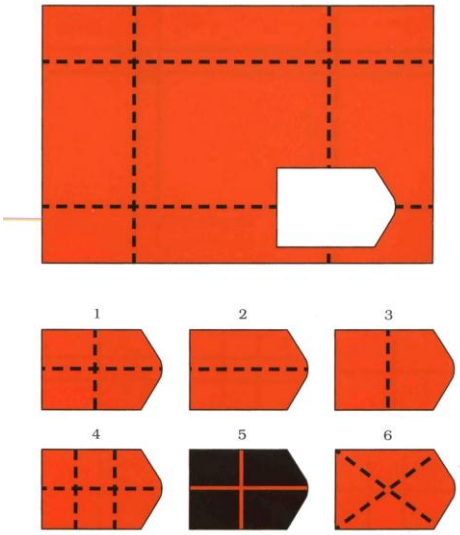
A5



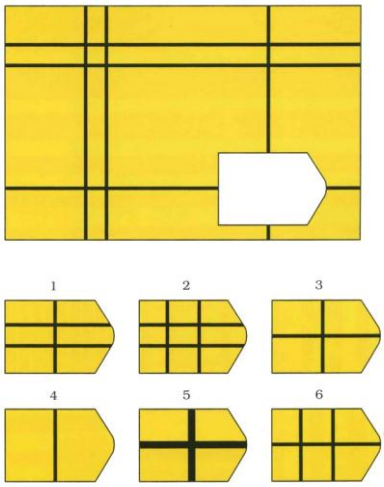
A6



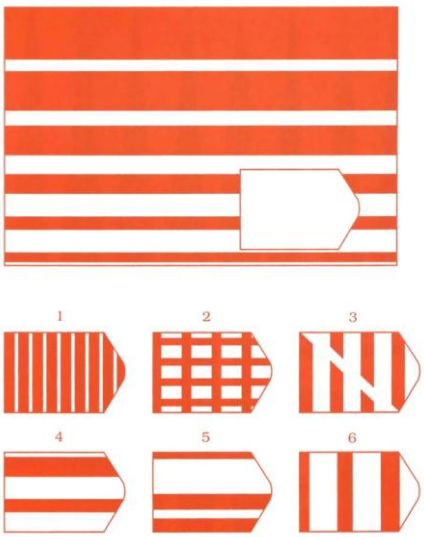
A7



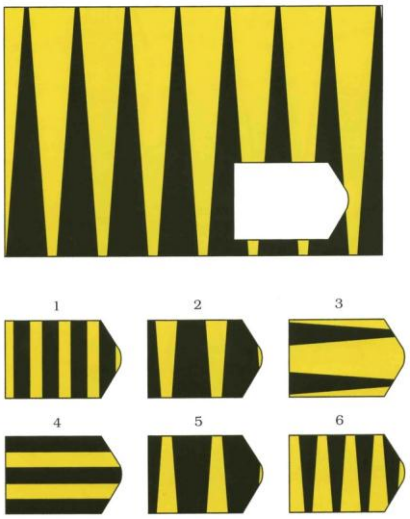
A8



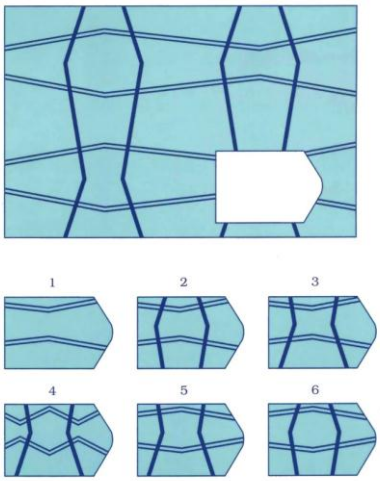
A9



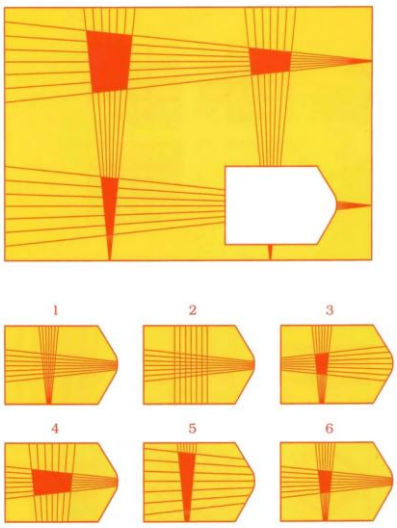
A10



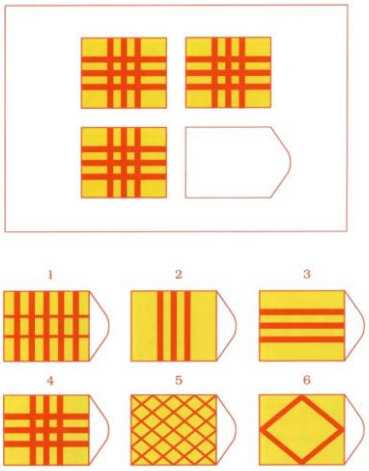
A11



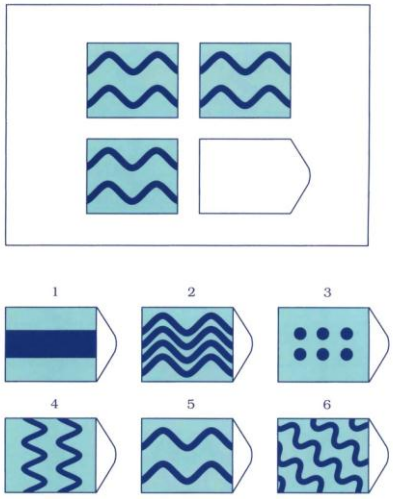
A12



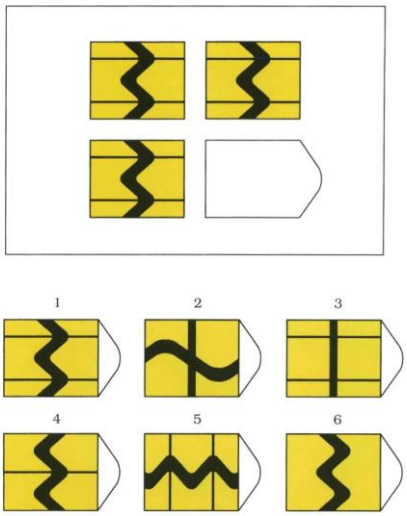
A_B1



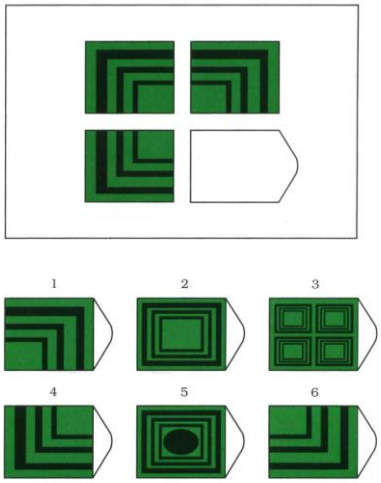
A_B2



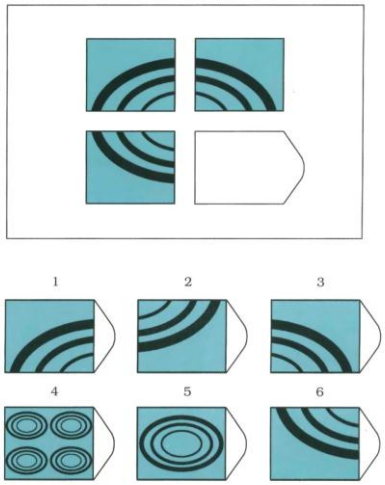
A_B3



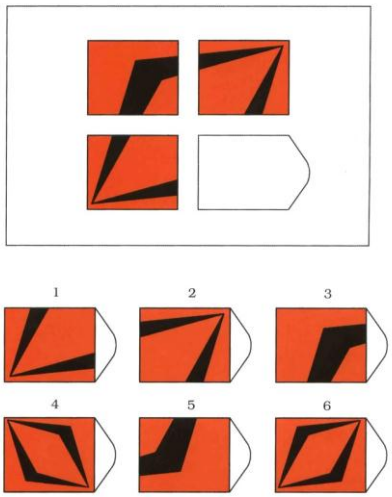
A_B4



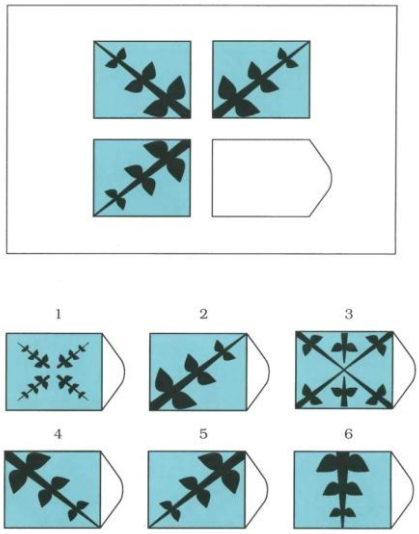
A_B5



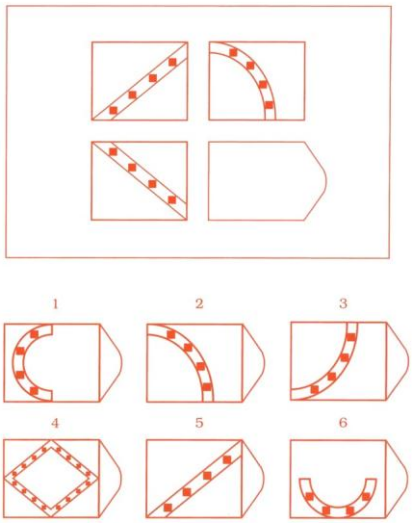
A_B6



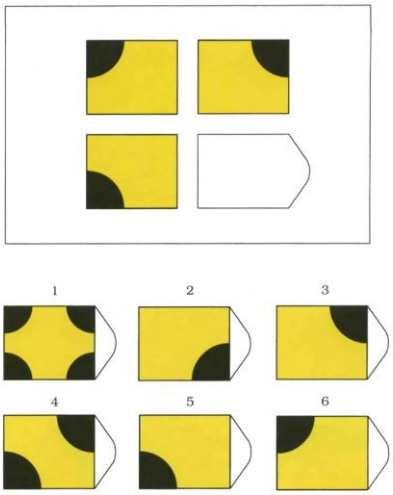
A_B7



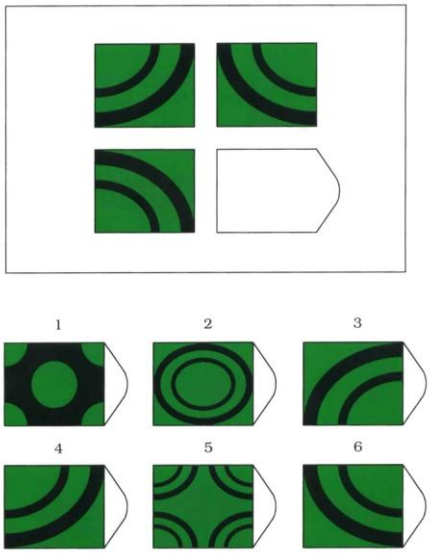
A_B8



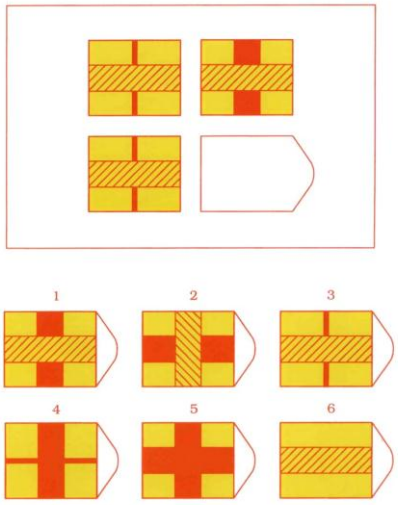
A_B9



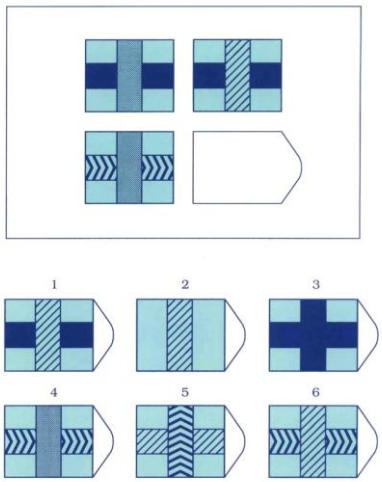
A_B10



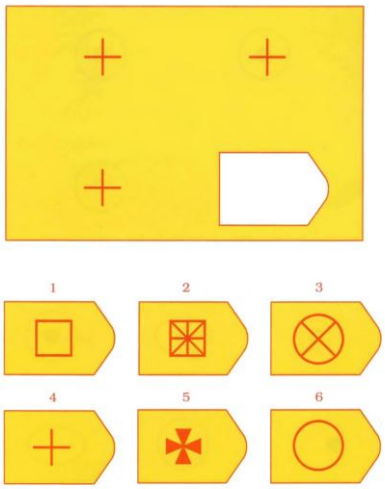
A_B11



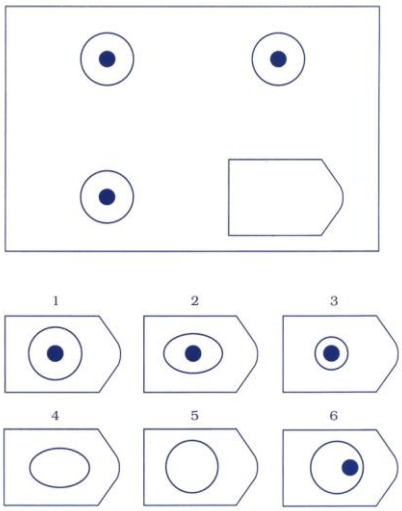
A_B12



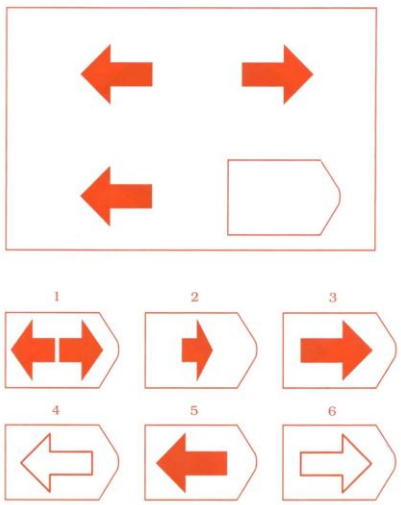
B1



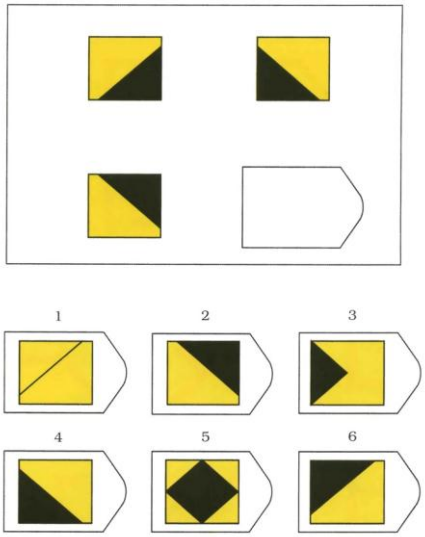
B2



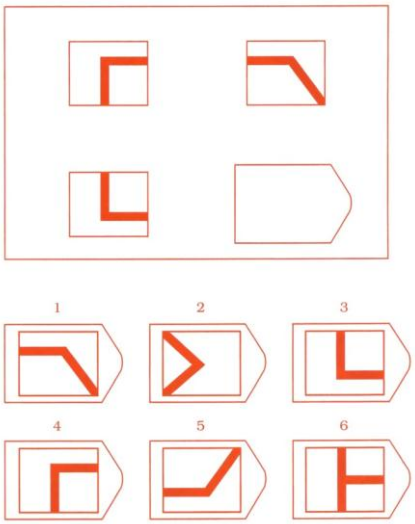
B3



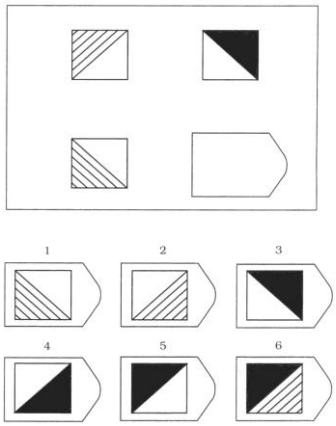
B4



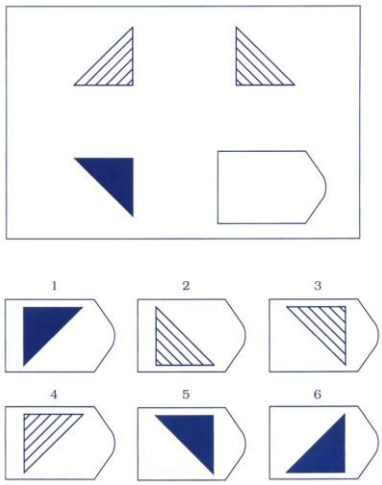
B5



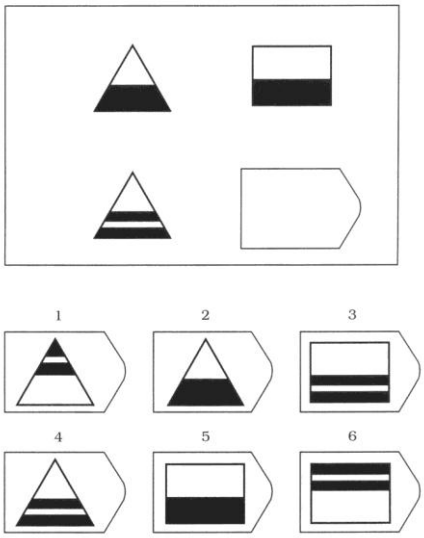
B6



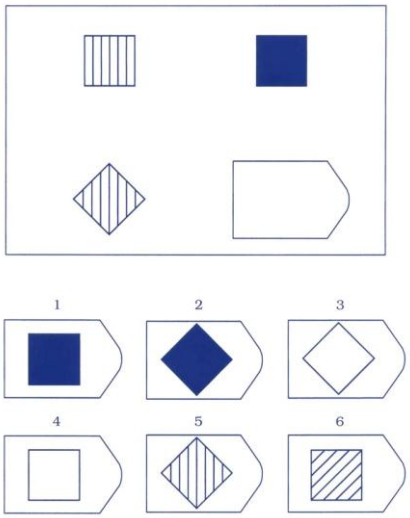
B7



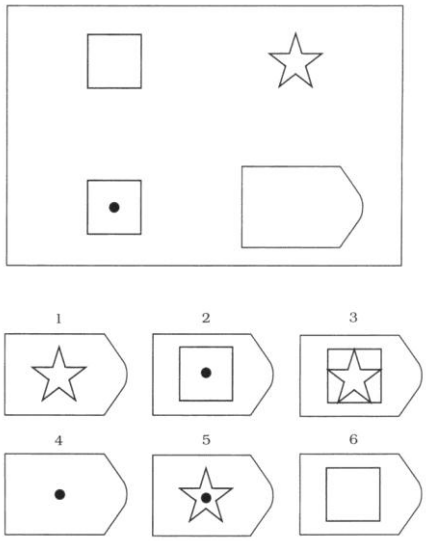
B8



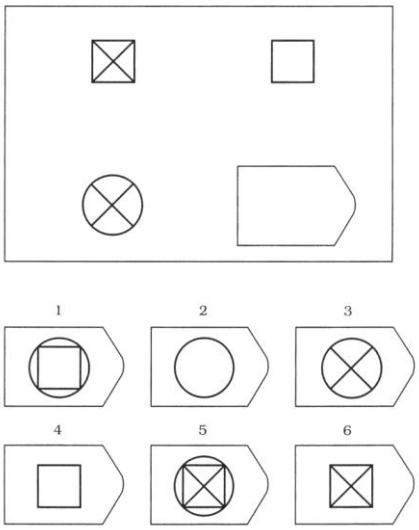
B9



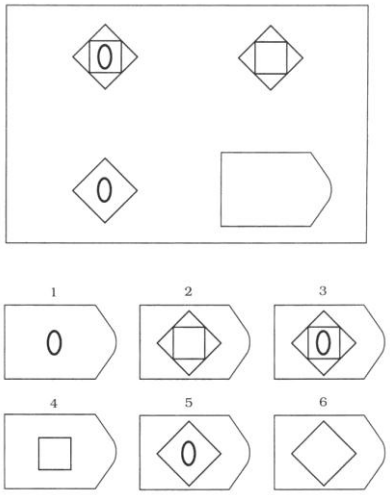
B10



B11



B12



Інтерпретація результатів.

Ґрунтуючись на психологічній інтерпретації кожної серії завдань можна виявити ті характеристики мислення, які найбільш і найменш розвинені у випробуваного.

Психологічна характеристика завдань тесту за серіями.

Серія А. Випробуваний повинен доповнити відсутню частину зображення. Вважається, що при роботі з матрицями цієї серії реалізуються наступні основні розумові процеси: диференціація основних елементів структури та розкриття зв'язків між ними; ідентифікація відсутньої частини структури і звірення її з представленими зразками.

Серія АВ. Являє собою проміжний варіант, також побудований за принципом прогресивності. Тільки тут ступінь складності, а також кількість завдань на визначення доповнення до цілісності об'єктів та обліку змінюються ознак зростають, у порівнянні із завданнями серії А. Процес розв'язання завдань цієї серії полягає в аналізі фігур основного зображення та подальшій збірці відсутньої фігури (аналітико-синтетична розумова діяльність).

Серія В. Крім вже описаних типів завдань включає в себе завдання по знаходженню аналогії між двома парами фігур. Випробуваний розкриває цей принцип шляхом поступової диференціації елементів. Загальний кількісний показник правильності виконання матриць необхідно порівняти з наявними нормативними даними.

Процентна шкала ступеня розвитку інтелекту

Проценти	Ступінь
95 і вище	*I ступінь:* особливо високорозвинений інтелект досліджуваного, який відповідає віковій нормі
75-95	*2 ступінь;* вище середнього інтелект для досліджуваної вікової групи
25-74	*3 ступінь:* середній інтелект вказаної вікової групи
5-24	*4 ступінь:* інтелект нижче середнього
5 та менше	5 *ступінь:* зона патології

Таблиця переведення сирих балів в IQ

Кількість балів	Вік дитини												
	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12	12,5	13	13,5	16-30
1	73	68	65	59	57	53	53	50	48	46	46	46	-
2	74	70	67	61	56	56	54	51	49	49	48	47	-
3	76	72	68	62	60	57	55	53	51	50	49	49	-
4	77	73	70	64	61	59	57	54	52	51	50	50	-
5	79	75	71	65	60	58	55	53	53	52	52	51	-
6	81	76	73	67	64	61	59	57	55	54	53	52	-
7	82	78	74	68	66	63	61	58	56	55	54	54	-
8	84	79	76	70	67	64	62	60	57	57	55	55	-
9	85	81	77	71	69	66	64	61	59	58	57	56	-
10	87	83	79	73	70	67	65	62	60	59	59	57	55
11	89	84	80	74	72	69	66	64	61	61	61	59	57
12	90	86	82	76	73	70	68	65	64	62	60	60	58
13	92	87	83	77	75	71	69	67	64	63	62	61	59
14	93	89	79	75	73	71	69	68	65	65	63	62	61
15	95	90	86	80	78	74	72	69	67	66	64	64	62
16	97	92	88	82	79	76	73	72	68	67	66	65	65
17	98	95	89	83	81	77	75	72	69	69	67	66	65
18	100	95	91	85	82	79	76	74	71	70	68	67	66
19	101	97	92	86	84	80	78	75	72	71	69	69	67
20	103	98	94	88	85	81	79	76	73	72	71	70	69
21	104	100	95	89	87	83	80	78	75	74	72	71	70
22	105	101	97	91	88	84	82	79	76	75	73	72	71
23	107	103	98	92	90	86	83	81	77	76	74	74	72
24	108	104	100	94	91	87	85	82	79	78	76	75	74
25	109	106	101	95	93	89	86	83	80	79	77	76	75
26	110	107	103	97	94	90	87	85	81	80	78	77	76
27	112	108	104	98	96	91	89	86	83	82	80	79	75
28	113	110	106	100	97	93	90	88	83	83	81	80	79
29	114	111	107	102	99	94	92	89	85	84	82	81	80
30	116	113	109	103	100	96	93	90	87	86	83	82	82
31	117	114	110	105	102	97	94	92	85	85	85	84	83
32	118	115	112	106	103	99	96	96	93	86	86	85	84
33	120	117	113	108	104	100	97	95	91	90	87	86	86
34	121	118	115	113	105	102	99	96	92	91	88	87	87
35	122	120	116	111	107	103	100	97	93	92	90	89	83
36	123	121	118	112	109	105	102	99	95	93	91	90	90
37	125	122	119	114	110	107	104	100	96	95	92	91	91
38	126	124	121	115	112	108	105	102	97	96	94	92	92
39	127	125	122	117	115	110	107	104	99	97	95	94	94
40	129	127	124	118	115	112	109	106	100	99	96	95	95
41	130	128	125	120	117	113	111	108	102	100	91	96	96

42	133	129	127	121	118	115	112	109	104	102	99	97	97
43	132	131	128	123	120	117	114	111	106	104	100	99	99
44	134	132	130	125	121	118	116	113	108	106	102	100	100
45	135	134	131	126	123	120	118	115	110	109	105	102	102
46	136	135	133	127	125	122	120	117	112	111	107	105	104
47	138	136	134	129	126	123	121	119	114	113	109	107	106
48	139	138	136	130	128	125	123	121	116	115	110	110	108
49	140	139	137	132	129	127	125	123	118	117	114	112	110
50	142	141	139	133	131	128	127	124	120	119	116	115	112
51	143	142	140	135	133	130	128	127	122	121	118	117	114
52	144	143	142	136	134	132	130	128	124	123	121	120	116
53	146	144	143	138	136	133	132	130	126	126	123	122	118
54	147	146	145	139	137	135	134	132	128	128	125	123	120
55	148	148	146	141	139	137	136	134	130	130	127	127	122
56	149	149	148	142	142	138	137	136	132	132	130	130	124
57	151	150	148	144	142	140	139	138	134	134	132	132	126
58	152	152	151	145	144	141	141	139	136	136	134	134	128
59	153	153	152	147	145	145	143	141	138	138	137	137	130
60	155	155	154	148	147	147	144	143	140	139	139	139	130

За даними Л. І. Переслені, Т. В. Розанової, Дж. Равена нормативні показники дітей передшкільного віку при оцінці готовності до шкільного навчання приблизно збігаються з показниками дітей першого року навчання.

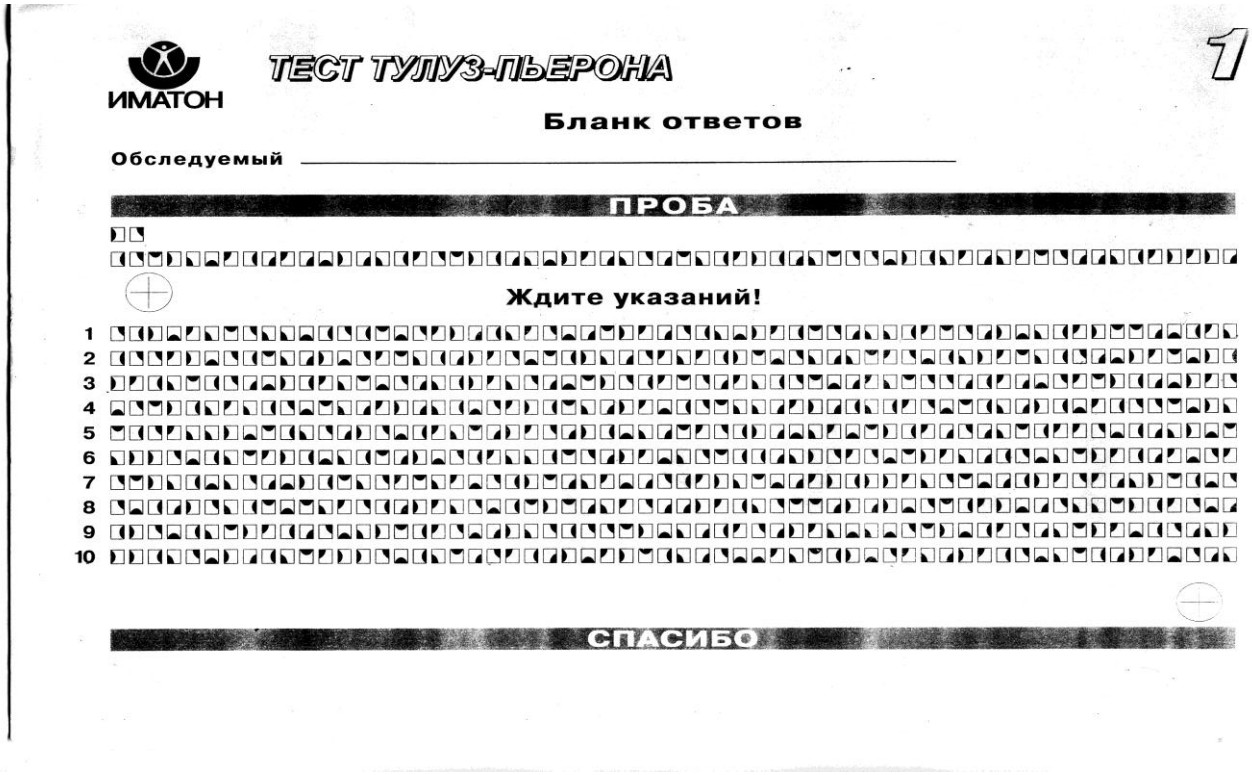
Нормативи виконання Кольорових матриць Равена

для дітей з різним рівнем розвитку

Вік	Категорія досліджуваних	Кількість балів
6 років	Норма	26-35
	ЗПР	13-25
	Розумова відсталість	0-12
7 років	Норма	27-35
	ЗПР	16-26
	Розумова відсталість	0-15
8 років	Норма	29-35
	ЗПР	19-28
	Розумова відсталість	0-18
9 років	Норма	30-35
	ЗПР	20-29
	Розумова відсталість	0-19

Додаток Г

Бланк до тесту Тулуз-Пьєрона



ИМАТОН

ТЕСТ ТУЛУЗ-ПЬЕРОНА

1

Бланк ответов

Обследуемый _____

ПРОБА

Ждите указаний!

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

СПАСИБО

Додаток Д

Методика Корнєва А.Н. (МРВД) - «Експрес-діагностика раннього виявлення дислексії»

Основні завдання та принципи МРВД:

Виявлення при масових дослідженнях дітей, підозрілих у відношенні можливості виникнення того чи іншого розладу («групу ризику»);

Методика має діагностичну спрямованість на певний розлад вищих психічних функцій (ВПФ);

Методика проста у застосуванні та вимагає мінімальної витрати часу при дослідженні;

Метод оцінюванні та отримання остаточних висновків позначені в балах та чітко відокремлена норма й патологія.

Методика та правила оцінювання завдань

методика	інструкція	Оцінки в штрафних балах		
		0 балів	2 бали	3 бали
Рядоговоріння	Проранжуй по порядку пори року та (після відповіді на це запитання) дні тижня	Правильно відповів на обидва запитання	правильно відповів на одне запитання	не відповів на жодне запитання
Ритми	Послухай, як я постукаю, та після того як я закінчу, постукай так само	Виконані обидва завдання	Виконані лише прості ритми	Не виконано жодного завдання
Кулак-ребро-долоня	Подивися уважно на те, що я зараз зроблю, та повтори точно так само	Правильне відтворення з однієї-двох спроб після 1-ї демонстрації	Правильне відтворення після 2-ї демонстрації чи після трьох демонстрацій з 1-ї спроби	Правильне відтворення після 4-ї та 5-ї демонстрації чи після 3, з 2-ї чи більше спроб
Повторення цифр	Зараз я назву тобі будь-які декілька цифр, а ти, як тільки я закінчу говорити, повтори їх в точно такому ж порядку. Увага!	Кінцевий результат більше 6	Кінцевий результат дорівнює 6	Кінцевий результат менше 6
	Зараз я назву тобі іще декілька цифр, і ти їх будеш повторяти, але починати повторювати потрібно з кінця, у зворотному порядку. Наприклад: якщо я скажу 1-2, то ти повинен сказати 2-1			

Кінцевий результат більше 5 балів свідчить про схильність до дислексії.

Додаток Е

Методика «Малюнок сім'ї»

Мета. З'ясувати особливості сімейних взаємин (у сприйнятті дитини).

Обладнання. Аркуш паперу (кладеться перед дитиною горизонтально), простий олівець та гумка.

Інструкція. *«Намалюй на цьому аркуші всю свою сім'ю».* Якщо дитина запитує, кого саме намалювати, а кого ні (наприклад, «А бабусю малювати?»), то перевіряючий відповідає *«Я не знаю, хто входить до твоєї сім'ї. Ти знаєш це краще за мене».*

Інтерпретування результатів

Під час аналізу оцінюються розмір постатей, особливості їх розміщення на малюнку, послідовність зображення, поза, вираз облич, деталізованість малюнків. Зіставляється склад намальованої та реальної сім'ї дитини.

Показниками сприятливої сімейної ситуації є: зображення всіх членів сім'ї, спільна діяльність членів сім'ї або контакт між ними (руки стикаються), адекватне співвідношення між ними за розміром (дитина менша за батьків, але різниця не дуже велика).

Розмір постатей. Якщо *всі* постаті зображені надто маленькими або надто великими, то це інтерпретується так само, як і в малюнку людини. Різко збільшений розмір характерний для імпульсивних дітей, особливо у стані гострої тривоги. Різко зменшений розмір є типовим для дітей зі зниженим настроєм, із депресивними тенденціями. Весь малюнок при цьому розміщений у куті аркуша. Якщо в інших малюнках відповідних змін розміру немає, то можна вважати, що особливості емоційного стану, які мали прояв у малюнку сім'ї, пов'язані саме із сімейною сферою (тобто асоціації, що належать до сімейної ситуації дитини, викликають у неї тривогу або пригніченість, депресивний стан).

Відносний розмір зображеної постаті (щодо інших постатей членів сім'ї) відображає ступінь значущості даного члена сім'ї в сприйнятті дитини. Так, зображення батьків дуже великими, а себе – дуже маленьким свідчить про те, що дитина відчуває себе пригніченою або покинутою. Нерідко це трапляється в тих випадках, коли батьки насправді здійснюють сильний тиск на дитину, коли вони висувають завищені вимоги або надмірно опікають (для ситуації гіперопіки найбільш типове дуже велике зображення матері). Зображення когось із батьків особливо маленьким інтерпретується як сприйняття дитиною його малої значущості в сім'ї. На приклад, тато, який проводить увесь день на роботі й майже не з'являється вдома, нерідко зображується маленьким, оскільки у *сім'ї* він сприймається дитиною як другорядна особа. За конкурентних відносин із братом або сестрою вони також

часто зображуються особливо маленькими (значно меншими, ніж мали б бути відповідно до їхнього реального віку). Іноді, якщо дитина вважає, що батьки краще, ніж до неї, ставляться до брата або сестри, то брат або сестра, навпаки, зображуються значно більшими за розміром, ніж сама дитина.

Зображення себе найвищим говорить про претензії дитини на лідерство в сім'ї. Це часто буває у розпещених дітей, які звикли командувати дорослими. Однак подібні малюнки не обов'язково говорять про те, що дитина реально відіграє в сім'ї головну роль; вони можуть свідчити про те, що дитина лише прагне такої ролі. Домінування власної постаті на малюнку може бути досягнуте різними способами: висуванням себе на перший план із відсуненням інших на задній, із розміщенням себе на підвищенні (стілець, горбок), зображення на собі високого капелюха (верхній край якого виявляється найвищою точкою малюнка) тощо.

Розміщення постатей на аркуші. Насамперед визначається, чи існує між зображеннями членів сім'ї який-небудь контакт. Це може бути фізичний контакт (руки або тіла стикаються) або якась сумісна діяльність. Ізольованість постатей одна від одної – показник недостатньо насичених емоційних взаємин у сім'ї. Якщо ізольована тільки одна постать, то це, швидше за все, відображає слабкий зв'язок даного члена сім'ї з іншими. Зображення себе окремо від інших – свідчення власної ізольованості у сім'ї (це відчуття не обов'язково відповідає дійсності). За серйозних порушень у внутрішньо-сімейному спілкуванні постаті окремих членів сім'ї нерідко відокремлені одна від одної перегородками, розміщені в різних кімнатах або ж малюються на різних аркушах.

Іноді трапляється надщільне розміщення постатей, коли вони частково перекривають одна одну. Це говорить або про те, що в сім'ї справді надтісні зв'язки, або про потребу дитини у таких зв'язках (найчастіше – одне поєднане з іншим: звикнувши до надтісного контакту, дитина вже не може обійтися без нього через брак самостійності). Підвищена щільність розміщення постатей часто трапляється у неповних сім'ях, оскільки в таких сім'ях у дорослого часто виникає надмірна «замкнутість» на дітях.

Інтервали між постатями більш-менш відповідають близькості взаємин. На приклад, якщо дитина зобразила дві пари: себе поруч із сестрою й окремо - батьків, які стоять поруч, то це може свідчити про те, що діти в сім'ї живуть власним, окремим від батьків життям. На відміну від розміру зображення, що відбиває відносини домінування («хто в сім'ї головний»), послідовність зображення пов'язана із значущістю людини саме для дитини, а не сім'ї взагалі. Від розміщення поруч із собою, що відображає емоційну близькість, послідовність зображення відрізняється тим, що значущість може визначатися

суто побутовими обставинами (наприклад: хто проводить із дитиною більше часу) і не відповідати емоційному ставленню дитини до цієї людини.

Демонстративні діти часто починають малюнок сім'ї з власного зображення. Сором'язливі, тривожні діти часто малюють себе в останню чергу.

Поза, вираз обличчя, деталізованість. Аналізуючи пози персонажів, послуговуються тими самими критеріями, що й у методиці «Малюнок людини». Але цього разу вони мають бути віднесені не до власне дитини, а до сприйняття нею того персонажа, поза якого аналізується. Так, якщо дитина зобразила одного з членів родини у екстравертній позі, а іншого – в інтровертній, то це означає, що саме так вона їх і сприймає (дуже часто, хоча й не завжди, це сприйняття виявляється цілком адекватним). Якщо всі члени сім'ї зображені в однаковій позі, такій самій, що й у методиці «Малюнок людини», то це, швидше за все, є проявом ідентифікації дитини з іншими членами сім'ї, приписування їм власних особливостей.

Агресивна поза якогось із членів родини (піднята рука; збільшена кисть руки) може свідчити про його реальну агресивність стосовно дитини або імпульсивність (вибуховість).

Зображення когось зі спини – показник конфлікту. Якщо дитина зображає зі спини себе, то це свідчить або про конфліктне ставлення до сім'ї в цілому або про відчуття власного невизнання. Так само трактується зображення у профіль, якщо воно розвернуте не до інших членів сім'ї, а в протилежний бік.

Вираз обличчя зображених членів сім'ї може відбивати або почуття дитини щодо них (усмішка – позитивне ставлення, похмура гримаса – негативне або подвійне ставлення), або уявлення дитини про ставлення до неї. Великий рот, особливо із зубами, – ознака того, що цей член сім'ї виявляє щодо дитини вербальну агресію (часто на неї кричить).

Ступінь деталізованості малюнка – показник емоційного ставлення до цього члена сім'ї. Найулюбленіші члени сім'ї малюються із подробицями, з більшою кількістю деталей, ніж ті, кого дитина любить менше.

Співвідношення складу реальної та намальованої сім'ї. *Відсутність* когось із членів сім'ї говорить про те, що він *малозначущий для дитини,* або (частіше) про *конфліктні взаємини* дитини з ним, про негативні емоції щодо нього (це не означає, що емоції лише негативні: вони можуть бути амбівалентними). Часто на малюнку немає братів і сестер, що зазвичай пов'язано з конкурентністю.

Відсутність на малюнку самої дитини – часта ознака того, що дитина *відчуває себе у сім'ї знедоленою.* Ступінь виразності цього відчуття перевіряється за допомогою запитання:

«А ти нічого не забув?» Якщо дитина все ж таки не згадує, що вона не малювала себе, то слід натякнути: «Я точно знаю, що ти когось ще не намалював». Якщо це не приведе до доповнення малюнка, то перевіряючий каже: «Ти забув намалювати себе». Трапляється, що навіть після прямої вказівки дитина не хоче малювати себе, пояснюючи, що «не залишилося місця», що себе вона може намалювати на іншому аркуші і т. ін. Це свідчить про вельми сильне почуття знедоленості.

Поява «додаткових» членів сім'ї (яких немає насправді) говорить про те, що дитина сприймає свою сім'ю як недостатню, у чомусь неповноцінну. Найчастіше додатковою постаттю виявляється батько, який у реальній сім'ї відсутній. У цих випадках можна вважати, що дитина має дуже сильне бажання мати батька, повну сім'ю.

Зображення великої кількості предметів (меблі, стіни кімнати, дерева, якщо сім'я зображена у лісі) зазвичай трапляється у тих випадках, коли у сім'ї послаблені або ж формалізовані контакти, недостатній рівень емоційного спілкування.

Тут особливо показовими є малюнки, які починаються не із зображення людей, а із зображення різноманітних предметів. Аналогічні малюнки спостерігаємо і в аутизованих дітей: у такому разі нестача емоційного спілкування зумовлена не сімейною атмосферою, а неспроможністю дитини до такого спілкування.