

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «ИНСТИТУТ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ ОБРАЗОВАНИЯ»**

На правах рукописи

Павлова Наталья Николаевна

**АКТИВИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
СРЕДСТВАМИ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ**

Специальность 13.00.03 — коррекционная педагогика

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук

Научный руководитель:
доктор педагогических наук,
профессор РАО
Лазуренко Светлана Борисовна

Москва – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	13
1.1. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с множественными нарушениями развития.....	13
1.2. Психический онтогенез раннего возраста. Особенности психического развития детей с множественными нарушениями.....	22
1.3. Принципы комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям с множественными нарушениями развития.....	39
ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МЛАДЕНЦЕВ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	57
2.1. Организация констатирующего этапа исследования.....	57
2.2. Задачи и методическое обеспечение констатирующего этапа исследования.....	60
2.3. Организация, содержание и результаты констатирующего этапа исследования.....	63
ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	97
3.1. Теоретическое обоснование содержания обучающего этапа исследования.....	97
3.2. Организация обучающего этапа исследования.....	100
3.2.1. Обоснование, содержание и организация дополнительного психолого-педагогического обследования.....	101
3.2.2. Результаты психолого-педагогического обследования по дополнительной методике.....	104

3.3. Реализация дифференцированного подхода к коррекционно-педагогической работе с детьми группы обучения	107
3.3.1. Организация и содержание коррекционно-педагогической работы с детьми группы обучения в возрасте от 3-4 до 8-9 месяцев	110
3.3.2 Оценка динамики психического развития детей группы обучения в возрасте 8-9 месяцев и эффективности индивидуальной программы развития.....	114
3.3.3. Организация и содержание коррекционно-педагогической работы с детьми группы обучения в возрасте от 8-9 месяцев до 13-14 месяцев	116
3.3.4. Оценка динамики психического развития детей группы обучения в возрасте 13-14 месяцев и эффективности индивидуальной программы развития.....	120
3.3.5. Организация и содержание коррекционно-педагогической работы с детьми группы обучения в возрасте от 13-14 до 18-19 месяцев	123
3.3.6. Оценка психического развития детей группы обучения в возрасте 18-19 месяцев и эффективности реализации содержания коррекционного обучения.....	127
3.3.7. Оценка психического развития детей группы контроля в возрасте 18-19 месяцев	131
3.4. Обсуждение результатов изучения динамики психического развития детей с множественными нарушениями и эффективности содержания коррекционного обучения.....	135
ВЫВОДЫ.....	141
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	143
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	147
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	148
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	165
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	175
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	177
ПРИЛОЖЕНИЕ 4	180

ПРИЛОЖЕНИЕ 5 183

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности

На современном этапе модернизации образования и специальной психолого-медико-педагогической помощи в нашей стране происходит переосмысление отношения к возможностям воспитания, обучения и социализации детей с отклонениями в развитии, в том числе и детей-инвалидов (Баенская Е. Р., Гончарова Е. Л., Кантор В. З., Кукушкина О. И., Лазуренко С. Б., Малофеев Н. Н., Мухамедрахимов Р. Ж., Разенкова Ю. А. и др.). Возможности современных медицинских технологий по сохранению жизни тяжелобольных младенцев, в том числе новорожденных с перинатальной патологией различной этиологии, структуры и степени тяжести, обуславливают увеличение числа детей-инвалидов в общей популяции детского населения (Альбицкий В. Ю., Баранов А. А., Конова С. Р., Яцык Г. В.). Количество детей, которым инвалидность устанавливается в раннем возрасте, достигает 40%. По данным статистики к концу 2015 г. в Российской Федерации общий показатель инвалидности детского населения составил 4,9% на 1000 детского населения от рождения до 4-х лет (Баранов А. А., Байбарина Е. Н., Петрухин А. С., Римашевская Н. М.). Реализация конституционных прав детей-инвалидов, забота о качестве их жизни, определяют поиск эффективных мер, которые могли бы уменьшить тяжесть инвалидизации и тем самым снизить экономические затраты государства на их обеспечение.

Изменение сроков начала предоставления специальной педагогической помощи, создание новых технологий коррекционно-развивающего обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), непосредственно касаются детей-инвалидов, в том числе детей с множественными нарушениями развития (Басилова Т. А., Головчиц Л. А., Жигорева М. В., Овчинникова Т. С., Приходько О. Г. и др.). В последние годы по всей стране, в рамках реализации Концепции развития ранней

помощи в Российской Федерации, внедрены диагностические комплексы для своевременного выявления детей с нарушениями психического развития, различными по этиологии и степени тяжести, создаются специальные условия для их обучения (Малофеев Н. Н., Разенкова Ю. А., Стребелева Е. А. и др.), способствующие компенсации нарушений на ранних этапах онтогенеза.

Отечественными исследователями в области коррекционной педагогики разработана концепция раннего выявления и ранней коррекции отклонений в психическом развитии детей, определены подходы к воспитанию и обучению детей с сенсорными, интеллектуальными, эмоциональными и речевыми нарушениями, разработано программно-методическое обеспечение деятельности педагогов-дефектологов в системе ранней помощи (Баенская Е. Р., Лазуренко С. Б., Леонгард Э. И., Малофеев Н. Н., Мишина Г. А., Приходько О. Г., Разенкова Ю. А., Стребелева Е. А., Шматко Н. Д. и др.).

В настоящее время приняты и внедрены в практику ФГОС ДО и программы, ориентирующие практиков на организацию целенаправленного обучения всех без исключения детей с 2-х месяцев жизни (Веракса Н. Е., Громова О. Е., Кудрина Т. П., Левченко И. Ю., Овчинникова Т. С., Одиноква Г. Ю., Сатаева А. И., Хайртдинова Л. Ф. и др.). Вместе с тем, недостаточно разработаны содержание, методы, приемы и формы организации коррекционной помощи детям раннего возраста с множественными нарушениями¹, приводящими к значительному ограничению их социального функционирования.

Таким образом, существует противоречие между необходимостью удовлетворения особых образовательных потребностей детей раннего возраста с множественными нарушениями, как условия реализации

¹Множественные нарушения - сочетание тяжелой перинатальной патологии нервной системы и других органов и систем детского организма (нарушений здоровья).

потенциальных возможностей их развития, и неразработанностью коррекционно-педагогических технологий в системе комплексной реабилитации этих детей.

Необходимость устранения указанного противоречия на основе разработки научно-обоснованного содержания коррекционно-педагогической помощи детям раннего возраста с множественными нарушениями определяет **актуальность** темы настоящего исследования.

Цель исследования – научно обосновать и разработать содержание коррекционно-педагогической помощи младенцам с множественными нарушениями.

Объект исследования - особенности психического развития младенцев с множественными нарушениями.

Предмет исследования - педагогические условия, способствующие активизации психического развития детей младенческого возраста с множественными нарушениями.

Гипотеза исследования.

Создание специальных педагогических условий в процессе комплексной реабилитации младенцев с множественными нарушениями, включающей приемы активизации анализаторных систем, позволяют обеспечить формирование механизмов компенсации нарушений восприятия различной модальности, расширить чувственный и практический опыт детей, необходимый им для перехода на более совершенный уровень психического развития, предполагающий, прежде всего, способность к эмоциональному взаимодействию с близкими взрослыми и контактами с предметным миром.

В соответствии с целью и гипотезой определены следующие **задачи исследования:**

- провести анализ научной литературы по изучаемой проблеме и определить теоретические основы и методологию исследования;

- подобрать и апробировать методики для изучения особенностей психического развития детей младенческого возраста с множественными нарушениями;

- определить актуальное психическое развития и «зону ближайшего развития» у детей изучаемой категории в качестве ориентиров для разработки содержания специальных индивидуальных программ психического развития;

- подобрать методы и приемы педагогического воздействия, способствующие активизации психического развития детей с множественными нарушениями на ранних этапах онтогенеза;

- определить педагогические условия, способствующие положительной динамике психического развития детей изучаемой категории;

- проверить эффективность предложенной технологии коррекционно-педагогической помощи детям изучаемой категории.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

- идеи об общих закономерностях нормального и аномального развития (Трошин П. Я., Выготский Л. С. и др.);

- представления о ранних этапах онтогенеза в контексте культурно-исторической теории развития психики (Выготский Л. С.);

- положение о социальной природе вторичных нарушений в развитии у детей и теория социальной компенсации (Выготский Л. С.);

- положение отечественной научной школы дефектологии о решающем значении ранней комплексной помощи в предупреждении, коррекции и компенсации отклонений в развитии детей с ОВЗ (Малофеев Н. Н., Разенкова Ю. А., Стребелева Е. А., Лазуренко С. Б.).

Методы исследования: теоретический анализ педагогической, медицинской, психологической литературы по проблеме исследования; диагностические методы: наблюдение, беседа (с матерью ребенка, лечащим врачом); методика оценки нервно-психического развития младенца ГНОМ (Козловская Г. В., Калинина М. А., Горюнова А. В.), методика диагностики

нервно-психического развития детей первого года жизни (Пантюхина Г. В., Печора К. Л., Фрухт Э. Л.), констатирующий, обучающий, контрольный эксперименты, качественный и количественный анализ данных.

Организация исследования: научно-практическое подтверждение выдвинутой гипотезы и решение поставленных задач осуществлялись в период с 2008 по 2017 г. в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава РФ в отделениях патологии раннего детского возраста, психосоматический и неврологической патологии; ФГБНУ «ИКП РАО».

Первый этап (2009-2011 гг.) – аналитический, в ходе которого были определены методологические основы и методы психолого-педагогического исследования психического развития детей; определены цель, задачи, объект и предмет исследования.

Второй этап (2011 – 2013 гг.) – организация констатирующего этапа исследования с целью изучения психического развития 205 детей младенческого возраста с множественными нарушениями из 968 младенцев с перинатальной патологией ЦНС, прошедших психолого-педагогическую диагностику в рамках программы комплексного лечения в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава РФ, анализ и обобщение полученных результатов.

Третий этап (2013-2015 гг.) – проведение обучающего этапа исследования, включавшего организацию коррекционно-педагогической помощи 46 детям с множественными нарушениями и педагогическую поддержку их родителей, разработку и апробацию содержания индивидуальных программ, подбор и включение специальных педагогических приемов и сенсорных стимулов в процесс осуществления целенаправленных педагогических занятий.

Четвертый этап (2015-2017 гг.) – сравнительный анализ динамики психического развития детей группы обучения и группы контроля, оформление результатов исследований.

Научная новизна исследования: апробированы методики для изучения особенностей психического развития детей младенческого возраста с множественными нарушениями; определены варианты соотношений актуального психического развития и зоны ближайшего развития у детей изучаемой категории; разработаны методы и приемы коррекционного обучения детей; определены педагогические условия, способствующие активизации психического развития младенцев с множественными нарушениями; представлены клинические и психолого-педагогические характеристики младенцев изучаемой категории; научно-обоснован принцип определения содержания индивидуальных программ развития (ИПР) детей с множественными нарушениями; представлено дифференцированное содержание коррекционного обучения; разработаны индивидуальные программы развития (ИПР) с учетом индивидуальных психологических возможностей каждого ребенка; апробированы организационные формы и содержание педагогической работы специалистов с родителями.

Теоретическая значимость исследования: расширены представления о потенциальных возможностях психического развития детей с множественными нарушениями в процессе раннего коррекционного обучения. Получены новые сведения о динамике психического развития детей младенческого возраста при использовании коррекционных технологий в условиях комплексной реабилитации. Впервые показано, что оценка актуального психического развития и зоны ближайшего развития у детей изучаемой категории возможна лишь на основе особым образом построенной диагностической процедуры. Уточнены представления о вариантах психического развития детей с множественными нарушениями. Научно обоснованы параметры оценки динамики психического развития детей с множественными нарушениями. Подтверждена необходимость реализации комплексного подхода к диагностике психического развития, восстановительному лечению, коррекционному обучению как условия максимальной реализации потенциальных возможностей развития и

уменьшения выраженности имеющихся отклонений у детей с множественными нарушениями.

Практическая значимость исследования:

- внедрена в педагогическую практику методика психолого-педагогического обследования младенцев с множественными нарушениями;
- представлены варианты индивидуальных программ обучения и развития детей с множественными нарушениями;
- определена последовательность оказания коррекционно-педагогической помощи семье ребенка с множественными нарушениями в различных организационных формах: учреждениях педиатрии, образования и социальной защиты.

Положения, выносимые на защиту:

1. Без систематической ранней коррекционно-педагогической помощи у младенцев с множественными нарушениями проявления психической активности остаются минимальными.
2. Стандартная процедура психолого-педагогического обследования младенцев с множественными нарушениями требует применения специальных дополнительных средств, позволяющих выявить соотношение актуальных достижений и потенциальных возможностей в основных линиях психического развития ребенка.
3. Различия в динамике психического развития детей младенческого возраста с множественными нарушениями определяются не только тяжестью неврологической и соматической патологии и качеством восстановительного лечения, но и наличием либо отсутствием систематической коррекционно-педагогической помощью.
4. Использование специальных коррекционно-педагогических средств в процессе воспитания детей изучаемой категории способствует их последовательному переходу на следующий психологический возраст и овладению соответствующими ему социальными формами и средствами поведения.

Достоверность и научная обоснованность результатов исследования обеспечивались теоретико-методологической базой исследования, применением комплекса исследовательских методов, адекватных объекту, предмету, целям и задачам исследования, данными длительного мониторинга развития детей, качественным и количественным анализом его результатов.

Апробация и внедрение полученных результатов

Полученные результаты нашли свое применение в практической работе с семьями, воспитывающими детей с множественными нарушениями, которая осуществлялась на базе ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава РФ, а также в работе курсов повышения квалификации специалистов, проводимых в ФГБНУ «ИКП РАО». Промежуточные результаты докладывались: на Международной научно-практической конференции «Социально-психологические проблемы современной семьи и воспитания» (2010 г., Москва), XVI-XVII-XVIII Конгрессах педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (2012-2017 гг., Москва), X Ежегодном конгрессе специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии, качество» (2015 г., Москва), на заседаниях отдела научных исследований и ученого совета ФГБНУ «ИКП РАО».

Структура и объем диссертации. Текст диссертации изложен на 184 страницах. Состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, включающего 177 источников, из них 17 на англ. языке, 5 приложений, 10 таблиц, 11 рисунков.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

1.1. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с множественными нарушениями развития

В последние годы в Российской Федерации отмечается рост детского населения. За последние 15 лет за счет повышения рождаемости естественный прирост составил 18%. Наряду с этим наблюдается увеличение количества детей с проблемами здоровья. (Баранов А. А., Володин Н. Н., Зелинская Д. И.) [9, 54, 66]. Статистические данные указывают на изменение структуры заболеваемости новорожденных детей, родившихся в тяжелом состоянии, связанного с активным оснащением учреждений системы здравоохранения современным медицинским оборудованием, технологиями сохранения жизни, внедрением инновационных репродуктивных технологий, различных методов пренатальной и перинатальной диагностики и лечения (Баранов А. А., Камаев И. А., Пузин С. Н., Яцык Г. В.) [10, 62, 121, 160].

Согласно аналитическим научным отчетам последние десять лет 37-39,8% детей первого года признаются больными. Все чаще фиксируются случаи патологических состояний, возникающих в перинатальном периоде (Пальчик А. Б., Петрухин А. С., Скворцов И. А., Студеникин В. М., Щеплягина Л. А.) [66, 110, 134, 141]. Первое место в структуре причин болезней новорожденных занимают внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах. Это приводит к нарушениям во всем организме ребенка, особенно в центральной нервной системы (ЦНС). Изменения в организме плода и новорожденного, возникающие при этих состояниях, реализуются в виде постгипоксических повреждений головного мозга. Одновременно с ЦНС поражаются другие органы и системы: дыхательная, сердечно-сосудистая,

зрительный анализатор и др. (Бомбардинова Е. П., Барашнев Ю. И., Доскин, В. А., Яцык Г. В., Johnson M. N., Naan M. D., Wiley J., Lewis V.) [11, 21, 46, 159, 165, 171].

Известно, что чаще всего подвергаются асфиксии и гипоксии дети, чьи матери испытывают проблемы с репродуктивным здоровьем, страдают нарушениями кровообращения в матке и плаценте (Володин Н. Н., Байбарина Е. Н., Пальчик А. Б., Шабалов Н. П.) [8, 66, 111, 154]. Поражение происходит следующим образом. В организм плода перестает поступать достаточное количество кислорода, за счет чего в тканях и крови нарушается нормальное течение окислительно-восстановительных процессов, происходит накопление большого количества органических кислот (Яцык Г. В. Hubel N.D, Wiesel N.T.) [101, 160, 162]. Это может привести к общему угнетению организма, которое, в свою очередь, вызывает ухудшение функционирования сердечно-сосудистой и выделительной систем. Вследствие этого наступает отравление организма, которое может повлиять на ход формирования и функционирования различных органов и систем, а в тяжелых случаях привести к гибели нерожденного ребенка (Камаев И. А., Красногорский Н. И. Румянцев А. М.) [62, 73, 101, 109, 129].

Отягощенный акушерский анамнез матери (наличие преждевременных родов, самопроизвольных выкидышей, мертворождений и др.), рассматривается как предиктор возникновения угрозы невынашивания беременности, аномалии родовой деятельности и осложнений, связанных с текущей беременностью, которые могут привести к нарушению жизнедеятельности плода и новорожденного (Бадалян Л. О., Яцык Г. В., Барашнев Ю. И.) [11, 141, 160].

По данным Международной Федерации планирования семьи в мире увеличивается количество рожаящих женщин-подростков (Выхристюк О. Ф., Зелинская Д. Н., Пузин С. Н.) [34, 54, 121]. Раннее начало половой жизни в сочетании с биологической функциональной незрелостью организма увеличивает риск осложнения беременности и родов, что

негативно отражается на здоровье новорожденных (Байбарина Е. Н., Доскин В. А., Лебедев Б. В., Яцык Г. В., Katz-Salamon M.) [8, 46, 79, 159, 170].

Также в последние годы благодаря распространению инновационных репродуктивных технологий отмечается увеличение числа первородящих женщин старше 40 лет. Известно, что чем старше роженица, тем выше вероятность возникновения мутаций в половых клетках, поэтому у женщин старше 35 лет достоверно чаще рождаются дети с патологиями ЦНС и множественными пороками развития, с хромосомной патологией (Алексеева Л. С., Аршавский И. А., Дьячкова М. Г., Зелинская Д. И.) [4, 47, 54, 138].

В связи с актуальностью проблемы рождения детей с перинатальной патологией был издан Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации №457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» (от 28.12.2000 г.). Важной задачей пренатальной диагностики является, в том числе, формирование групп женщин с высоким риском рождения ребенка, имеющего врожденные пороки развития, для проведения специальных генетических исследований².

Проблема пренатального прогнозирования состояния здоровья новорожденных является одной из самых актуальных в педиатрии, поскольку именно в процессе внутриутробного развития плода происходит формирование неврологических нарушений, которые могут привести к детской инвалидности и перинатальной смертности (Барашнев Ю. И., Хейссерман Э, Шабалов Н. П.) [11, 153, 154]. Так, у недоношенных детей неврологическая инвалидность развивается в 40 % случаев. В структуре этой патологии около 60% обусловлено перинатальными факторами, 10% - антенатальными и около 30% - имеют неизвестную этиологию. У

² Приказ от 04.12.1992 № 318 МЗ РФ «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения» [Электронный ресурс] // URL: <http://www.lawmix.ru/med/17265> (Дата обращения 3.11.2011)

доношенных детей 50% случаев церебрального паралича имеет пренатальную этиологию, 36% - пери- и неонатальную, этиология 14% неизвестна (Баранов А. А., Вельтищев Ю. Е.) [10, 27]. Это вызвано тем, что ЦНС является главным регулятором интегративных реакций организма, обеспечивающих адаптацию к изменяющимся условиям внешней среды. Перинатальные поражения ЦНС оказывают неблагоприятное влияние на процесс онтогенетического развития и функционирования различных органов и систем (Сергеенко Н. С., Якунин Ю. А., Ямпольская Э. И.) [24, 128, 132]. Перенесенная перинатальная патология частично блокирует генотипическую программу развития организма, что приводит к замедлению темпов психического развития и затрудняет процесс социальной адаптации ребенка (Акоев Ю. С., Студеникин В. М., Dubowitz L.) [141, 167].

Применение современных аппаратных методов прижизненного изучения мозговых структур, таких как: рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, нейросонография, позволяет диагностировать церебральные дисгенезии на самых ранних сроках после рождения ребенка, получить объективные сведения о характере, локализации и объеме поражения мозга плода, проследить динамику его созревания и функционирования, провести соответствующую медикаментозную терапию и тем самым предупредить возникновение тяжелых осложнений (Володин Н. Н., Пальчик А. Б., Семенова К. А.) [66, 110, 131].

Однако, в диагностике постгипоксических поражений ЦНС существуют определенные сложности: в раннем неонатальном периоде явная неврологическая симптоматика может отсутствовать, и проявиться в возрасте 3-6 месяцев и позже (Бомбардинова Е. П., Кешишян Е. Н., Румянцев А. М., Студеникин В. М.) [21, 64, 129, 141]. При этом все чаще перинатальная патология нервной системы у новорожденных характеризуется тяжестью, комплексностью и разнообразием.

Перинатальное поражение ЦНС, вызванное гипоксией, может привести к последствиям различной тяжести: от легкой задержки нервно-психического

развития до грубых органических форм поражения нервной системы с выраженными двигательными, речевыми, психическими расстройствами (олигофрения, судорожная готовность, эписиндром, эпилепсия, прогрессирующая гидроцефалия и др.) (Сологубова И. Е., Фишман М. Н., Футер Д. С.) [137, 148, 150]. Нарушения могут быть комплексными, т.е. представлять собой сложный дефект, являющийся сочетанием двух и более первичных нарушений, вызванных одновременным поражением нескольких функциональных систем организма и мозговых структур (Басилова Т. А., Блюмина М. Г., Головчиц Л. А., Жигорева М. В.) [13, 20, 37, 48]. Первичные нарушения неизбежно сопровождаются вторичными расстройствами, многие сложные нарушения связаны с действием генетических факторов. Одновременно могут наблюдаться умственная отсталость разной степени, тяжелые неврологические заболевания, расстройства аутистического спектра, нарушения деятельности внутренних органов (сердца, почек, легких), детский церебральный паралич (ДЦП) (Кольцова М. М., Левченко И. Ю., Лильин Е. Т., Мамайчук И. И., Хуснутдинова Э. А.) [41, 69, 81, 84, 94]. Данные современных исследователей, соответствуют взглядам Л. С. Выготского, согласно которым у детей с тяжелыми отклонениями здоровья, стойкие психические или физические нарушения имеют иерархическую структуру и разделяются на нарушения первичного и вторичного характера (Головчиц Л. А., Ипполитова М. В., Лебединский В. В., Мещеряков А. И.) [37, 58, 80, 97].

В коррекционной педагогике дети с сочетанной перинатальной патологией относятся к категории детей со «сложными или множественными нарушениями развития». Имеющиеся у детей этой категории патологии двигательной, соматической, психической и сенсорной сфер, обусловленных органическим поражением ЦНС, усугубляются под воздействием такого социального фактора как социальная депривация или ограничение сенсорного опыта (Басилова Т. А., Гозова А. П., Певзнер М. С., Перре Клеймон А. Н., Соколянский И. А.) [13, 35, 44, 114]. Наличие нескольких

первичных нарушений резко ограничивает контакты ребенка с внешним миром, рано ставит его в условия депривации (материнской, эмоциональной, сенсорной), которая, в свою очередь, наносит значительный ущерб процессу формирования высших психических функций, за счет упущения крайне важного сензитивного периода психического развития, реализующегося в раннем детстве. В дальнейшем, когда ребенок оказывается в специальной среде, активно стимулирующей его продвижение в развитии, обнаруживается, что его стартовые возможности к педагогическому воздействию значительно ниже, чем у других детей с ОВЗ (Маллер А. Р., Равич-Щербо И. В., Сеген Э., Тонкова-Ямпольская Р. В., Stremel K., Campbell P.) [89, 122, 130, 144, 168].

Сочетание всех составных элементов комплексного нарушения развития детей - это не сумма отдельных патологических состояний организма, а сложная иерархическая структура первичных и вторичных отклонений, каждое из которых оказывает определенное негативное влияние на ход психического развития, в результате чего ограничивается реализация психических возможностей ребенка к развитию (Басилова Т. А., Левченко И. Ю., Головниц Л. А. и др.) [13, 81, 37]. Вариативность сочетаний первичных нарушений и различная степень их выраженности приводят к неравномерности формирования высших психических функций, что негативно отражается на функционировании познавательной сферы ребенка, отрицательно сказывается на социальной адаптации и значительно затрудняет образовательный процесс (Выготский Л. С., Катаева А. А., Малофеев Н. Н., Орбели Л. А.) [33, 61, 91, 107].

Дети с поражением нервной системы различной этиологии и степени тяжести составляют около 50 % новорожденных, при этом 70-80 % этих нарушений вызвано перинатальными поражениями ЦНС (Давыдова И. В., Студеникин В. М., Яцык Г. В.) [128, 141]. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), доля тяжелой детской инвалидности в популяции детского населения составляет в мире около 3 %. Определение

понятия «ребенок-инвалид» исходит из современной концепции ВОЗ, в соответствии с которой поводом для установления инвалидности является не сама болезнь или травма, а их социальные последствия, проявляющиеся в виде нарушений той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или функции, приводящих к ограничению жизнедеятельности (Зелинская Д. И., Пузин С. Н., Lewis V.) [34, 121, 172]. Инвалидность, как проблему здравоохранения, принято рассматривать с двух сторон - в первую очередь, с точки зрения распространенности и полноты учета детей с ограничениями жизнедеятельности; во вторую, - с позиции их обеспеченности социальными средствами, медицинской реабилитацией и услугами, способствующими социальной адаптации и оптимальному функционированию инвалида в обществе (Дьячкова М. Г., Камаев И. А. Скворцов И. А.) [47, 62, 134].

Включение детей с множественными нарушениями развития в жизнь общества становится главной линией социального развития РФ (Ларикова И.) [78]. Достижение этой цели является задачей различных учреждений здравоохранения, социальной защиты и образования.

В конвенции о правах ребенка указывается на то, что государство признает право ребенка с ОВЗ, в том числе с множественными нарушениями развития, на особую заботу³. Отсюда следует, что содержание и воспитание детей с нарушениями здоровья является обязанностью не только родителей, но и всего общества. Отношение общества к таким детям остается одним из критериев цивилизованного государства, так как социальная справедливость – это, прежде всего, предоставление всем гражданам равных возможностей

³ «Декларация о правах инвалидов» [Электронный ресурс]: Резолюция 13-ой сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций № 3447 от 9 декабря 1975 г. // URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml: (Дата обращения: 02.12. 2014).

(Лубовский В. И., Шипицына Л. М., Хуснутдинова З. А., Шагарова С. В.) [41, 87, 155].

В связи с изменением нормативно-правовой базы и установкой на ее гуманизацию появилась возможность разработки направлений и содержания помощи детям со сложными нарушениями развития, а также создания для них специального образовательного пространства. В законе «Об образовании в Российской Федерации» указывается на то, что обучение детей с ОВЗ должно осуществляться по индивидуальным программам. Это нацеливает специалистов на разработку подходов к определению содержания таких программ, а также требований к образовательным условиям, учитывающим особенности развития детей, имеющих сочетание двух и более первичных нарушений (Дианова В. И., Стребелева Е. А.) [45, 139]. Используемый в законе термин «дети с особыми образовательными потребностями» отражает традиционное для отечественной дефектологии понимание ребенка с нарушениями в развитии как нуждающегося в «обходных путях» обучения (Выготский Л. С., Гончарова Е. Л., Лурия А. Р., Малофеев Н. Н.) [31, 88, 93].

Современная Концепция Специального Федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья, разработанная учеными Института коррекционной педагогики РАО (Кукушкина О. И., Малофеев Н. Н., Никольская О. С.) [70], предполагает уровневый подход к организации и содержанию специального образования детей с ОВЗ, при реализации индивидуального педагогического маршрута. Конкретизация этого подхода в системе дошкольного образования детей с множественными нарушениями развития сегодня является одной из важных задач специальной педагогики.

Особого внимания заслуживает тот факт, что обучение этой категории детей, как и всех остальных, должно осуществляться со второго месяца жизни (Васильева М. А., Веракса Н. Е., Головчиц Л. А., Комарова Т. С., Приходько О. Г., Разенкова Ю. А., Солнцева Л. И.) [37, 108, 118, 124, 136]. Ранняя педагогическая помощь открывает для детей с тяжелыми

сочетанными нарушениями развития перспективы более успешной реализации познавательного потенциала и социализации. Обеспечение детей коррекционно-педагогической помощью на самых ранних этапах онтогенеза позволит осуществить своевременную профилактику вторичных нарушений развития и максимально скорректировать уже имеющиеся отклонения во взаимодействии с окружающим миром. Такая помощь окажет стимулирующее и развивающее воздействие в ключевые сенситивные периоды становления высших психических функций, будет способствовать формированию у родителей необходимых педагогических умений и навыков, правильных установок относительно воспитания ребенка с нарушениями здоровья (Закрепина А. В., Лисина М. И., Мухамедрахимов Р. Ж., Стребелева Е. А.) [50, 85, 99, 125].

Современный подход к ранней коррекции и компенсации отклонений в развитии у детей может быть охарактеризован как комплексный и личностно-ориентированный. Единая система ранней помощи для детей с ОВЗ или детей-инвалидов включает в себя медицинскую составляющую – восстановительное лечение, реабилитационную программу, коррекционно-педагогическую помощь, психологическую поддержку семьи, социальную и консультативную помощь (Лазуренко С. Б., Ларикова И., Мишина Г. А., Стребелева Е. А.) [57, 77, 78]. Наиболее результативными являются восстановительные мероприятия, осуществляемые с первых месяцев жизни. Именно в это время появляется возможность максимально быстро устранить или сгладить проявления болезни, использовать потенциальные возможности организма к восстановлению и компенсации, поддержать стремление к развитию и потребность к познанию (Аксарина Н. М., Выготский Л. С., Лурия А. Р., Сеген Э.) [1, 32, 88, 130]. Раннее начало коррекционного обучения ребенка и психологической поддержки всей семьи будет способствовать максимально возможным достижениям в развитии ребенка, поддержанию его здоровья, а также его успешной социализации и включению в образовательную среду с последующей интеграцией в

общество (Баенская Е. Р., Приходько О. Г., Разенкова Ю. А., Сатаева А. И., Lems W., Hopkins B., Samson I. F.) [6, 118, 123, 171].

Познавательный потенциал таких детей и возможности его активизации в раннем возрасте изучены недостаточно. В то же время многие отечественные и зарубежные авторы приводят данные, свидетельствующие о медленном постепенном продвижении в психическом развитии детей с множественными нарушениями, указывают на наличие значимой положительной динамики в их обучении.

1.2. Психический онтогенез раннего возраста. Особенности психического развития детей с множественными нарушениями

На протяжении последних ста лет специалисты различных областей науки проявляют устойчивый интерес к изучению общих закономерностей психического развития человека (Бехтерев В. М., Запорожец А. В., Коробейников И. А., Мясищев В. Н., Новоселова С. Л., Фельдштейн Д. И.) [18, 53, 72, 100, 102, 145]. В первую очередь, это связано с тем, что психическое развитие является одним из основных показателей здоровья ребенка и фактором, обеспечивающим его успешную социализацию (Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Лебединский В. В.) [5, 49].

Каждый специалист рассматривает и исследует эту тему в аспекте своей профессиональной деятельности: одни выявляют причины, вызывающие нарушение и ухудшение психического развития ребенка, другие ищут средства и методы укрепления здоровья детей, а также технологии, способствующие активизации их психического развития и социальной адаптации (Безруких М. М., Яцык Г. В., Шабалов Н. П. и др.) [15, 128, 154].

Большинство авторов рассматривают психическое развитие, прежде всего, как процесс качественного преобразования психики путем возникновения новых, более совершенных форм взаимодействия со средой,

характеризующихся возрастными новообразованиями, качествами или свойствами, которые не были даны в готовом виде (Аксарина Н. М., Аршавский И. А., Валлон А., Выготский Л. С., Леонтьев А. Н., Тонкова-Ямпольская Р. В., Щелованов Н. М.) [1, 4, 26, 30, 82, 144, 157]. Это новое появляется в соответствии с определенными закономерностями и является результатом регулярного взаимодействия субъекта со средой. По мнению И. М. Сеченова [133], психическое развитие ребенка представляет собой сложный процесс, в основе которого лежит видовая и генетическая программа, реализующаяся в условиях постоянной смены средовых факторов. «Психическое развитие тесно связано с биологическими свойствами организма, его наследственными и конституциональными особенностями, врожденными и приобретенными качествами, постепенным формированием структуры и функции различных отделов ЦНС» [33, с. 376].

Таким образом, психическое развитие представляет собой процесс закономерных изменений, характеризующийся качественными преобразованиями в эмоциях, поведении и интеллекте, выраженными как количественно, так и качественно. Накопление количественных и качественных изменений в организме приводит к переходу от одних ступеней возрастного развития к другим, более высоким. Исследования И. А. Аршавского [4] показывают, как в онтогенезе сменяются качественно различные этапы функционирования и реагирования головного мозга. При этом новые формы реагирования не вытесняют старые, а преобразуют и подчиняют их. А. Н. Леонтьев считал важным тот факт, что: «в психическом развитии ребенка можно выделить определенные стадии, и общая картина развития отдельных процессов психической жизни внутри каждой стадии представляется следующим образом: развитие ведущей деятельности, характеризующее данную стадию, и связанное с ней развитие других видов деятельности ребенка определяет собой выделение в его сознании новых целей и формирование отвечающих им новых действий» [82, с. 56].

В основе психического развития лежит потребность во впечатлениях и познании окружающей среды (Венгер Л. А. Запорожец, А. В. и др.) [28, 53]. Источник развития – социальная среда, в которой формируется социальная ситуация развития в условиях специфических для определенного возраста отношений между ребенком и социальной средой (Выготский Л. С.). Психическое развитие определяется как этой ситуацией, так и актом восприятия, по своей природе являющегося системой свернутых перцептивных действий, в процессе совершения которых происходит познание свойств и качеств каждого предмета. Восприятие и действие представляют собой единый структурный процесс. Согласно учению П. Я. Гальперина, познавательная активность у маленького ребенка развивается в ходе его практического знакомства с окружающей средой.

В настоящее время отечественными педиатрами и педагогами разработаны нормативные показатели психического развития детей раннего возраста.

При описании нормы психического здоровья и развития обычно придерживаются определения ВОЗ: не только отсутствие болезней, но состояние физического, социального и психического благополучия. Нормативное развитие – это уровень психосоциального развития ребенка, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании большой группы популяции детей того же возраста, пола, культуры (Давыдов В. В., Занков Л. В., Пиаже Ж.) [39, 52, 115]. Нормальное психическое развитие имеет строго определенные этапы, которые должен пройти каждый ребенок. Если какой-то этап не будет пройден должным образом, то в дальнейшем человеческая психика не компенсирует эту утрату, и развитие пойдет патологично и крайне своеобразно (Выготский Л. С., Исаев Д. Н., Мамайчук И. И., Wolraich M.) [31, 59, 94, 166]. Все этапы психического развития человека имеют свои характеристики и возрастные особенности, каждому из них соответствуют определенные психологические достижения (Запорожец А. В., Розенгард-

Пупко Г. Л., Эльконин Д. Б.) [53, 127, 158]. Однако, до настоящего времени категория «нормальности» психики человека в достаточной мере не определена и не имеет строгих объективных критериев. Это связано как с большими индивидуальными различиями, так и с разницей в социокультурных представлениях о психической норме и патологии. В разных литературных источниках понятие «нормальное психическое развитие» несколько отличается друг от друга. Понятие нормы относительно постоянно, однако его содержание зависит от культуры и существенно меняется со временем.

В нашей стране комплекс особенностей развития психики в период раннего детства впервые был определен Н. М. Аксариной [1]. Этот комплекс включает в себя следующие характеристики: быстрый темп развития организма, взаимосвязь и взаимозависимость состояния здоровья с физическим и нервно-психическим развитием детей, их эмоциональным фоном. В трудах Н. М. Щелованова [157] говорится о том, что развитие ребенка раннего возраста происходит по основным линиям: развитие эмоций, движений и предметных действий, речи. Именно в раннем возрасте, ребенок развивается наиболее стремительно: такого темпа развития в последующие годы он не имеет никогда. За первый год жизни ему предстоит пройти самый большой, самый интенсивный и самый, тяжелый путь познания окружающего мира.

В исследованиях Р. В. Тонковой-Ямпольской [144], К. Л. Печоры, Г. В. Пантюхиной, Э. Л. Фрухт [112], N. Bayley [161] показана роль регулярного мониторинга и своевременной комплексной оценки состояния здоровья и психического развития детей в раннем детстве. Эти мероприятия ориентируют специалистов на решение нескольких задач: определить фактический уровень развития ребенка, своевременно выявить отклонения в его развитии или поведении, вовремя начать корректирующие и восстановительные мероприятия, оптимизировать условия воспитания его в семье.

Общеизвестно, что ранний возраст характеризуется особой социальной ситуацией развития, при которой наблюдается наиболее тесная связь психического развития и условий среды (Венгер Л. А., Перре-Клермон А. Н.) [28, 114]. Социальная среда ребенка раннего возраста включает в себя небольшое количество ухаживающих взрослых, а ее соответствие возрастным и индивидуальным потребностям ребенка определяется воспитательными установками и педагогической компетентностью родителей (Кобрина Л. М., Ткачева В. В.) [67, 142].

В раннем возрасте ребенок психологически привязан к матери, она должна быть рядом с ним, способствовать его психическому развитию, не ограничивать его социальную активность. Новорожденный и ребенок более старшего возраста познают окружающий мир с помощью взрослого, и являются субъектами совместной с ним деятельности (Баженова О. В., Боулби Д., Овчарова Р. В., Разенкова Ю. А., Филиппова Г. Г.) [7, 25, 105, 124, 147].

Ребенок рождается совершенно не приспособленным к самостоятельной жизни, ему необходимо всему научиться, и обучение начинается с самого рождения. Важная задача периода новорожденности – овладение первоначальными формами социального взаимодействия с внешним миром и регуляции собственной активности. Без этих психологических достижений ребенок не перейдет на более совершенный уровень психического развития. На начальном этапе жизни средством информирования взрослого и удовлетворения собственные физиологических потребностей (в пище, тепле, комфорте) являются элементарные психологические проявления. В частности, с помощью изменения поведения и крика ребенок требует внимания взрослого, выражает такие эмоции как удовольствие – неудовольствие. В это время младенец является достаточно пассивным, а взрослый выполняет функцию организатора всех форм его активности (Боулби Д., Мухамедрахимов Р. Ж., Фонарев А. М.) [25, 99, 149, 176]. В процессе регулярного общения со взрослым в эмоциональной сфере

ребенка очень быстро происходят изменения: под влиянием внешних воздействий на органы чувств возникают и развиваются эмоционально-положительные выразительные реакции. В процессе непосредственно-эмоционального общения взрослый способствует развитию ориентировочной активности детей, целенаправленно знакомит ребенка с окружающим миром.

Первый месяц жизни ребенка рассматривается многими авторами как один из критичных периодов онтогенеза человеческого мозга (Анохин П. К., Андрианова О. С., Доскин В. А., Wilson A. R., Streri A., D. de Hevia M., Izard V., Coubart A.) [2, 46, 174, 177]. В течение этого времени нервная система, воспринимающие и проводящие пути анализаторов, обладают готовностью к восприятию и повышенной чувствительностью к любому сенсорному воздействию, что свидетельствует о врожденной предрасположенности и сензитивности развития чувственной сферы (Кешишян Е. С., Коломинский Я. Л., Хабарова Л. М.) [64, 98, 101]. В этот период малыш очень чувствителен к настроению, эмоциональное состояние взрослого определяет психическую активность ребенка. К концу первого месяца жизни при установлении положительного эмоционального контакта можно вызвать у ребенка улыбку, чуть позже - звуки гуления и направленные движения рук. Практический опыт положительного эмоционального и чувственного контакта с внешним миром способствует совершенствованию психической активности, развитию сенсомоторных реакций, появлению разнообразных движений, благодаря чему к 4-му месяцу жизни у детей можно наблюдать такую социальную форму контакта со взрослым как «комплекс оживления» (Гвоздев А. Н., Денисова М. Н., Лисина М. И., Щелованов Н. М.) [85, 157]. Способность к взаимодействию с людьми и предметами внешнего мира является врожденной, но желание и умение осуществлять коммуникацию возникают как результат систематической инициативы взрослого в виде привлечения внимания, демонстрации образов поведения и подкрепления результативных действий. Постоянный эмоционально положительный контакт взрослого с ребенком в процессе

практического познания окружающей среды и активной деятельности в ней является одним из наиболее важных условий появления речи (Розенгард-Пупко Г.Л.) [127].

В работах М. М. Кольцовой [69] подчеркивается, связь речи с движением, которое осуществляется ребенком в процессе выполнения действий с предметами.

Так, результативность непроизвольной реакции ребенка на дискомфорт (рефлекторного крика), благодаря которой происходит изменение внешних условий и удовлетворение потребностей приводит к постепенному совершенствованию голосовых проявлений и их преобразованию на втором-третьем месяце в модулированные голосовые реакции, с помощью которых малыш отражает не только физиологическое, но и эмоциональное состояние. На этом возрастном этапе плач становится интонированным, а в период бодрствования малыш начинает издавать дифференцированные звуки. В моменты кряхтения, стоны, хныкания можно различить такие звукосочетания, как: «кхе», «гхх», «аф», «пм», «пб» и другие (Исенина Е. И., Розенгард-Пупко Г. Л.) [60, 127]. Постепенно их звучание становится продолжительным, и короткие звуки – гуканья - трансформируются в гуление. При этом сами звуки не несут смыслового содержания, но имеют определенный коммуникативный смысл. Ребенок произносит их для привлечения внимания взрослого, чтобы сообщить ему о своих физиологических и психологических потребностях. Для увеличения результативности и дифференцированности влияния на взрослого к концу первого полугодия жизни ребенок начинает осознанно использовать мимику, движения тела и рук, т.е. овладевает разнообразными неречевыми средствами коммуникации.

Со временем за счет регулярной практики общения ребенок становится способен имитировать речевые образцы взрослого. Появляется внимание к его голосу, интонации, ситуации, в которой звучат те или иные речевые конструкции. Способность соотнести речевой образец с ситуацией, умение

отраженно воспроизвести его ритмический и звуковой рисунок проявляется в виде соответствующих эмоционально-коммуникативных действий: обмена звуками, улыбками, гримасами, смехом (Кривина С. М., Фигурин Н. Л., Фонарев А. М.) [74, 146, 149]. В речевом развитии ребенка второго полугодия жизни можно зафиксировать такие психологические достижения как дифференцировка голосов взрослых, различение тона голоса, предпочтение одних звуков другим, соотнесение звука с объектом, имитация самых простых речевых звуков. В этом возрасте ребенок обычно перестает длительно и слитно произносить речевые звуки, т.е. гулить в процессе бодрствования, эмоционального взаимодействия со взрослым и действий с предметами (Зимняя И.А., Чиркина Г. В.) [55, 96]. Речевые проявления ребенка теперь возникают реже, речевая продукция как бы распадается и, одновременно, усложняется, и он пытается воспроизводить короткие «речевые отрезки», состоящие из нескольких слогов. Наступает период лепета, для которого характерно умение управлять движениями органов артикуляции и воспроизводить последовательно различные артикуляционные уклады во время произношения гласных и согласных звуков с усилением голоса и интонации на первом гласном звуке или слоге. Появляющийся в этот период лепет рассматривается одними авторами (Богородецкий В. А.) как производимый с целью получения удовольствия от процесса произнесения звуков речи и управления сенсорным потоком, а другими (Александров А. А., Винарская Е. Н., Сикорский И. А.) - как продукт подражания речи взрослого и возможность согласованного социального взаимодействия с ним, которое предсказуемо и положительно окрашено. И чувство удовольствия, и результативность данного рода активности способствуют совершенствованию этого умения, использованию его в различных ситуациях, накоплению объема звуков речи, развитию навыка имитации новых слогов, появлению первых слов и навыка их произнесения в определенной ситуации, т.е. ситуативного использования, без осознания смысла (Архипова Е. Ф., Исенина Е. И.) [3, 60].

Все вышесказанное становится основой для появления такого психологического новообразования, как понимание ребенком речи взрослого. Обычно это реализуется следующим образом. Дети при звучании определенного речевого конструкта демонстрируют ожидаемое взрослым поведение, которому ранее их многократно обучали путем совместного выполнения. В хорошо знакомой ситуации, они понимают многие слова и простые фразы, когда они произносятся в определенной последовательности и с одной и той же интонацией. Ситуация должна быть регулярно повторяемой, звуковой и ритмический рисунок оставаться неизменным, и тогда речь является социальным знаком для ребенка (Выготский Л. С., Гвоздев А.Н.). Эти умения дают возможность управления поведением ребенка с помощью внешних воздействий, т.е. речи, но пока только в конкретных ситуациях.

Такой благоприятный путь развития речи возможен только при регулярном сенсорном воздействии на основные анализаторы ребенка, на фоне эмоционально положительного общения с ним взрослого в ходе практического взаимодействия со средой путем выполнения различных движений и действий (Бернштейн Н. А., Кистяковская М. Ю.) [17, 65].

Учеными доказано, что психическое и физическое развитие взаимосвязаны. Л. О. Бадалян [5] подчеркивает, что физическое развитие связано с сенсорным и определяет процесс реализации интеллектуальных способностей таким образом: чем увереннее передвигается ребенок, чем больше и разнообразнее его сенсорный и практический опыт, тем быстрее происходит переход от одного уровня психического развития к другому, тем более совершенными способами психологического взаимодействия пользуется ребенок.

Таким образом, восприятие различных раздражителей, контакт с окружающим миром имеют для грудного ребенка огромное значение. В это время происходит так называемое первичное обучение. Если ребенок не получает на этом этапе достаточного количества информации, заметно

затрудняется дальнейшее совершенствование психики.

По мнению М. Ю. Кистяковской [65] процесс развития движений у ребенка первого года реализуется следующим образом. Эффлекторная часть системы является не безусловно-рефлекторным ее компонентом, включающимся в ответ на различные сигналы, а условно-рефлекторной частью, строящейся на основе разных категорий движений. Подкреплением образования связей между кинестетическим и другими анализаторами служит комплекс раздражений в вестибулярном, зрительном, тактильном анализаторах, который возникает в результате движения, выполненного ребенком. Построение новых движений происходит путем развития и закрепления разных категорий движений, а потребность к их совершению способствует формированию функциональной системы. При выполнении движения у ребенка отмечается эмоционально-положительное состояние, а невозможность завершить его приводит к эмоционально-отрицательному возбуждению. На 1-м месяце жизни появляются хаотичные движения рук, которые в последующем усложняются, и на 2-3-м месяце можно наблюдать наличие дифференцированных движений рук: дети приближают их ко рту, сосут кулачки, фиксируют руки взором. В 4-5 месяцев возрастает регулирующая роль тактильного и зрительного анализаторов. В это же время у детей постепенно совершенствуется навык слухового и зрительного сосредоточения: от мгновенной остановки взора на предмете ребенок переходит к длительному рассматриванию предметов окружающего мира, а затем к самостоятельному поиску и нахождению сенсорных раздражителей (Бельтюков В. И., Зинченко В. П., Ломов Б. Ф., Шматко Н. Д.) [16, 116, 156].

В результате совпадения зрительных, тактильных и кинестетических ощущений происходит образование соответствующих связей, после чего зрительные раздражители постоянно начинают вызывать движение руки по направлению к объекту. На этом этапе появляются согласованные, ощупывающие движения рук по предмету, ребенок начинает перекладывать игрушки из одной руки в другую (Венгер Л. А., Запорожец А. В.,

Козловская Г. В.) [28, 53, 68]. На втором полугодии жизни у ребенка можно наблюдать простые резульативные повторные действия с предметами. Это становится возможным благодаря определенной функциональной зрелости анализаторов и совершенствованию восприятия, а также появлению зрительных дифференцировок (Безруких М. М., Божович Л. И., Hubel H. D., Torsten N. W.) [15, 23, 162]. Наличие этих психологических достижений способствует активизации таких способностей ребенка, как умение выделять (предпочитать) определенный цвет предмета, его величину и другие сенсорные качества.

В это же время ребенок начинает самостоятельно перемещаться в пространстве, осуществлять повороты со спины на живот и обратно, активно ползать, садиться (Кистяковская М. Ю.) [65]. В дальнейшем двигательные умения ребенка усложняются, он пытается принять вертикальное положение, встает, удерживает равновесие, начинает перемещаться с помощью ходьбы, держась за опору, а затем начинает ходить без поддержки. Также увеличивается интерес к предметам окружающего мира, появляется манипулирование одновременно двумя предметами, все действия с игрушками постепенно усложняются (Левченко И. Ю., Лещинская Т. Л.) [81, 83]. Ребенок начинает брать предметы пальцами, обследовать мелкие детали игрушки, для этого учится действовать отдельными пальцами. Появляются первые попытки пользоваться предметами по назначению: пить из чашки, зачерпывать кашу ложкой, расчесывать волосы расческой. К концу первого года жизни ребенок охотно имитирует знакомые, разученные ранее движения («ладушки»).

На втором году жизни ребенок начинает понимать и овладевать предметными действиями: выделяет функцию предмета, обобщает его значение, аналогично действует по отношению к другим предметам. В этом возрасте закладываются зачатки игры: от первых предметных до игровых действий (Закрепина А. В., Кривина С. М., Мишина Г. А., Стребелева Е. А.) [50, 57, 74]. Появляется умение следить за новыми, неизвестными

действиями взрослого, затем возникает стремление повторить их. Дети целенаправленно используют предметы: из чашки угощают куклу чаем, прокатывают машинку, укачивают куклу, строят дом из кубиков. Совершая игровые действия, ребенок второго года жизни получает удовольствие от процесса, результат еще не имеет самостоятельного значения. В процессе игры у ребенка происходит интенсивное развитие тонких и точных движений пальцев, которое продолжается на протяжении всего периода раннего детства. Можно сказать, что ребенок мыслит, действуя руками. Соотнося форму или размер разных предметов, он учится анализировать их свойства, воспринимать их физические качества.

К 3-м годам у ребенка уже складывается определенное представление о результате действия, и это представление начинает мотивировать его. Ребенок действует уже не просто так, а с целью получения определенного результата. При этом деятельность приобретает целенаправленный характер, мышление становится речевым, а речь осмысленной [31, с. 195].

Таким образом, психическое развитие у маленького ребенка происходит в ходе его практического знакомства и положительно-эмоционального взаимодействия с миром людей и предметов (Божович Л.И., Голованова Н.Ф.) [6, 23]. В процессе эмоционально-положительного общения со взрослыми по поводу активности в окружающей среде и действий с предметами, ребенок познает и осваивает социальный мир, узнает свойства и назначение предметов, существующие между ними связи, реализует врожденную способность социальной коммуникации с помощью речи (Разенкова Ю.А., Хейссерман Э.) [123, 153]. Благодаря практическим действиям с предметами происходит формирование мыслительных операций, а затем и наглядно-действенного мышления. Успешная реализация психических возможностей ребенка возможна только при условии систематической инициативы со стороны взрослого, целенаправленной организации активности и деятельности ребенка. Это создает условия для преобразования врожденной способности

взаимодействия в социальные способы контакта, одним из которых является имитация, а затем подражание действиям взрослого. С помощью этих и других способов происходит усвоение культурно-исторического опыта, накопленного человечеством (Бодалев А. А., Выготский Л. С., Гальперин П. Я.) [23, 30].

Психическое развитие ребенка с множественными нарушениями подчиняется тем же общим законам, что и нормативное, но реализуется совершенно другим образом и являет собой один из вариантов психического дизонтогенеза (Лебединский В. В., Мамайчук И. И., Никольская О. С.) [80, 94]. У детей с нарушениями психического развития на самых ранних этапах онтогенеза наблюдаются такие особенности поведения как: чрезмерная возбудимость, длительный спонтанно возникающий крик, очень короткие и пассивные периоды бодрствования.

Отклонения в функционировании головного мозга в сочетании с нарушением работы анализаторов приводит к тому, что у ребенка отсутствуют психологические ответы на воздействие разных внешних стимулов (зрительных, слуховых, тактильных). Обычного сенсорного воздействия недостаточно для того, чтобы вызвать ответную двигательную активность в виде изменения мимики и рефлекторного движения конечностей. Двигательные проявления возникают внезапно, отличаются хаотичностью и стереотипностью, не имеют внешней направленности, быстро угасают или, напротив, вызывают общее возбуждение. Ограничение двигательной активности, на фоне органических изменений и общей физиологической незрелости, становится причиной значительной задержки появления и своеобразия движений. Дети начинают садиться не раньше второго года жизни, вставать и перемещаться в пространстве в возрасте двух лет, а порой позже (Кольцова М. М., Лазуренко С. Б., Мастюкова Е. М.) [69, 75].

Наряду с этим, отмечается специфическое проявление эмоций и чувств, психических и социальных потребностей. Так, при возникновении чувства

дискомфорта наблюдается изменения мимики. Само проявление физиологических и психологических потребностей принципиально искажается, а их удовлетворения можно достичь только за счет применения специальных психологических средств. Особенности ощущений и поведения приводят к вторичной сенсорной депривации и нарастанию отклонений в развитии. Так, например, у ребенка отсутствует сосательный рефлекс, не появляются ориентировочные реакции, не формируются двигательные и эмоциональные ответы на внешние воздействия, не устанавливается циркадный ритм, что исключает возможность соблюдения режима (сон, кормление, бодрствование) (Бомбардилова Е. П., Римашевская Н. В.) [21, 101]. Уже на ранних этапах онтогенеза фиксируются патологические реакции на телесный или физический, эмоциональный и зрительный контакты с близким взрослым, которые в норме являются источником психического развития и обеспечивают связь между ребенком и окружающим миром (Журба Л. Т.) [49]. Для ребенка с множественными нарушениями развития характерна беспомощность, длительное время единственным путем познания мира для него является близкий взрослый. Вследствие этого, социальный контакт ребенка с окружающей средой очень долго остается опосредствованным. Предметы появляются и исчезают из поля зрения младенца, благодаря ухаживающему за ним взрослому. Непосредственное эмоциональное общение, которое является ведущим видом деятельности на протяжении первого года жизни ребенка у детей с тяжелыми нарушениями развития формируется гораздо дольше и характеризуется определенными особенностями (Лисина М. И., Эльконин Д. Б.) [85, 158]. Тактильные прикосновения и объятия матери, использование ею различных эмоциональных игр, проговаривание ритмичных песен, стихов, демонстрация игрушек, активизация движений, знакомство ребенка с предметами окружающего мира - все это не способствует возникновению положительных эмоций и потребности в познании, напротив нередко вызывает негативные проявления, крик и стремление к избеганию данного

рода воздействий. У детей с множественными нарушениями развития не наблюдаются характерные для младенца с нормативным развитием чувство радости и удовольствия от наблюдений за движением людей, и действиями с предметами, огорчение при уходе близкого, желание привлечь к себе внимание другого человека.

В связи с тем, что психическая активность детей с множественными нарушениями развития выражена крайне слабо, долгое время взрослый должен стимулировать и поддерживать ответные реакции на различные внешние воздействия. Ориентировочные реакции на зрительные и слуховые стимулы, которые имеются у ребенка с нормативным развитием, у детей с множественными нарушениями проявляются сглажено, однократно, а эмоциональный отклик либо отсутствует, либо имеет негативный характер. При этом врожденная потребность в новизне и новых ощущениях в виде поисковых движений и мимики сосредоточения не отмечается, а зрительные ощущения преобразуются в восприятие весьма длительное время. Так, зрительная поисковая реакция у таких детей чаще всего появляется в возрасте 6 месяцев (они начинают взглядом искать мать). Устойчивое зрительное сосредоточение и исследование предмета появляется только на втором году жизни. В раннем детстве без специального обучения возрастные психологические достижения не совершенствуются. Наряду с этим, имеет место негативное отношение к изменению положения тела, воздействию незнакомых стимулов. Дети более спокойны, когда ничто их не беспокоит и не вмешивается в привычный ритм жизни.

Пассивность проявляется в отсутствии реакций на происходящее вокруг, в том числе, живого и яркого отклика на лицо матери, позднее появление комплекса оживления. Взгляд ребенка маловыразительный, улыбка возникает лишь как реакция на воздействие тактильных стимулов, в более старшем возрасте - на эмоциональное обращение взрослых, подкрепленное тактильным воздействием. Тормозящее влияние на психическое развитие детей с тяжелыми нарушениями оказывают трудности

и овладения предметными действиями.

По утверждению А. А. Катаевой [61] у детей с множественными нарушениями на первом году жизни не удается зафиксировать потребность в общении со взрослым, интерес к окружающим предметам, т.е. изначально угнетено характерное для ребенка стремление к познанию и изучению объектов и предметов окружающей среды. В результате своевременно не формируются зрительно-двигательная координация, ориентировка на свойства и качества предметов. Ребенок, в большинстве случаев, остается индифферентным по отношению к предметному миру, у него не появляется интерес к игрушкам и действиям с ними. Интерес к окружающим предметам наблюдается чаще всего при возникновении многократно повторяющихся ощущений или как реакция на совершенно незнакомый внешний стимул. Младенцы практически не разглядывают предметы, не стремятся захватить, извлечь звук или придать движение. В раннем детстве действия с предметами примитивны, сводятся к размахиванию, верчению, сосанию, бросанию всего, что попадает под руку. Дети не фиксируют внимания на своих действиях с объектами, поэтому не могут приобрести собственного опыта взаимодействия с ними, самостоятельно понять существующие между объектами связи и отношения.

Медленное и своеобразное овладение социальными действиями с предметами обусловлено несколькими факторами: физиологическими - нарушение работы двигательного аппарата и общее снижение психической активности – и психологическими - отсутствие интереса к окружающему, кратковременность и поверхностность зрительного внимания и восприятия, малый и нерезультативный опыт практического взаимодействия с предметным миром, длительное формирование любого нового навыка. Наличие этих психофизиологических проблем приводит к тому, что дети не стремятся завладеть предметами, а те, что находятся непосредственно перед ними, захватывают без интереса, совершают с ними более простые действия, чем их сверстники с нормативным развитием. В их действиях отмечается

большое количество однообразных неспецифических манипуляций (например, постукивание, размахивание, потрясывание).

В работах отечественных ученых выявлены некоторые специфические черты, присущие развитию предметных действий у детей изучаемой категории (Абрамович-Лехтман Р. Я. Басилова Т. А., Григорьева Л. П.) [13, 119]. В целом, экспериментальные исследования и педагогический опыт показывают, что дети с множественными нарушениями развития иначе, чем их сверстники с нормативным развитием осваивают социальный и предметный мир. Совершаемые ими действия редко вызывают положительные эмоции и звуки гуления. Игровые действия практически неоречевлены и малоэмоциональны. Такая высшая психическая функция как речь у детей с множественными нарушениями развития в раннем возрасте остается несформированной (Архипова Е. Ф., Гозова А. П., Исенина Е. И., Лисина М. И.) [3, 35, 60, 85]. Впервые внимание к речи взрослого и реакция на вербальное обращение фиксируется в конце второго - начале третьего года жизни. Самостоятельная речь представляет собой отдельные звуки, звукокомплексы, редко слова, которые дети используют для привлечения внимания близкого человека и информирования о своих потребностях (Гвоздев А. Н., Зимняя И. А., Чиркина Г. В.) [55, 96]. Социальное значение слов, их смысл, знаковая и номинативная функция остаются для них долгое время недоступными.

Самостоятельные навыки опрятности и самообслуживания у детей формируются с большим трудом и отличаются неустойчивостью. Дети не фиксируют внимания на своих физиологических ощущениях, не могут осознать и запомнить последовательность определенных действий, не понимают назначения таких предметов как чашка, ложка, горшок и не умеют пользоваться ими (Голованова Н. Ф., Дианова В. И., Маллер А. Р., Сеген Э.) [45, 89, 130]. Недоступность использования социальных средств коммуникации не позволяет им сообщить взрослому о своих физиологических нуждах: голоде, жажде и т.п. Они не просятся на горшок, а

о физическом дискомфорте информируют взрослого с помощью крика или изменений в поведении.

Потребности и действия детей носят примитивный характер. Их внимание ничем не привлекается, они с трудом ориентируются в пространстве, в период бодрствования на лица обычно отсутствуют мимические проявления (бесмысленное лицо). При этом в новом помещении дети могут вести себя по-разному: одни проявляют апатичность, вялость, безразличие, спокойствие; другие - раздражительность, возбудимость, беспокойство, крикливость, агрессию (Баенская Е. Р., Жигорева М. В., Никольская О. С., Либлинг М. М.) [6, 48]. Независимо от особенностей поведения все они не могут занять себя, не умеют играть и нуждаются в постоянном внимании и опеке взрослого.

Детям изучаемой категории необходима специальная помощь для развития у них потребностей, формирования новых, более совершенных психологических достижений и способов социального взаимодействия с окружающим миром. В случаях, когда такой помощи нет, окружающая среда остается для них непонятной, непредсказуемой, и, как следствие, опасной.

Таким образом, без специального обучения формирование новых психологических уровней у детей с множественными нарушениями развития происходит со значительной задержкой и различными особенностями. Могут появляться и закрепляться патологические формы поведения и взаимодействия с внешним миром.

1.3. Принципы комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям с множественными нарушениями развития

С момента объединения людей в сообщества и начала их совместной жизнедеятельности встал вопрос об организации быта тяжело больных, психическое развитие и поведение которых выходило за рамки общепринятых норм. Такие члены общества обращали на себя внимание,

требовали особого ухода и заботы. Во многих случаях, они становились тяжелым бременем для окружающих. В каждом государстве возникала необходимость определить отношение к «аномальным лицам», их правовое положение, принципы, цели и необходимые им формы помощи (Малофеев Н. Н.). Вопросы истории воспитания и обучения «аномальных» детей привлекали внимание многих исследователей, изучавших особенности их психического развития и педагогические концепции и теории, подтвержденные реальной практикой (Занков Л. В., Лубовский В. И., Овчарова Р. В., Солнцева Л. И., Стребелева Е. А.) [52, 87, 86, 136, 140].

Достоверные сведения относительно положения «аномальных» людей в первобытном обществе найти затруднительно, однако есть данные, свидетельствующие, что людей, которые были не в силах участвовать в процессе добывания пищи, умерщвляли соплеменники. По всей вероятности, утверждение можно отнести и к детям с рано выявившимися тяжелыми уродствами (Древняя Греция, Спарта). Такое же отношение к людям с умственными и физическими недостатками наблюдалось и в Древнем Риме, об этом свидетельствует высказывание римского философа Сенеки: «Мы убиваем уродов и топим детей, которые рождаются на свет хилыми и обезображенными. Мы поступаем так не из-за гнева и досады, а руководствуясь правилами разума: отделять негодное от здорового» (4 г. до н. э.—65 г. н. э.). Так обстояли дела вплоть до IV-V вв. нашей эры.

Первый период интерпретации категории людей «с ограниченными возможностями» относится к IX - I вв. до н. э. Этот период характеризуется полным неприятием людей указанной категории как недееспособных и ненужных обществу. Однако, постепенно позиция общества в отношении людей «с ограниченными возможностями» становилась мягче. Появилась пусть не всеобщая, но институциональная рефлексия по отношению к ним. В III – IV вв. н. э. на слепых и калек обратили внимание монастыри. Им стали оказывать помощь: предоставлять приют, пропитание, одежду и д. В Византии в 369 г. при монастыре, в котором был организован приют для

психических больных. Далее в истории начинают появляться факты оказания помощи инвалидам и заботы о них со стороны христианских подвижников. Так, зафиксированы факты взаимодействия епископа Николая из Ликии с умственно отсталыми людьми. Епископ Лимний из Сирии проявлял заботу о слепых.

Начало V в. характеризуется появлением феномена юродства. Упоминания об этом встречаются в притчах. Иоанн Эфесский (IV в.) в описании реакции толпы на пару молодых юродивых отмечает, что множество народа окружало их, «давая затрецины», шутя и играя с ними (Иванов С. А.) [56]. Известны случаи, когда в странах с низким уровнем развития в более позднее время слабоумные и дети-уроды оставались на произвол судьбы.

Религиозные воззрения в отношении слабоумных, как и все религиозные догматы, были полны противоречий. Одни религии считали слабоумных «детьми Бога», другие - «детьми дьявола». Взгляд на слабоумных как на детей дьявола в большей степени был присущ католической религии. Так, католический Рим категорично пресекал публичное юродство, и к XII в. в Западной Европе оно полностью исчезло как публичный феномен. В славянских государствах, где на слабоумных (юродивых) смотрели как на «божьих людей» и «блаженных», их обычно окружали ореолом святости, с благоговением вслушивались в их бессмысленный лепет, усматривая в нем божественное прорицание. Таким образом, церковь, особенно православная, пробуждала чувство сострадания к «аномальным» людям и часто была инициатором организации для них приютов, убежищ, благотворительных обществ и т. д. Однако, в целом отношение к таким людям со стороны общества на протяжении всей истории Древнего мира и Средних веков нельзя назвать гуманным: их судьба мало волновала общество. Указанная категория людей рассматривалась как неполноценное меньшинство, и окружающие стремились лишь оградить себя от последствий их недугов. Предубеждение против таких людей

подкреплялось очевидным фактом, что человек с определенным, зачастую видимым, психическим или физическим недостатком не способен полноценно участвовать в социальной жизни (Грабаров А. Н., Замский Х. С.) [38, 51].

До XVIII столетия среди людей с физическими или психическими отклонениями выделяли следующие категории: сумасшедшие, слепые и глухие или глухонемые. Эта классификация носила не обывательский характер, она использовалась даже в учебниках по медицине и философии, а также в сфере законодательства. Люди с любыми физическими дефектами (например, калеки, глухие и карлики), а также люди, страдающие психическими заболеваниями или имеющие нарушения интеллектуальной сферы, в сознании своих соплеменников относились к одной общей категории. Таким образом, рефлексия общества в отношении людей с ограниченными возможностями, нашедшая отражение в исторических документах, античных и средневековых сводах закона, литературных источниках, основывалась, в первую очередь, на дефектах, которые явно отличают их носителей от подавляющего большинства, дефектов не имеющего.

В 1198 г. возник такой тип учреждений, как светский приют, где люди с ограниченными возможностями могли получить пищу и кров. Первый приют для взрослых слепых был открыт в Баварии. В Англии в это время приняли закон, содержащий юридическое обоснование отличия сумасшествия от идиотии (Гозова А. П., Малофеев Н. Н.) [35, 92].

В эпоху Возрождения произошла трансформация всех сторон общественного взаимодействия. Это время характеризуется развитием гуманистических тенденций в отношении людей с ограниченными возможностями, в том числе слабоумных. Лишенные разума люди начинают привлекать внимание философов, врачей, литераторов и педагогов. В литературе выражаются симпатии к лицам, которые хотя и лишены разума, но зато свободны от религиозных догматов и лицемерия. Врачи стремятся

проникнуть в душевный мир психически больных людей. Первые глубокие исследования и тщательные наблюдения слабоумных выявили у них многие человеческие черты, наличие которых прежде отрицалось. Судьбы умственно отсталых впервые начали привлекать внимание не только ученых, но и педагогов. Возникла необходимость в определении правового положения слабоумных людей. Это диктовалось сложными экономическими отношениями, которые складывались в буржуазном обществе.

В период Великой французской буржуазной революции (1789 - 1793 гг.) произошел перелом в отношении к слабоумным. В 1793 г. Конвент в Декларации прав человека объявил, что общественная помощь несчастным членам общества является священным долгом, что общество обязано обеспечивать работой тех, кто способен работать, и обеспечить существование тех, кто работать не в силах. Это касалось душевнобольных, к которым относили и слабоумных. Именно в это время Жан-Этьен-Доминик Эскироль впервые указал на то, что идиотия - не болезнь, а состояние, которое характеризуется тем, что при нем умственные способности никогда не проявляются или же не развиваются в течение жизни.

Несмотря на успехи педагогической коррекции XVI - XVII вв., широкое распространение получило мнение о том, что глухой, слепой, слабоумный нуждаются прежде всего, в лечении. Последователи этой идеи полагали, что «аномального» ребенка надо сначала вылечить, а уж затем подумать о его обучении. К сожалению, долгое время, даже после появления результативного опыта, свидетельствующего об обратном, дети с нарушениями интеллектуального развития характеризовались как «необучаемые дети». Этот термин указывал на низкие возможности обучения, значительные ограничения самостоятельного использования имеющихся социальных умений и навыков, зависимость от взрослого.

Однако, среди врачей, а затем и педагогов появились отдельные энтузиасты, которые вопреки скептическому отношению окружающих все же делали попытки заниматься воспитанием и обучением слабоумных детей.

Многие историографы лечебной педагогики утверждают, что впервые возможность воспитывать и обучать слабоумных была доказана знаменитым французским психиатром Жаном Итаром (1775-1838) - главным врачом Национального института глухонемых в Париже, и автором «Трактата о болезнях уха и слуха». Он начал заниматься с мальчиком, который до двенадцати лет был изолирован от человеческого общества, и доказал, что если заниматься с ребенком должным образом, то у него начинают проявляться социальные эмоции, привязанности, появляется стремление к комфорту, разборчивость в пище, чистоплотность и умение социальным образом действовать с предметами. Особое внимание в воспитании ребенка уделялось развитию речи. Ученому удалось привить ему некоторые навыки: сообщать о своих желаниях с помощью жестов и звуков речи, выражать социальным образом привязанность к няне, складывать из букв отдельные слова. Это подтвердило выдвинутое предположение о необходимости обучения слабоумных. Не взирая, на то, что Ж. Итару не удалось сделать ребенка нормальным человеком, он убедил окружающих в том, что даже самые глубокие идиоты небезнадежны и способны к совершенствованию развития. Ж. Итар определил путь, которым нужно следовать при воспитании идиотов - обучение с помощью регулярных упражнений органов чувств и моторики, практическое применение новых умений, внешнее руководство и организация деятельности [51].

Опыт Ж. Итара был положен в основу всех систем воспитания и обучения слабоумных, которые создавались в первой половине XIX в. Идея обучения слабоумных во время лечения принадлежит французским психиатрам, открывшим отделения при психиатрических больницах и создавшим самостоятельные учреждения, в которых проводились лечебно-педагогические мероприятия по физическому развитию детей, совершенствованию их моторики и восприятия (Замский Х. С., Малофеев Н. Н.) [51, 92]. Так, были открыты отделения для идиотов при психиатрической лечебнице в Бисетре (1828 г., Феррю и Лере), затем при

больнице в Сальпетриере (1831 г., Фальре). В 1833 г. было создано специальное учреждение для слабоумных в Париже - Ортофренический институт (Ф. Вуазен), в 1841 г. Э. Сеген открыл частную школу для идиотов. В это же время в горах Швейцарии появилось учреждение для идиотов и эпилептиков. В 1848 г. начинает функционировать первое медицинское учреждение для слабоумных в США. Так, зародился комплексный медико-педагогический подход к оказанию помощи слабоумным.

Концепция комплексного подхода в лечении стала источником появления лечебной педагогики, представляющей собой синтез медицинских и педагогических технологий в восстановлении психофизического здоровья больного. Медико-педагогические учреждения обслуживали аномальных детей разных категорий. Среди них были и слабоумные, и дети с нарушением поведения, и дети-психопаты. В России такие учреждения появились лишь во второй половине XIX в. Ими чаще всего руководили врачи, а сами учреждения были частными и платными (Блонский П. П., Малофеев Н. Н.) [19, 92].

Почти одновременно судьба слабоумных стала привлекать внимание пасторов и педагогов, которые положили начало филантропически-христианскому и чисто педагогическому направлениям в развитии помощи этим детям. Врачи, занимавшиеся одновременно и лечением, и воспитанием слабоумных, не могли в своей работе обойтись без соответствующих педагогических средств, а педагоги видели результаты деятельности врачей и осознавали зависимость перспектив обучения от физического состояния учащихся. Понимание взаимосвязи физического и психического развития привело к тому, что в большинстве христианских учреждений с детьми велась совместная врачебная и педагогическая работа. Правда, не всегда медицинское и педагогическое направления мирно сосуществовали и поддерживали друг друга. Так, в середине XIX в. в Германии возник спор, кому должен принадлежать приоритет в воспитании слабоумных - врачам или педагогам. В то время глубоко умственно отсталые находились в

учреждениях вместе с детьми с разной степенью слабоумия. В результате глубоко отсталые дети были переданы врачам, а дети с легкими формами отсталости - педагогам. И когда вспомогательные школы окончательно утвердились как особый тип учебного заведения, в них был полностью восстановлен приоритет педагогов (Грабаров А. Н., Малофеев Н. Н.) [38, 92].

Системного и комплексного взгляда в организации медико-педагогической реабилитации детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью придерживался известный французский врач-педагог Эдуард Сеген [130], который считал, что недостатки ума обусловлены органическим дефектом, в первую очередь, нарушающим развитие волевой сферы. «Идиотия, - писал Э. Сеген, - это такое расстройство нервной системы, которое обнаруживается в полной бездеятельности всех или части органов и способностей ребенка, в отсутствии управления волей и, таким образом, в полной зависимости субъекта от наличных инстинктов». С его точки зрения, «типичский идиот представляет собой существо, которое ничего не знает, ничего не может, ничего не желает. Физически - он не может, умственно - он не знает, психически - он не желает. Он бы и мог, и знал, если бы только он хотел; но вся беда в том, что он, прежде всего не хочет». Именно Э.Сеген разграничил идиотов и «отсталых». Идиотию он рассматривал как остановку в физиологическом и психологическом развитии ребенка [130]. Для «отсталого» же ребенка характерно отсутствие такой остановки: психически он постоянно развивается, но своеобразнее и медленнее, чем нормальный ребенок, вследствие этого между отсталым и нормальным разница в психическом развитии становится очень большой, а отличия в поведении явными. Еще одной заслугой Э.Сегена является то, что он заложил основы коррекционно-педагогической работы, научно обосновал и создал систему воспитания слабоумных. В своих трудах он доказал, что каждый человек, как бы он ни был немощен, имеет право на такую жизнь, на такое отношение к себе, в котором нет места нравственному унижению, физическим страданиям.

В то время дети с тяжелыми нарушениями в развитии вызывали и получали лишь сочувствие, они находились в семейной изоляции или помещались в специальные учреждения. Их родители испытывали огромные трудности, не получая от специалистов никакой помощи в их обучении и развитии. Э. Сеген понимал, что самое большое счастье - это чувствовать себя человеком среди людей, осознавать, что ты не лишний, не обуза, что ты приносишь людям пользу [130]. Он пишет: «Я видел детей, запертых между кроватью, столиком и стульями, видел и других, втиснутых между этажеркой, креслами и роялем; перед теми и другими не оставалось даже и одного метра незанятого пространства. Я не знаю, которые из них - бедные или богатые - более жалки. Обреченные на полную бездеятельность сложностью обстановки, острыми углами мебели, боязнию что-нибудь испачкать или сломать, они делаются рабами, так называемого комфорта или бедности. Лишенные воздуха и света, потому что мать или нянька стесняются выводить их на прогулку из боязни, что их состояние будет обращать на себя внимание и подвергнется пересудам, эти несчастные влчат одинаково жалкое существование, как в лачуге рабочего, так и в отеле банкира» [130, с. 154]. Итак, и в богатстве, и в бедности слабоумные не получают главного, что нужно человеку, - возможности воспринимать мир, права участвовать в общественной деятельности. Цель специальной педагогики ученый видел в социальной реабилитации умственно неполноценного человека.

Позицию Э. Сегена разделяли и развивали многие ученые и философы XX в. как за рубежом, так и в России (Мессер А., Риккерт Г., Штерн В.). Благодаря им, идея о социальной полезности человека, согласно которой школа обязана воспитать активного и полезного члена общества, получила широкое распространение и была закреплена законодательно. Постепенно человек с ограниченными физическими и психическими возможностями обрел право на обучение и труд в меру своих индивидуальных возможностей и способностей. В этом контексте сформировалось еще одно направление

специального образования, которое заключалось в приучении людей с интеллектуальными нарушениями к труду и общественно полезной деятельности, что само по себе позволяло осуществить коррекцию и компенсацию дефекта, и одновременно с этим снизить затраты государства на социальное обеспечение этой категории людей.

Однако, долгое время оставался нерешенным вопрос, как быть с теми, кто в силу тяжести своего физического состояния, ни при каких условиях не сможет стать полезным членом общества и нуждается в пожизненной полной опеке. Практически до середины XX в. Такие люди подвергались идеологической и законодательной сегрегации. Общество отделяло их от здоровой части населения и ограничивало в правах: в качестве их характеристики даже использовался термин «неполноценный». Забота общества об этих людях заключалась в социальной поддержке и материальной помощи семье больного.

Идея социально-общественной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья сформировалась далеко не сразу. Однако момент, когда она возникла на государственном и общественном уровне, следует считать началом развития специального образования. Этот момент стал результатом культурных и исторических преобразований обществ и государств; эволюции моральных и этических установок, философских учений и идей; формирования основ законодательной практики, в частности, прав человека.

Изменения в общественном сознании, которые находили свое отражение в нормативных документах, происходили крайне медленно. Прогресс в отношении общества к людям с ограниченными возможностями здоровья заключался в том, что здоровая, сильная часть общества начала приспособливать условия окружающей среды и организацию общественной жизни нуждам слабой части (Малофеев Н. Н., Winzer A. M., Mazurek K.) [92, 173].

Основанием для этого явились исследования прогрессивных психиатров и педагогов. Особого упоминания заслуживают выводы русского психиатра Г. Я. Трошина. В своих взглядах на слабоумие он исходил из того, что законы развития нормального и ненормального ребенка одни и те же. Но «в то время, как нормальные дети в сравнительно короткий срок проходят все стадии филогенетического развития, развитие ненормальных детей идет крайне медленно, притом они проходят не все стадии филогенетического развития, а лишь некоторые, только низшие, не доходя до высших. Степень неполноценности определяется стадией, на которой остановилось развитие» [130, с. 39]. Развивая идеи Э. Сегена, Г. Я. Трошин утверждал, что психология умственно отсталых лишена динамики и представляется чрезвычайно статичной, однообразной, застывшей. Ученый подверг анализу классификацию слабоумия, систематизировал все признаки, которыми характеризуются основные степени слабоумия и, основываясь на опыте в области изучения детской ненормальности, предложил свою классификацию ненормальных, которая должна была помогать диагностировать детскую ненормальность и дифференцировать медицинскую, педагогическую и социальную помощь этим детям.

Практически в это же время, Л. С. Выготский [31] вывел собственную «формулу» воспитательного процесса: необходимо «отказаться от стихийного начала в воспитательном процессе и противопоставить ему разумное сопротивление и управление этим процессом, достигаемое через рациональную организацию среды» [31, с. 86]. Ученый утверждал, что воспитание осуществляется через собственный опыт обучающегося, который определяется социальной средой. «Первым фундаментом воспитания» является семья: именно она формирует в сознании у ребенка глубокие и прочные социальные связи». Роль преподавателя сводится к организации воспитательной среды и ее регулированию. Воспитательная среда, по определению Л. С. Выготского, - это искусственная среда, где детям представлены все формы общественной жизни. С одной стороны, она хороша

тем, что позволяет избежать влияния многих отрицательных сторон реального социального быта ребенка. С другой стороны, из-за своей искусственности она не в силах передать все многообразие жизненных взаимоотношений. Понятие «воспитательная среда» позволяет рассмотреть воспитание как трехсторонний процесс, в котором должны присутствовать активность обучаемого, активность преподавателя и активность заключенной между ними воспитательной среды. Л. С. Выготский подчеркивает, что «роль и направляющее значение личности воспитанника в воспитательном процессе никак не могут напоминать ту «педагогическую связь», к которой сводится, индивидуалистическое воспитание как процесс, всецело заключенный между учителем и учеником». В то же время восприятие воспитания как социально обусловленного процесса не должно заслонять от воспитателя проблему личности ребенка.

Взгляды Л. С. Выготского разделяет Т. Л. Лещинская, которая пишет: «Отказывая ребенку в образовании, мы обрекаем его на растительную жизнь. Обучая ребенка, мы улучшаем качество его жизни» [83, с. 27]. Получая образование, ребенок начинает ощущать, переживать, радоваться, огорчаться, учиться жить человеческой жизнью, происходит «процесс очеловечивания» (Выготский Л. С.).

Особый вклад в развитие коррекционной педагогики внес выдающийся отечественный врач-психиатр и педагог В. П. Кащенко, который основал новое направление помощи дефективным детям – лечебную педагогику. Под лечебной педагогикой он понимал синтез медико-терапевтических, учебно-педагогических и воспитательных приемов, имеющих целью выправление (коррекцию) характера в целом. В 20-х гг. прошлого столетия он заявил, что коррекция недостатков личности в процессе ее становления - проблема большой социальной значимости, и решать ее нужно в контексте государственной политики. В 1908 г. он основал в Москве санаторий-школу для дефективных детей, которая впоследствии переросла в Научно-исследовательский институт дефектологии Академии педагогических наук

(1943), а затем - в Институт коррекционной педагогики Российской академии образования. Школа сочетала в себе педагогические, лечебные и исследовательские функции. По своим задачам и постановке дела учреждение было новым не только для России, но и для мира в целом. Здесь учились дети с нарушениями центральной нервной системы и задержкой в развитии. В своей практической и научной работе В. П. Кащенко делал особый акцент на методической стороне учебного процесса, подчеркивал необходимость приспосабливаться к ребенку, принимать во внимание его индивидуальные особенности, для чего требовалось всестороннее изучение ребенка. Санаторий-школа В. П. Кащенко был исходной базой формирования государственно организованной дефектологии как самостоятельного психолого-педагогического направления в отечественной науке. Эта школа явилась прообразом Института человека.

Благодаря усилиям этого ученого, в середине XX в. дети с ограниченными возможностями здоровья стали объектом пристального внимания медиков, специальных психологов и коррекционных педагогов. Для повышения качества медицинской и психолого-педагогической помощи этим детям изучались их психологические особенности и возможности психического развития, уточнялись особые образовательные потребности, определялись подходы, формы организации и методы реабилитации (Лисицын Ю. П., Пузин С. Н., Трошин Г. Я., Batshaw L. M., Roisen J. N., Lotrecchiano R. G., Paul D. H.) [86, 121, 143, 164].

Так, И. А. Соколянский, занимаясь изучением слепоглухонемых, высказал множество плодотворных идей, касающихся их обучения и развития. Он стал одним из основателей системы образования дефективных детей на Украине. В трудные послереволюционные годы он организовал в Харькове школу для обучения слепоглухонемых, где вел активную научно-исследовательскую деятельность. Приступая к работе с группой слепоглухих детей, И. А. Соколянский хотел создать новую систему обучения речи. На первый план в обучении он вывел задачу их умственного развития, путем

предоставления доступных для средств общения - жестов, а не слов. Для неграмотных взрослых глухих он создал букварь, в котором в качестве первоначального средства словесного общения предлагалось дактильное слово, выраженное при помощи пальцевой азбуки. В своей работе «Некоторые проблемы образа в связи с особенностями формирования психики слепоглухонемого ребенка» он писал, что все свои представления об окружающем мире слепоглухонемой ребенок формирует только осязательно. При этом он категорично заявлял, что без организации специального обучения такой ребенок полностью лишается возможности психического развития. Он писал, что «в то время как у обычных детей очень многое (мир образов и т. д.) возникает в жизни вне педагогического вмешательства и контроля, у слепоглухонемых каждое психологическое приобретение должно быть целью специальной педагогической задачи».

Эти взгляды развил соратник И. А. Соколянского А. И. Мещеряков, который определил самые ранние направления коррекционно-педагогической работы со слепоглухим ребенком. Они заключаются в формировании психики путем расширения сенсорного и практического опыта взаимодействия с внешней средой как основы для появления непосредственного образа окружающих предметов. Ученый описал роль специальных педагогических средств и приемов в учебном процессе: «На первых этапах развития слепоглухонемого ребенка для формирования ориентировочного рефлекса на раздражитель необходимо предварительное безусловное подкрепление его». Совершенно незнакомый предмет, данный в руки слепоглухонемому ребенку, не удерживается, выпадает из его рук. «Однако засорившаяся соска, из которой перестает литься сладкая вода, или измененная форма ложки вызывают живую ориентировочную реакцию (ощупывание)... «У слепоглухого ребенка возникновение и выраженность ориентировочного рефлекса определяется не новизной раздражителя, а, наоборот, сходством его с теми раздражителями, которые раньше подкреплялись». Ранняя педагогическая помощь, по мнению А. И.

Мещерякова, должна стать неотъемлемой частью реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья [97].

Научные идеи А. И. Мещерякова и его предшественников легли в основу современной концепции реабилитации детей с ограниченными возможностями. Благодаря им сегодня она включает в себя систему мероприятий медицинского и психологического характера, которые направлены на профилактику, раннее восстановление и укрепление здоровья.

Психика ребенка, как сложный процесс взаимоотношений организма с окружающей средой, реализует совокупность врожденных свойств и качеств малыша, а также одновременно является результатом деятельности головного мозга (Андрианова О. С., Красногорский Н. И., Лурия А. Р.) [73, 88]. Все заболевания нервной системы в детском возрасте в той или иной степени отражаются на дальнейшем развитии ребенка, они влияют на его способность познавать мир, замедляют темп формирования возрастных психологических достижений, затрудняют реализацию познавательного потенциала и ограничивают социальные контакты ребенка. Комплексное медико-психолого-педагогическое воздействие должно осуществляться в максимально ранние сроки, когда нарушения еще обратимы, а возможности восстановления максимально высоки. Это обусловлено тем, что в первые месяцы жизни ребенка активно идет созревание нервных клеток мозга, образование между ними новых связей, что является физиологической базой психического развития.

В работах Б. Г. Ананьева, Л. И. Божович [23], Л. С. Выготского [30], Б. В. Зейгарник и др. показаны объективные возможности социально-педагогической реабилитации, которые определяются, прежде всего, компенсаторными и адаптационными функциями организма и наличием в психике человека значительных резервных сил. Посредством компенсаторной способности может быть достигнуто частичное или полное восстановление утраченных функций организма. Процесс адаптации основывается на возможностях организма изменять свою деятельность и

поведение при изменении внешних и внутренних условий. Эти два механизма - механизм компенсации и механизм адаптации - взаимно переплетаются. Они изначально присущи каждому человеку, поэтому частичная реабилитация, как общая, так и психологическая, может в известной степени произойти спонтанно. Однако для полной и стойкой реабилитации необходим длительный процесс организованных воздействий, прежде всего педагогических. В связи с этим, вопросы социально-педагогической реабилитации должны решаться не путем отдельных мероприятий, а на базе целостной организации жизни детей. Таким образом, эффективность реабилитации заключается в комплексном воздействии на психофизическую сферу ребенка. Именно в этом случае она превращается в мощный фактор восстановления, способствует психологической компенсации и адаптации детей к социальным условиям и содействует прочности результатов восстановления.

Процесс целенаправленного обучения, организованный специальным образом с опорой на ранние этапы становления психической активности будет способствовать восстановлению у детей доступных форм взаимодействия со взрослым и с окружающей средой. Самая близкая для ребенка социальная среда - это его семья. В современных психолого-педагогических исследованиях подчеркивается ее значимость в профилактике отклонений в поведении и нарушений в развитии, вызванных неблагоприятными внешними воздействиями. Именно в семье ребенок проходит первичную социализацию (Бауэр Т., Голованова Н. Ф., Дианова В. И., Закрепина А. В., Кобрина Л. М., Лисина М.И., Spenser P. J., Perone S., Buss T. A.) [12, 50, 67, 85, 163]. Чем раньше начинается оказание семье ребенка с множественными нарушениями развития психолого-педагогической поддержки, тем она эффективней.

Выводы

В настоящее время приоритетным направлением исследований в области специальной педагогики является поиск новых форм помощи детям раннего возраста с ОВЗ и их родителям.

Законодательная база позволяет начать с двух месяцев жизни коррекционно-педагогическую работу с детьми, имеющими риск или нарушения развития в организациях различных ведомств: медицинских стационарах, образовательных организациях, учреждениях социальной защиты, и, конечно в семье.

Согласно Федеральному государственному образовательному стандарту (ФГОС) обучение детей с множественными нарушениями развития должно реализоваться по индивидуальным программам, которые содержат в себе как мероприятия медицинской реабилитации и содержание педагогической помощи, так и виды социальной поддержки для максимального включения детей указанной категории в жизнь общества, что регламентируется законом «Об образовании в Российской Федерации» (Баранов А. А., Гончарова Е. Л., Кукушкина О. И., Ларикова И., Малофеев Н. Н., Никольская О. С.).

Необходимость организации специального обучения младенцев с множественными нарушениями обусловлена тем, что они имеют потенциальные возможности развития, которые не могут быть реализованы в обычных условиях воспитания и обучения.

Известно, что без специального обучения и включения родителей в педагогический процесс формирование новых психологических уровней у детей с множественными нарушениями развития происходит со значительной задержкой. У них могут появляться и закрепляться патологические особенности поведения и взаимодействия с внешним миром.

Только в результате целенаправленной специальной организации образовательного и воспитательного процессов происходит формирование новых умений и навыков, возможна их последовательная социализация.

Анализ литературы, проведенный в настоящей главе, позволил сделать вывод, что комплексная медико-психолого-педагогическая помощь детям с множественными нарушениями развития должна начинаться и осуществляться в максимально ранние сроки, когда нарушения еще обратимы, а возможности восстановления максимально высоки.

Вместе с тем, в неполной мере изучены особенности психического развития и особые образовательные потребности младенцев с множественными нарушениями, а также возможности реализации их психофизического потенциала с помощью коррекционно-педагогических технологий на самых ранних этапах онтогенеза.

ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МЛАДЕНЦЕВ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

2.1. Организация констатирующего этапа исследования

В настоящее время в Российской Федерации растет количество детей с ограниченными возможностями здоровья. При этом меняется структура их заболеваемости. Это связано с внедрением в систему здравоохранения современного медицинского оборудования, развитием репродуктивных технологий, методов диагностики и лечения (Баранов А. А., Ильин А. Г., Яцык Г. В.) [9, 101, 160]. Уровень развития современной медицины позволяет на ранних сроках выявить нарушения здоровья или отклонения в психическом развитии ребенка на ранних сроках беременности и начать комплексные мероприятия по его восстановлению и укреплению.

Наряду с этим, в специальной педагогике проводится поиск новых научных подходов, - моделей психолого-педагогической помощи детям с ОВЗ, разработка новых технологий коррекционного обучения и воспитания, внедряются различные диагностические комплексы. Все это способствует созданию специального образовательного пространства и системы обучения, способствующих формированию личности ребенка с проблемами здоровья.

По мнению отечественных психологов, вторичные отклонения в развитии у детей возникают вследствие первичных нарушений, которые приводят к отсутствию необходимых условий для полноценного развития психологического потенциала, т.е. «социальному вывиху» (Выготский Л. С.) В трудах Л. С. Выготского указывается на то, что благоприятные социальная ситуация развития и условия воспитания способствуют реализации потенциальных возможностей развития ребенка с нарушениями здоровья.

Методологической основой констатирующего этапа настоящего исследования явились положения отечественных ученых о сложной

структуре психофизических нарушений, а также взаимосвязи первичных и вторичных отклонений в развитии ребенка; о единстве законов развития нормального и аномального ребенка; о необходимости создания специальных условий воспитания для реализации потенциальных возможностей развития (Выготский Л. С., Лубовский В. И., Рубинштейн С. Л., Трошин Г. Я.) и др. [32, 87, 143]. Важными ориентирами исследования явились положения о значимости социальной ситуации развития ребенка, о психологических новообразованиях в каждом возрастном периоде (Выготский Л. С.).

Наряду с этим, в констатирующем этапе исследования учитывались достижения ученых в области диагностики психического развития ребенка (Баженова О. В., Лазуренко С. Б., Пантюхина Г. В., Печора К. Л., Фрухт Э. Л.) [7, 75, 112]. Для своевременного выявления нарушений нервно-психического развития отечественными педиатрами разработаны нормативные показатели и эффективные методы диагностики развития детей младенческого возраста. Диагностические методы направлены на определение соответствия или несоответствия формирования детской психики возрастным нормативам, а также раннее выявление признаков нарушения нервно-психического развития (Козловская Г. В., Мастюкова Е. М., Щелованов Н. М.) [68, 95, 157].

Диагностикой развития называют систему исследовательских приемов, цель которых - определение актуального психического развития ребенка и его соотнесение с показателями онтогенетического развития физиологического возраста (Венгер Л. А., Выготский Л. С., Гальперин П. Я., Лурия А. Р., Рубинштейн С. Л. и др.) [28, 32, 88]. При определении реальных возможностей ребенка фиксируются его психологические достижения в основных линиях развития, ведущей и типичных видах деятельности, т.е. то, что уже созрело и завершило свое становление на данном возрастном этапе. Из анализа литературных источников известны закономерности психического развития детей, неравномерность и разновременность созревания отдельных сторон личности и ее свойств. Поэтому вторую,

самую главную и трудную задачу диагностики развития составляет определение находящихся в процессе формирования процессов и функций. Важно выявить не только актуальные возможности ребенка, но и его потенциальные возможности «зону ближайшего развития» (Выготский Л. С.). Именно результаты соотношения этих двух показателей дает возможность педагогу разработать содержание коррекционного обучения ребенка.

В настоящее время важное значение имеет максимально ранняя диагностика. Специфика раннего психологического диагностирования связана с системным анализом клинических данных и самых ранних этапов детского развития, в контексте социальной ситуации развития.

Для объективной оценки психического развития необходимо комплексное обследование ребенка: изучается его физиологический, соматический, неврологический статус, уровень нервно-психического развития и социальной активности. Целью комплексной диагностики является не только выявление симптоматики, но и систематизирование обнаруженных симптомов, соотнесение их проявлений с текущим этапом развития ребенка, установление причинно-следственных связей между нарушениями здоровья и отклонениями в психическом развитии, определение актуального психического развития и «зоны ближайшего развития».

Для оценки состояния клинических показателей имеются объективные методы. Однако, для диагностики психического развития младенцев практики пользуются разными методиками, и до сих пор не существует единого подхода к этому процессу и обобщению результатов подобных обследований.

Основная задача констатирующего этапа исследования заключается в апробации традиционных диагностических методик и выборе из их числа наиболее эффективных, позволяющих получить максимально полную информацию о состоянии психического развития младенцев с перинатальной патологией ЦНС различной этиологии и степени тяжести. Важно было понять, позволяют ли результаты этих обследований выявить соотношение актуального

психического развития ребенка и зоны его ближайшего развития, т.е. предоставить педагогу-дефектологу информацию, необходимую для разработки содержания индивидуальных образовательных программ коррекционного обучения.

2.2. Задачи и методическое обеспечение констатирующего этапа исследования

В констатирующей части исследования решались следующие задачи:

- провести психолого-педагогическое обследование младенцев с перинатальной патологией ЦНС различной этиологии и степени тяжести,
- определить специфику организации процедуры психолого-педагогического обследования младенцев с перинатальной патологией ЦНС различной этиологии и степени тяжести, используя известные методики (ГНОМ и методика диагностики нервно-психического развития детей первого года жизни авторов Г. В. Панюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт);
- сравнить результаты психолого-педагогического обследования с клиническими данными о состоянии здоровья младенцев указанной категории.

В процессе проведения констатирующего этапа исследования использовались следующие методы: изучение анамнеза, психолого-педагогическое обследование, структурированная беседа с матерью, лечащим врачом, наблюдение.

Первая методика, которая использовалась в ходе психолого-педагогического обследования - оценка нервно-психического развития младенца (методика ГНОМ), с определением коэффициента психического развития (КПР) (разработанная Г. В. Козловской, М. А. Калининой, А. В. Горюновой) [68]. Согласно этой методике выделяются определенные психические сферы развития. Все они характеризуются показателями, комплексно отражающими определенные области развития и поведения

младенца. Данная методика позволяет выявить начальные проявления психических расстройств у детей начиная с первого месяца жизни.

Тест ГНОМ включает 12 подтестов: по одному на каждый месяц жизни ребенка. Подтесты состоят из 20 вопросов о состоянии и развитии пяти основных нервно-психических функций: сенсорных, моторных, эмоционально-волевых, познавательных и поведенческих. Для обследования уровня созревания каждой функции предлагаются 4 задания. В сенсорной сфере изучаются, зрительная, слуховая и тактильная чувствительность. Для определения состояния моторики тестируются четыре параметра этой функции: статика, кинетика, тонкая моторика и мимика. В эмоционально-волевой сфере исследуются: формирование и дифференцировка эмоциональных реакций, появление и характер эмоционального резонанса (способности воспринимать эмоциональное состояние других людей и адекватно на него реагировать), а также, волевые реакции, которые исследуются в двух качествах: активная и пассивная произвольность. Познавательные функции изучаются по четырем позициям: речь, мышление, игра и внимание. Тестирование поведенческих функций разбито на два раздела: биологическое (пищевое поведение и динамика формирования навыков опрятности) и социальное поведение; в каждом из этих разделов которых по два задания. Данная методика не предполагает оценки качества выполнения каждого задания, учитывается только факт выполнения. За каждое выполненное задание ребенок получает 5 баллов, за невыполненное – 0 баллов. Задание считается выполненным, если у ребенка наблюдалась нужная реакция, хотя бы на один вопрос внутри теста данной функции. При отсутствии критериев оценки состояния отдельных функций в определенные периоды жизни, например, мышление и речь в возрасте одного месяца автоматически выставляется оценка 5 баллов.

По результатам данного обследования устанавливается коэффициент психического развития здоровья (КПР), который выражается в стандартизированных единицах. Показатель нормального нервно-

психического развития КПП в пределах от 90 до 110 баллов. Если КПП находится в пределах 80-89 баллов или превышает 111 баллов (опережающее развитие), ребенка относят к группе риска возникновения нервно-психической активности, КПП составляет ниже 79 баллов.

Вторая методика, которая использовалась при психолого-педагогическом обследовании, - это методика диагностики и качественного описания нервно-психического развития детей первого года жизни. Она разработана в Российской медицинской академии последипломного образования на кафедре физиологии развития и нетрадиционных методов оздоровления детей раннего возраста (авторы Г. В. Пантюхина, К. Л. Печора и Э. Л. Фрухт) [112]. Методика позволяет на ранних сроках выявить отклонения в здоровье детей и установить степень их отставания в нервно-психическом развитии. С ее помощью мы выявили темп психического развития обследуемых детей. Методика ориентирована на качественную оценку развития ребенка (балльные оценки не выставляются).

Выделены следующие содержательные линии развития младенца: развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций, эмоций и предпосылок социального поведения, движений общих, движений руки и действий с предметами, предпосылок активной речи и понимания речи, навыков в режимных процессах. В качестве показателя нормального развития принято овладение умениями уровня определяемого возраста + 15.

Практическое применение этой методики позволяет получить характеристику развития ребенка и установить степень отставания в нервно-психическом развитии.

Известно, что психическое развитие ребенка зависит от многих факторов: протекание беременности матери, наличие патологий во время нее, особенности родов. Именно эти этапы оказывают сильное влияние на внутриутробное развитие плода, его дальнейшую внеутробную адаптацию, формирование психических функций (Бадалян Л. О., Барашнев Ю. И., Журба Л. Т., Студеникин В. М., Яцык Г. В.) [5, 11, 49, 141, 160]. В связи с этим мы

сочли необходимым внимательно изучить общие сведения об акушерско-гинекологическом анамнезе матерей, особенностях течения беременности, характере родоразрешения, состоянии ребенка при рождении и особенностях течения раннего неонатального периода.

2.3. Организация, содержание и результаты констатирующего этапа исследования

Констатирующий этап исследования проводился в 2011 – 2013 гг. в Федеральном государственном автономном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации (отделения патологии раннего детского возраста, психосоматической и неврологической патологии). В процессе комплексной медицинской реабилитации дети получали необходимое медикаментозное лечение, соответствующее их состоянию здоровья, и помощь специалистов различного профиля. Для диагностики состояния детей использовались современные инструментальные методы.

По методике ГНОМ за эти годы было обследовано 968 детей с перинатальной патологией ЦНС различной этиологии и степени тяжести в возрасте от 3 до 4 месяцев. Обследование каждого ребенка осуществлялось в моменты стабилизации соматического и неврологического состояния здоровья. Время проведения и его длительность определялось по согласованию с лечащим врачом. Диагностическая процедура проходила в присутствии матери или другого близкого взрослого (в редких случаях), утром, до кормления или спустя 1-1,5 часа после него, в период бодрствования ребенка, в спокойной обстановке. Обследование не совпадало с режимными моментами, не проводилось сразу после медицинских исследований или реабилитационных мероприятий (физио-процедуры, массаж, лечебная физкультура). Обследование проходило в светлом и теплом помещении (палата или специальная игровая комната с пеленальным столом и мягкой зоной).

Некоторым детям требовалась тактильная близость матери, в этом случае в начале обследования она брала ребенка на руки. Для проведения диагностических тестов специального инструментария не требовалось. Использовались яркие погремушки среднего размера, звучащие игрушки. Кроме этого педагог применял тактильные стимулы (прикосновения, поглаживание).

Критериями включения детей в исследование являлись следующие показатели:

- возраст (3-4 месяца),
- наличие перинатальной патологии ЦНС,
- отсутствие тотального поражения анализаторов.

После проведения психолого-педагогического обследования по методике ГНОМ все дети (968 младенцев) были разделены на четыре группы. Первую - **группу «риска»** - составили 490 младенцев, которые набрали 80 -89 баллов. Во вторую - **группу «патологии»** - вошли 273 ребенка, набравшие 60 - 79 баллов. Третью - **группу «выраженной патологии»** - составили 138 младенцев, которые набрали 30 - 59 баллов. В четвертую - **группу «значительно выраженной патологии»** - вошли 67 детей, набравшие 29 и ниже баллов.

Рассмотрим результаты обследования детей всех групп по методике ГНОМ.

Группу «риска» составили 490 младенцев, набравших по результатам обследования 80 - 89 баллов. Все они выполняли большинство заданий теста для их физиологического возраста с разной степенью успешности. Психическое развитие детей этой группы незначительно отставало от онтогенетического норматива. В методике ГНОМ данный вариант развития называется «задержанным».

У всех младенцев фиксировались устойчивые разнообразные безусловно-рефлекторные реакции; у 206 детей (42 %) в период бодрствования наблюдались условно-рефлекторные реакции. При воздействии обычных сенсорных стимулов возникала произвольная

двигательная активность, выражающаяся в умении группироваться, удерживать голову при взятии на руки взрослым или смене положения тела в пространстве. При нахождении в разных положениях (на спине, животе, боку, на руках матери) малыши останавливали взгляд на лице взрослого, предметах-стимулах. Они могли долго поддерживать зрительный контакт, разглядывали игрушки, случайно вскидывали руки, направляли их к близко расположенному предмету, стремились коснуться его, раскрывая при этом кулак и самостоятельно захватывая расположенную непосредственно над рукой игрушку. Младенцы по-разному реагировали на звуки окружающей среды: прислушивались, затормаживая движения, спустя несколько секунд совершали поисковые движения головой, пытаясь найти источник звука взглядом. Путем совершения активных движений конечностями и корпусом, они могли изменить положение, повернуться на бок. На смену позы - выкладывание на живот - дети реагировали спокойно, могли долго лежать в этом положении, при желании приподнимались, опираясь на локти, поднимали и удерживали голову, фиксировали взглядом игрушки, наблюдали за перемещением близкого человека. Спокойно выдерживали процедуру подготовки к приему пищи, ожидали его. О своих физиологических и психологических потребностях (чувстве голода, усталости, дискомфорте) сообщали криканием, голосовыми вокализациями, отдельными звуками речи, чаще интонированными гласными в сочетании с заднеязычными согласными. Все дети группы придерживались режима дня. В период бодрствования у них наблюдалась самостоятельная психическая активность, а само бодрствование можно было охарактеризовать как активное.

При изучении медицинских сведений о состоянии здоровья детей группы «риска» было установлено, что рождены они женщинами в возрасте 20-32 лет, отягощенный анамнез отмечался у 25,8 % матерей. Доношенными родились 367 (74,9 %) малышек, из них 339 — с массой тела от 2960 до 3500 г и 28 — с массой тела от 2000 до 2500 г. Их состояние после родов

расценивалось, как удовлетворительное было диагностировано легкое гипоксическое или ишемическое поражение ЦНС. Оставшиеся 123 младенца (25,1 %) родились на разных сроках гестации, из них 21 младенец с массой тела 2600-3300 г и 102 ребенка с массой тела 1500-2450 г. Состояние этих детей после родов расценивалось как среднетяжелое вследствие отрицательного влияния патологии родовой деятельности. На момент рождения дети испытали воздействие нескольких негативных факторов, что обусловило наличие у них гипоксически-ишемического поражения ЦНС средней тяжести и различных нарушений здоровья.

С помощью современных методов диагностики у детей группы «риска» были выявлены заболевания опорно-двигательного аппарата (29,1 %), органов дыхания (12,8 %), нарушения работы желудочно-кишечного тракта (30,8 %), болезни сердечно-сосудистой системы (9,7 %). Функциональные нарушения структур головного мозга были выявлены у 37,5 % детей, а у 11,6 % отмечались отдельные нарушения работы мозга.

Результаты психолого-педагогического обследования по методике ГНОМ детей группы «риска» представлены в таблице 1 и на рис. 1.

Таблица 1

Результаты обследования детей группы «риска» в возрасте 3-4 месяцев по методике ГНОМ

Психическая сфера	Проверяемая область	Реакция	Наличие реакции (показатель 3 мес.)
Сенсорика	Зрение	Прослеживание взглядом за движением игрушки с поворотом головы	+
	Слух	Локализация источника звука взглядом и	+

		поворотом головы	
	Рефлекторная тактильная чувствительность	Ответная реакция на тактильное раздражение кожи с поворотом головы к месту прикосновения	+
	Индивидуальная тактильная чувствительность	Положительная реакция на прикосновение	+
Моторика	Статика	Хорошее удержание головы в любом положении тела, опора на предплечья в любом положении	+
	Кинетика	Активное стремление принять произвольное положение в кровати, активные повороты на бок	+
	Мелкая моторика	Формирование умения произвольного хватания. Угасание хватательного рефлекса	+
	Мимика	Дифференцированные мимические движения	+
Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	Формирование «комплекса оживления»	-
	Эмоциональный резонанс	Адекватные ответные реакции	+
	Спонтанная	Попытка самоорганизации	+

		активность	поведения в период бодрствования	
		Ответная активность	Включение во взаимодействие по инициативе взрослого	–
Познавательные функции		Внимание	Избирательное сосредоточение внимания на одном объекте	+
		Речь экспрессивная	Спонтанное гуление, самоговoreние, голосовое подражание обращенным звукам взрослого	+
		Речь импрессивная	Не тестируется	–
		Мышление	Узнавание знакомых ситуаций: кормление, купание	+
		Игра	Игровые манипуляции с руками и нецеленаправленные прикосновения к подвешенным игрушкам	+
Поведение	биологическое	Пищевое поведение	Сохранение пищевой доминанты	+
		Предикторы навыков опрятности	Реакция дискомфорта на белье	+
	социальное	Система «мать-дитя»	Формирование навыка выделения матери из	–

			окужающих взрослых	
		Внешние контакты	Формирование навыка привлечения к себе внимания взрослых	+

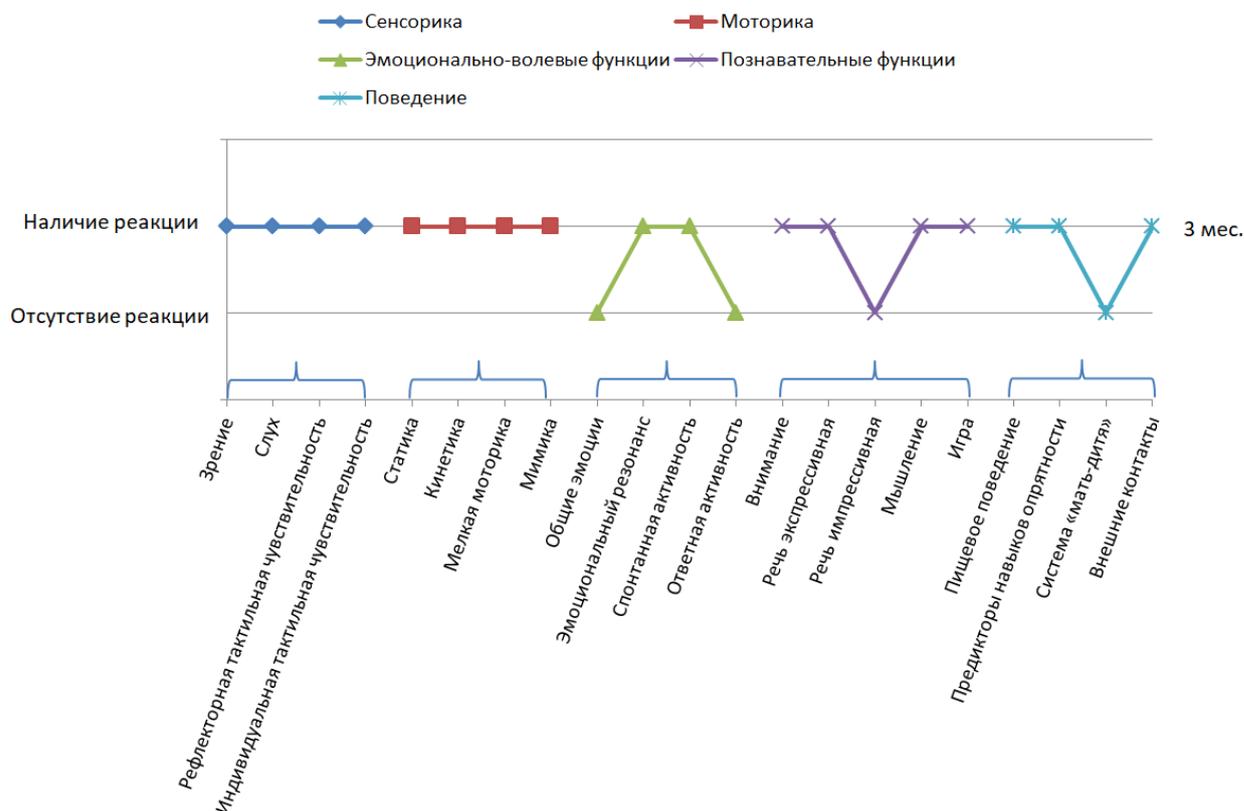


Рис. 1. Результаты обследования детей группы «риска» в возрасте 3-4 месяцев по методике ГНОМ.

Итак, согласно данным психолого-педагогического обследования, у детей группы «риска» актуальным психологическим достижением являлся устойчивый безусловно-рефлекторный способ взаимодействия с элементами условно-рефлекторного взаимодействия в обычных условиях, зона ближайшего психического развития обнаруживается в развитии условно-рефлекторного взаимодействия с внешним миром.

В группу «патологии» вошли 273 младенца, которые по результатам обследования по методике ГНОМ набрали 60 - 79 баллов. Им были доступны не более 75% заданий теста для их физиологического возраста. Указанный

вариант развития в методике определен как «нарушение нервно-психического развития».

Дети этой группы показали следующие психологические достижения. При воздействии различных сенсорных стимулов безусловно-рефлекторные ответы наблюдались со всех анализаторов, возникали быстро, но отличались неустойчивостью. При появлении в поле зрения ребенка предмета или лица взрослого происходила фиксация на объекте и кратковременное сосредоточение взгляда; повторную реакцию можно было вызвать только после непродолжительного отдыха. На воздействие звуковых стимулов дети реагировали изменением мимики, слуховым сосредоточением, появлением поисковых движений головы и глаз, их однократным направлением в сторону источника звука. В результате хаотичных движений руками дети наталкивались на предметы, касались их, после чего раскрывали кулак, но захватить предмет не могли, а предмет, вложенный им в руку, удерживали недолго. Необходимо отметить, что даже непродолжительная сенсорная стимуляция вызывала повышение двигательной активности и вегетативную симптоматику, что свидетельствовало о возбуждении и необходимости пауз во время обследования. Малыши могли поднять и непродолжительно удержать голову, совершали дискоординированные движения конечностями в положении лежа на спине. При изменении положения тела в пространстве, взятии на руки дети длительно группировались, но удобное положение самостоятельно принять не могли. В момент общения с близким взрослым у детей можно было вызывать непродолжительные условно-рефлекторные реакции, что расценивалось как наличие возрастных психологических способов взаимодействия. В состоянии комфорта младенцы издавали отдельные звуки, реже делали так с целью сообщения об усталости, потребности в общении, дискомфорте. О физиологических и психологических потребностях информировали изменением поведения, крихтением, плачем. Режим дня у всех детей был сформирован нестойко, периоды бодрствования проходили пассивно, интерес к окружающей среде и

сенсорным стимулами был непродолжительным, двигательная активность возникала редко.

Возраст матерей в группе «патологии» составил от 18 до 38 лет, отягощенный анамнез отмечался у 44,3 % женщин. 198 младенцев (72,5 %) родились доношенными в удовлетворительном состоянии с гипоксическим или ишемическим поражением ЦНС легкой степени. Из них 167 младенцев имели массу тела 2800-3370 г, у 31 ребенка масса тела была низкой — 1580-2400 г. Раньше срока родилось 75 детей (27,5 %), из них с массой тела от 2600 до 3200 г — 8, с низкой массой тела (1900-2480 г) — 61. Состояние всех 75 детей после родов расценивалось, как среднетяжелое в силу гипоксически-ишемического поражения ЦНС средней тяжести. 2,2 % всех малышей (6 человек) имели массу тела менее 1500 г. После рождения у них отмечалось тяжелое состояние с сочетанным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС. Они нуждались в интенсивной терапии для адаптации к условиям внешней среды.

С помощью клинических методов диагностики у детей были выявлены различные патологии систем и структур головного мозга, в 28,9 % случаев функциональные. У 23% младенцев нашли нарушений нервной системы. Наряду с этим были диагностированы нарушения работы опорно-двигательного аппарата (28,8 %), органов дыхания (24,5 %), нарушения желудочно-кишечного тракта (43,5 %), болезни сердечно-сосудистой системы (19,7 %).

Результаты психолого-педагогического обследования по методике ГНОМ детей группы «патологии» представлены в таблице 2 и на рис. 2.

Таблица 2

Результаты обследования детей группы «патологии» в возрасте 3-4
месяцев по методике ГНОМ

Психическая сфера	Проверяемая область	Реакция	Наличие реакции (показатель 3 мес.)
Сенсорика	Зрение	Прослеживание взглядом за движением игрушки с поворотом головы	+
	Слух	Локализация источника звука взглядом и поворотом головы	+
	Рефлекторная тактильная чувствительность	Ответная реакция на тактильное раздражение кожи с поворотом головы к месту прикосновения	+
	Индивидуальная тактильная чувствительность	Положительная реакция на прикосновение	+
Моторика	Статика	Хорошее удержание головы и опора на предплечья в любом положении тела	+
	Кинетика	Активное стремление принять произвольно положение в кровати, повороты на бок	+

	Мелкая моторика	Формирование навыка произвольного хватания. Угасание хватательного рефлекса	+
	Мимика	Дифференцированные мимические движения	+
Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	Формирование «комплекса оживления»	-
	Эмоциональный резонанс	Адекватные ответные реакции	+
	Спонтанная активность	Попытка самоорганизации поведения в период бодрствования	-
	Ответная активность	Включение во взаимодействие по инициативе взрослого	-
Познавательные функции	Внимание	Избирательное сосредоточение внимания на одном объекте	+
	Речь экспрессивная	Спонтанное гуление, самоговорение, голосовое подражание обращенным звукам взрослого	-
	Речь импрессивная	Не тестируется	-
	Мышление	Узнавание знакомых ситуаций: кормление, купание	-
	Игра	Игровые манипуляции с	+

			руками и нецеленаправленные прикосновения к подвешенным игрушкам	
Поведение	биологическое	Пищевое поведение	Сохранение пищевой доминанты	+
		Предикторы навыков опрятности	Реакция дискомфорта на белье	+
	социальное	Система «мать-дитя»	Формирование навыка выделения матери из окружающих взрослых	-
		Внешние контакты	Формирование навыка привлечения к себе внимания взрослых	+

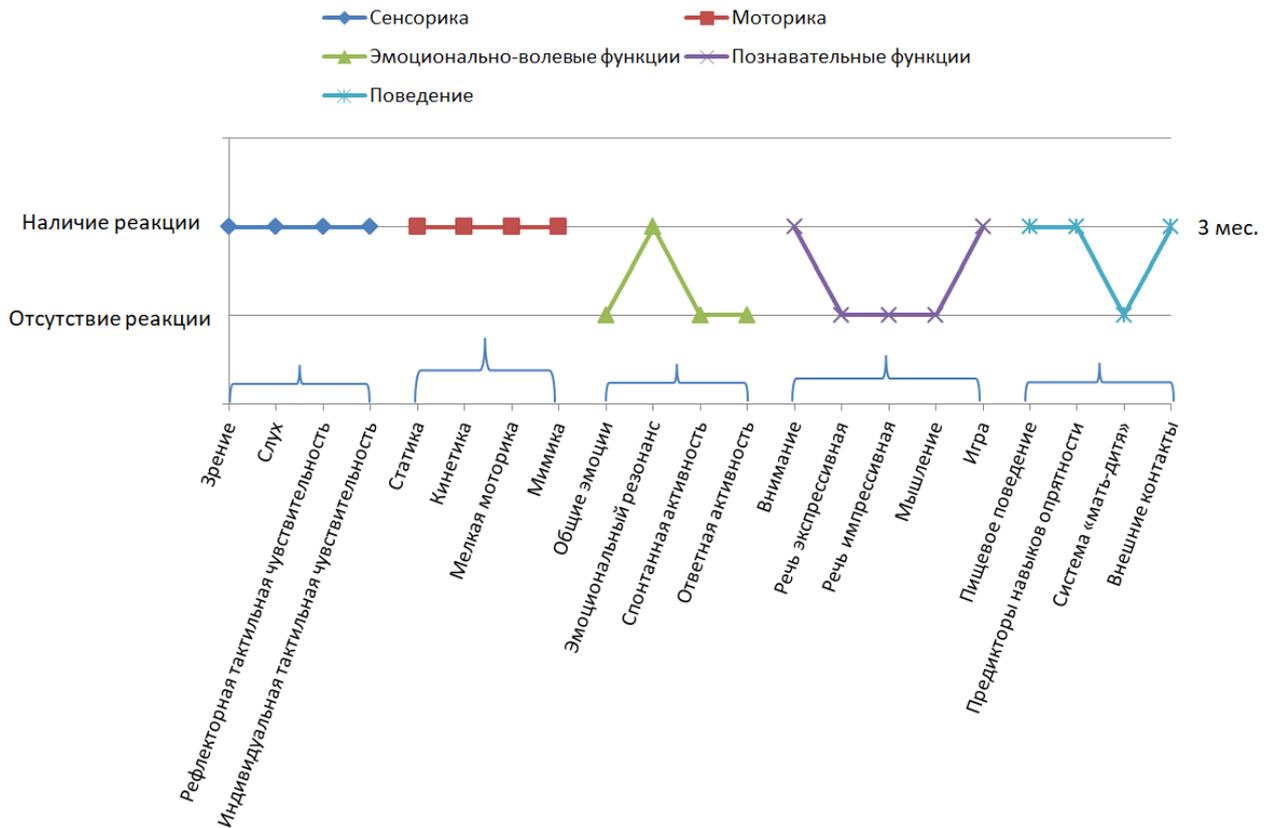


Рис. 2. Результаты обследования детей группы «патологии» в возрасте 3-4 месяцев по методике ГНОМ.

Таким образом, у детей группы «патологии», согласно данным психолого-педагогического обследования, актуальным психическим достижением являлся несовершенный безусловно-рефлекторный способ взаимодействия, а зона ближайшего психического развития определяется проявлением элементов условно-рефлекторного взаимодействия с внешним миром.

В группу «выраженной патологии» вошли 138 младенцев, которые набрали 30 - 59 баллов, выполнив только 40 % заданий теста для первого месяца жизни. Полученные в ходе психолого-педагогического обследования проявления психической активности были минимальными. Зафиксированные безусловно-рефлекторные реакции характеризовались сглаженностью и нечеткостью, а в поведении детей отмечалась неспособность к самостоятельному взаимодействию с окружающей средой.

В процессе наблюдения за поведением детей этой группы в первую очередь, были выявлены трудности в налаживании режима дня, соблюдении

циркадного ритма (биологических процессов, связанных со сменой дня и ночи). Большинство младенцев (91, 71 %) просыпались за несколько минут до кормления, при отсроченном начале приема пищи у них появлялось спонтанное двигательное возбуждение, переходящее в беспокойство, сопровождающееся громким криком. Остальные дети (29 %) могли пропустить кормление. Для пробуждения и осуществления приема пищи они нуждались в создании специальных условий (изменении положения, раздевании, тактильном воздействии). В процессе кормления дети не могли самостоятельно принять удобное положение на руках матери, женщинам приходилось создавать подходящую ситуацию для их полноценного насыщения: поддерживать ребенка одной рукой за плечи и зону шеи, а другой — направлять грудь или бутылку к его рту. Дети не сразу присасывались к груди или бутылочке, требовалась дополнительная стимуляция: прикосновение к губам ребенка, приоткрывание его рта. При попадании бутылочки в рот взрослый помогал ребенку, нажимая пальцем на точку под его подбородком. Акт сосания проходил медленно: младенцы сосали вяло, быстро уставали, при приеме пищи делали паузы, могли прекратить прием его. После небольшого отдыха не могли найти грудь или бутылочку, снова нуждались в помощи: последующее сосание было таким же неинтенсивным. После кормления дети непродолжительное время оставались в своей кроватке.

Зрительный контакт с матерью устанавливался как в момент кормления, так и при наличии дополнительного эмоционального обращения с ее стороны, привлечении внимания к лицу с помощью тактильного воздействия (удержание рук ребенка на лице, мягкое поглаживание своих щек его руками). При длительном общении ребенок мог продемонстрировать кратковременное изменение мимики: вытягивание губ вперед по типу хоботка при зрительном контакте. Сосредоточение на внешнем раздражителе (контрастный предмет, игрушка крупного размера), появившемся в поле зрения на высоте 50-70 см над грудью ребенка, было кратковременным и

нестойким: дети реагировали изменением амплитуды движения глазных яблок, и быстро перемещали фокус зрения на другую яркую деталь. Элементы отсроченного слежения проявлялись у них сглажено и с опозданием, движения глаз были скачкообразные.

На предъявление громкого раздражителя дети демонстрировали следующие реакции: вздрагивание всем телом, слуховое сосредоточение в виде замирания, спонтанное частое мигание. При многократном предъявлении звука или смене звуковой подачи (громкость, тональность) фиксировалось более длительное слуховое сосредоточение, а также изменение мимики.

На ласковое обращение, прикосновение рук взрослого и поглаживание по разным частям тела демонстрировались реакции замирания, спонтанные и хаотичные сокращения губных мышц, в отдельных случаях приоткрывание рта, растягивание губ в подобие нечеткой улыбки. В большинстве случаев у детей наблюдались следующие проявления: в положении на спине - нерезкая флексорная поза со сжатыми кулаками, в силу усиления тонуса мышц-сгибателей, «червеобразные» движения пальцами, хаотичные движения конечностями, причем спонтанная двигательная активность угасала крайне медленно. На смену своего положения (выкладывание на живот) младенцы реагировали спокойно, выражение лица не менялось, при воздействии сенсорного раздражителя наблюдалось изменение мимики: появлялись гримасы удовольствия или неудовольствия. В этом положении у детей отмечались попытки оторвать голову от поверхности, при этом они помещали напряженные руки под грудь, невысоко приподнимали голову и удерживали ее в поднятом положении несколько секунд, после чего опускали. Для повторения этой реакции требовалась стимуляция со стороны взрослого: поглаживающие движения рукой по спине ребенка. В вертикальном положении на руках взрослого у детей отмечалась несформированность моторной координации: они плохо группировались, голову удерживали несколько секунд, а затем опускали ее на плечо

взрослого, нуждались в дополнительной стимуляции к повторному поднятию головы; при создании более комфортного положения осуществляли повороты головой в разные стороны. В спокойном состоянии, лежа на спине, дети разжимали и сжимали кулачки, совершали медленные движения пальцами. Непроизвольно наталкиваясь на близкорасположенные предметы, они этом замирали на несколько секунд, появлялась реакция сосредоточения, после чего снова начинались хаотичные движения.

Анализ клинических сведений о детях указанной группы показал, что они были рождены женщинами в возрасте 19-39 лет. Отягощенный акушерский анамнез отмечался в большинстве случаев (74,6 %): беременность протекала с осложнениями, в связи с чем, женщины на разных сроках проходили лечение в стационаре. Остальных матерей (25,6 %) можно было отнести к условно здоровым. У большинства женщин (54,3 %) роды протекали с осложнениями, применялись оперативное вмешательство и вспомогательные процедуры (наложение щипцов, применение вакуум-экстактора, ручное отделение последа, анестезиологические пособия). По показаниям массы тела дети распределились следующим образом: доношенными родилось 86 младенцев (62,3 %), из них с массой тела от 2760 до 3400 г — 87,2 %, с низкой массой (1690-2400 г) — 12,8 %. Состояние этих детей после рождения оценивалось врачами как среднетяжелое и со среднетяжелым сочетанным перинатальным поражением ЦНС. Раньше срока появились 52 младенца (37,7 %), из них 9 — с массой тела от 2550 до 3500 г, 32 — с массой тела от 1500 до 2500 г и в тяжелом состоянии после рождения, 11 — с массой тела ниже 1500 г и в крайне тяжелом состоянии после рождения. Дети не могли самостоятельно адаптироваться к условиям внешней среды из-за тяжелого сочетанного поражения ЦНС со значительными церебральными нарушениями, а также из-за выраженной неврологической симптоматики и других сопутствующих заболеваний. Сразу после рождения проводились реанимационные мероприятия, применялись методы интенсивной терапии. В отделении реанимации дети находились от 5 до 18

дней. Стабилизация состояния здоровья происходила лишь в начале второго месяца жизни.

С помощью современных методов диагностики у детей группы «выраженной патологии» были установлены различные нарушения структур и систем головного мозга: внутричерепная гипертензия — у 52,1 % детей, внутрижелудочковые кровоизлияния — у 19,5 %, субэпидермальные кровоизлияния — у 15,2 %, врожденные пороки развития головного мозга — у 9,4 %. Наряду с этим у младенцев отмечались заболевания опорно-двигательного аппарата в 57,2 % случаев, болезни органов дыхания — в 49,2 % случаев, нарушения желудочно-кишечного тракта — в 29,7 % случаев, болезни сердечно-сосудистой системы — в 35,5 % случаев.

Результаты психолого-педагогического обследования по методике ГНОМ детей группы «выраженной патологии» представлены в таблице 3 и на рис. 3.

Таблица 3

Результаты обследования детей группы «выраженной патологии» в возрасте 3-4 месяцев по методике ГНОМ

Психическая сфера	Проверяемая область	Реакция	Наличие реакции (показатель 1 мес.)
Сенсорика	Зрение	Фиксация на игрушке или лице в течение 6-7 секунд	+
	Слух	Слуховое сосредоточение в виде замирания, двигательного оживления, мигания	+
	Рефлекторная тактильная	Реакция сосредоточения в виде двигательного	+

	чувствительность	замирания, приоткрывания рта	
	Индивидуальная тактильная чувствительность	Нет реакции	–
Моторика	Статика	Подъем головы и ее удержание до 10-15 с.	+
	Кинетика	Возможность вызвать проверяемые возрастные безусловные рефлексы	+
	Мелкая моторика	Руки сжаты в кулаки, периодически они разжимаются и совершают червеобразные движения пальцами	+
	Мимика	Присутствует соматомимический комплекс удовольствия/неудовольствия в ответ на внешние раздражители	+
Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	Недифференцированные реакции удовольствия или неудовольствия	+
	Эмоциональный резонанс	Не тестируется	–
	Спонтанная активность	В состоянии бодрствования отмечаются спонтанные реакции (двигается,	–

		смотрит, реагирует на звук) без предъявления стимулов	
	Ответная активность	Нет реакции	–
Познавательные функции	Внимание	Наличие кратковременного зрительного и слухового сосредоточения на объекте и появление ротового внимания (движение губ по типу хоботка)	–
	Речь экспрессивная	Нет реакции	–
	Речь импрессивная	Не тестируется	–
	Мышление	Не тестируется	–
	Игра	Не тестируется	–
Поведение	биологическое	Пищевое поведение	Нет реакции
		Предикторы навыков опрятности	Нет реакции
	социальное	Система «мать-дитя»	Нет реакции
		Внешние контакты	Нет реакции

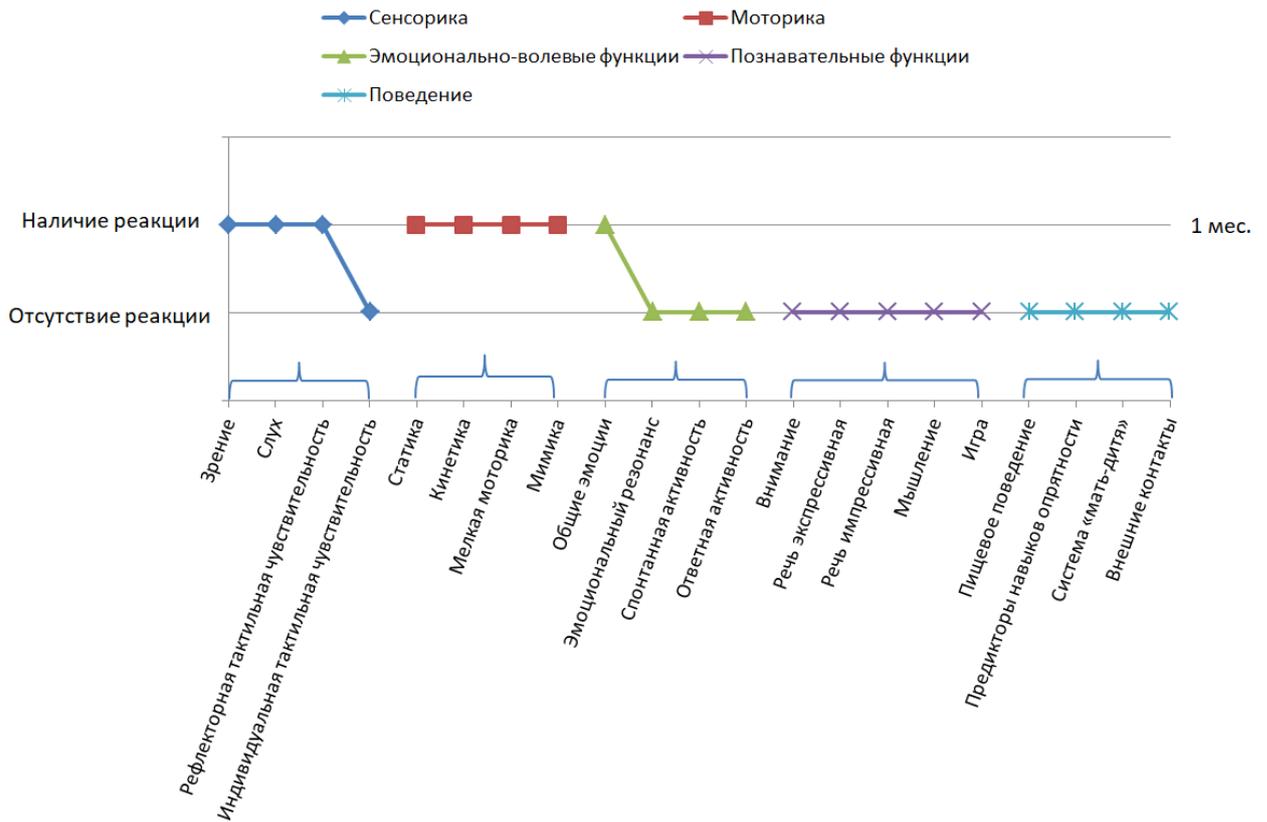


Рис. 3. Результаты обследования детей группы «выраженной патологии» в возрасте 3-4 месяцев по методике ГНОМ.

Таким образом, у детей группы «выраженной патологии» выявить актуальные психологические достижения не удалось. Эти дети не смогли выполнить 50 % заданий теста. Их ответные безусловно-рефлекторные реакции отличались незрелостью, быстрой истощаемостью. Для получения полноценной реакции требовалось повторное стимулирующее воздействие.

Группу значительно «выраженной патологии» составили 67 младенцев, набравших 29 баллов и ниже. Все они выполнили только 20 % заданий теста для первого месяца жизни, т.е. диагностические возможности данной методики не позволили зафиксировать у них актуальных психологических достижений.

У детей указанной группы отмечалось выраженное нарушение ритма сна и бодрствования, крайняя пассивность в периоды бодрствования, и резко сниженная двигательная активность. Часть детей (38, 56,7 %) отличались повышенной возбудимостью и беспокойством, плохо засыпали, сон был кратковременным, успокаивались они сложно и только в привычном

положении, на руках близкого человека. Другие дети были пассивны. Они не просыпались к кормлению, на попытку разбудить их реагировали крайне негативно, пробуждались долго, у них появлялся тихий, монотонный, плохо модулированный плач, гримасы недовольствия. Матери этих детей отмечали повышенное возбуждение ребенка при приеме пищи, они вынуждены были создавать ему удобное положение: крепко прижимали его к себе, придавали ему физиологическую позу («позу эмбриона»), фиксировали ему голову и плечи, таким образом, сглаживая двигательное возбуждение и успокаивая его. Дети долго не могли взять грудь или бутылочку, совершали спонтанные движения головой, открывали рот, смыкали губы, долго присасывались. Кормление всех детей этой группы осуществлялось дробно и часто, т. к. малыши сосали крайне вяло, медленно, нуждались в частой стимуляции, быстро уставали и засыпали, не съедая всей порции.

При появлении яркого света перед лицом дети опускали веки и через несколько секунд сильно зажмуривали глаза, открывали их только после исчезновения света. Только при многократном предъявлении стимула в комфортном для ребенка положении появлялась фиксация взора. Однако она была мгновенной (не более 1-2 секунд) и расценивалась как спонтанный физиологический ответ. При неожиданном громком звуке младенцы вздрагивали всем телом, часто моргали, на лице появлялась мимолетная гримаса недовольствия. Реакция на обычный звуковой стимул не фиксировалась. Если в момент воздействия звукового раздражителя ребенок плакал, его поведение резко менялось: он замирал и прекращал плач на 1-3 секунды. На тактильное раздражение отдельных частей тела или лица младенцы реагировали отсроченными моментами замирания, напряжением мышц лицевой мускулатуры и зависанием взора с последующим появлением множественных беспорядочных движений конечностями. При выкладывании на живот дети сохраняли то положение, которое им придавал взрослый, не отрывали голову от поверхности, кулаки были сжаты, наблюдались произвольные движения всем телом. Принять более комфортное

положение или как-то изменить свою позу не пытались. Отмечались гримасы неудовольствия на неприятные тактильные стимулы.

Анализ клинических сведений о детях этой группы показал, что они были рождены женщинами в возрасте 18-42 лет. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез отмечался в большинстве случаев (86,5 %): беременность протекала с угрозой прерывания на всем ее протяжении и с различными осложнениями, в связи с чем женщины неоднократно находились в медицинских стационарах. У 42 женщин (63,7 %) роды протекали с осложнениями, применялось оперативное вмешательство. Доношенными родились 25 (86,5 %) детей, из них с массой тела от 2550 до 3500 г — 7, с низкой массой (1500-2500 г) — 18. Состояние этих детей после рождения врачи оценивали как тяжелое из-за сочетанной патологии нервной системы. Раньше срока появились 42 ребенка (62,7 %), из них 25 — с массой тела от 1500 до 2500 г и 17 — с массой тела ниже 1500 г. Состояние всех недоношенных детей было тяжелым или крайне тяжелым, сразу после рождения они были переведены в реанимационное отделение, где для сохранения их жизни применялись высокотехнологичные методы интенсивной терапии, в том числе ИВЛ. В общей сложности в реанимации они провели от 12 до 28 дней. Стабилизации состояния здоровья происходила в конце второго месяца жизни.

С помощью современных методов диагностики у 59,7 % детей группы «выраженной патологии» были обнаружены сочетанные нарушения морфологического строения и функционирования структур и систем головного мозга. Это проявилось в виде: внутрижелудочковых (37,3 %) и субэпидермальных (20,8 %) кровоизлияний, врожденных пороков развития головного мозга (46,2 %), задержки процесса миелинизации (7,3 %), а также кист головного мозга (10,4 %). У 2,9 %, детей выявлена микроцефалия, у 7,4 % — гидроцефалия. Наряду с этим у младенцев отмечались заболевания опорно-двигательного аппарата (83,5 %), болезни органов дыхания (58,2 %),

нарушения желудочно-кишечного тракта (32,8 %), болезни сердечно-сосудистой системы (41,7 %).

Результаты психолого-педагогического обследования по методике ГНОМ детей группы «**значительно выраженной патологии**» представлены в таблице 4 и на рис. 4.

Таблица 4

Результаты обследования детей группы «значительно выраженной патологии» в возрасте 3-4 месяцев по методике ГНОМ

Психическая сфера	Проверяемая область	Реакция	Наличие реакций (показатель 1 мес.)
Сенсорика	Зрение	Нет реакций	–
	Слух	Нет реакций	–
	Рефлекторная тактильная чувствительность	Чаще множественные беспорядочные движения конечностями при тактильном раздражении, реже двигательное замирание	+
	Индивидуальная тактильная чувствительность	Нет реакций	–
Моторика	Статика	Нет реакций	–
	Кинетика	Нет реакций	–
	Мелкая моторика	Кулаки зажаты, в редких случаях спонтанные червеобразные	+

		движения пальцами	
	Мимика	Чаще негативные гримасы	+
Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	Недифференцированные эмоциональные реакции от покоя к неудовольствию	+
	Эмоциональный резонанс	Не тестируется	-
	Спонтанная активность	Нет реакций	-
	Ответная активность	Нет реакций	-
Познавательные функции	Внимание	Нет реакций	-
	Речь экспрессивная	Нет реакций	-
	Речь импрессивная	Не тестируется	-
	Мышление	Не тестируется	-
	Игра	Не тестируется	-
Поведение	биологическое	Пищевое поведение	Нет реакций
		Предикторы навыков опрятности	Нет реакций
	социальное	Система «мать-дитя»	Нет реакций
		Внешние контакты	Нет реакций

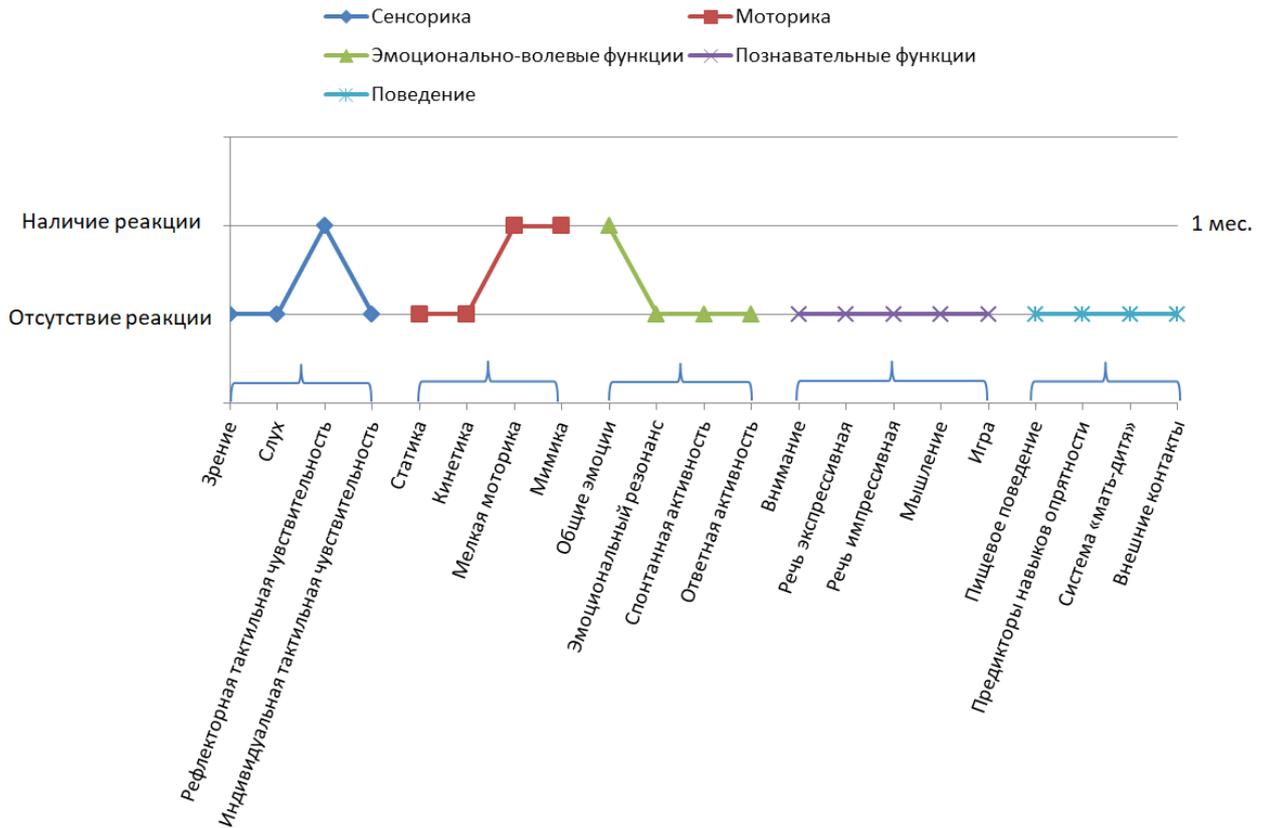


Рис. 4. Результаты обследования детей группы «значительно выраженной патологии» в возрасте 3-4 месяцев по методике ГНОМ.

Таким образом, дети группы «значительно выраженной патологии» не смогли выполнить 50 % заданий теста для первого месяца жизни, что расценивалось как диагностическое ограничение методики. Такие показатели не позволяют актуальных психологических достижений детей в основных линиях психического развития, выявить зону ближайшего развития. Особенности поведения детей и низкая чувствительность к воздействию сенсорных стимулов определила необходимость внесения изменений в организации психолого-педагогического обследования. К важным условиям проведения психолого-педагогического обследования следует отнести такие как: предъявление стимула, эффект воздействия которого сильнее обычного; повторение симулирующего воздействия; увеличение временных промежутков (пауз) между диагностическими заданиями.

Общие результаты психолого-педагогического обследования детей в возрасте 3-4 месяцев по методике ГНОМ представлены в таблице 5 и на рис. 5.

Таблица 5

Общие результаты обследования детей в возрасте 3-4 месяцев по методике ГНОМ

Возрастной норматив	Средний процент выполнения заданий, %			
	Группа риска (490 чел.)	Группа патологии (273 чел.)	Группа выраженной патологии (138 чел.)	Группа значительно выраженной патологии (67 чел.)
4 месяца	80-85	75	0	0
3 месяца	100	85-95	0	0
2 месяца	100	100	20	10
1 месяц	100	100	40	20

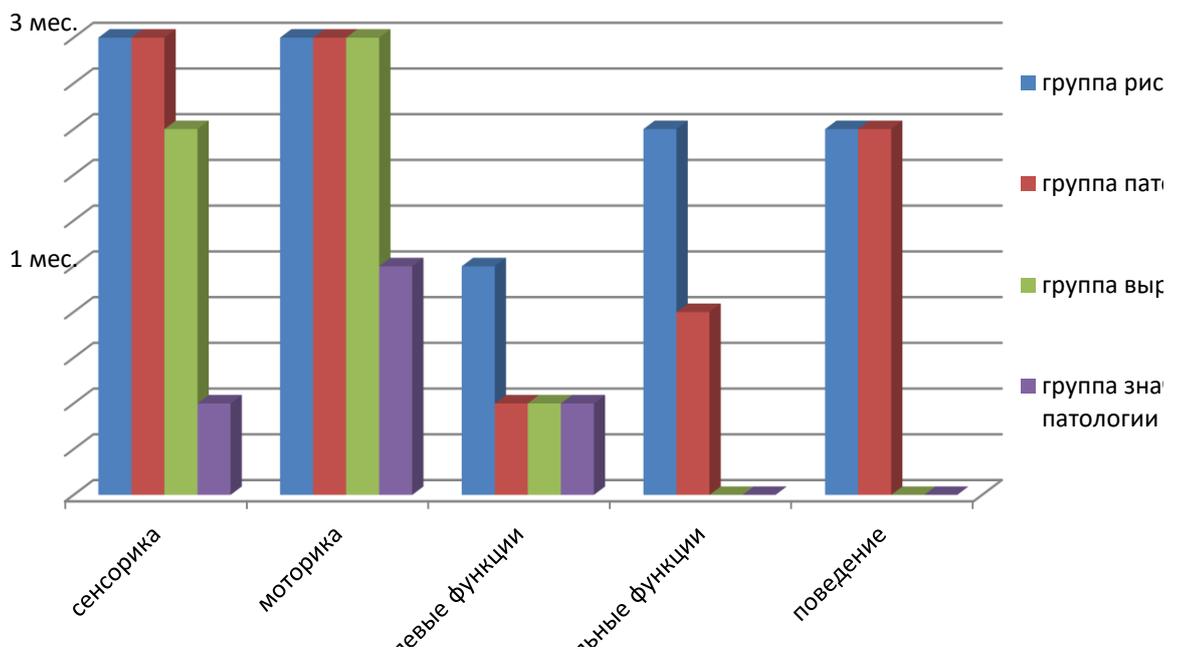


Рис. 5. Общие результаты обследования детей в возрасте 3-4 месяцев по методике ГНОМ.

Таким образом, результаты обследования младенцев по методике ГНОМ показали различия в длительности и качестве становления самых первых психологических достижений возраста у детей с перинатальной патологией ЦНС. Обобщенные данные количественной оценки результатов выполнения детьми заданий позволили объединить их в группы психического развития: «риска», «патологии», «выраженной патологии» и «значительно выраженной патологии». Психическое развитие детей группы «риска» и группы «патологии» незначительно отставало от возрастного норматива. Психическое развитие детей группы «выраженной патологии» и детей группы «значительно выраженная патология» существенно отставало от возрастного норматива. Дети этих двух групп смогли выполнить менее 50% заданий теста для одного месяца жизни.

Для объективизации представлений о психическом развитии детей с «выраженной патологией» и со «значительно выраженной патологией» было проведено обследование по методике, составленной **Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печорой и Э. Л. Фрухт** [112]. Диагностическая процедура проходила в утренние часы, а ее реализация осуществлялась строго по параметрам проведения обследования по методике ГНОМ. Каждого ребенка обследовали по показателям его возраста, а в случаях несоответствия возрастным показателям экспериментатор переходил на использование методики для младшего возрастного периода. Одновременно проверялись ответные реакции ребенка не более чем по двум-трем показателям. Ряд показателей был выявлен в естественных условиях. Ответные реакции ребенка сравнивались с нормативными показателями в данном возрасте. На основе полученных данных у всех обследованных детей была установлена различная степень отставания от возрастного норматива психического развития. Так, 138 детей с «выраженной патологией» имели отставание в развитии на 3 эпикризных срока. У 67 детей со «значительно выраженной патологией» отставание в развитии достигало 4-5 эпикризных сроков.

Представим краткую характеристику детей групп «выраженной патологии» и «значительно выраженной патологии».

При исследовании зрительных реакций у детей **группы «выраженной патологии»** отмечались остановка взора на предмете, появившемся в поле зрения, и нестойкое сосредоточение в течение 15-20 секунд, которое было нестойким. При медленном перемещении предмета наблюдались элементы слежения: в течение 5-7 секунд фиксировалось передвижение глазных яблок за движущимся объектом с небольшим опозданием, поворота головой при этом не наблюдалось, движения глаз были скачкообразными, плавности не отмечалось. При обследовании слуховых реакций с обеих сторон было выявлено слуховое сосредоточение в течение 10-15 секунд. На громкий звук погремушки младенцы резко вздрагивали, при хаотичной двигательной активности затормаживали свои движения, при длительном предъявлении звукового раздражителя слуховое сосредоточение увеличивалось, отмечались ищущие движения глаз. В период бодрствования у детей обычно наблюдалась спонтанная двигательная активность, которая медленно угасала. В положении на спине у части детей периодически появлялось мышечное напряжение в виде подъема головы и отрыва плечевой области от поверхности. При создании удобного положения матерью (придание ребенку позы эмбриона), тактильном воздействии в виде поглаживания и похлопывания верхних конечностей для расслабления верхнего отдела туловища мышечное напряжение угасало. На смену позы дети реагировали повышением тонуса, изменением поведения и появлением двигательной активности.

Таким образом, данная методика позволила определить у детей группы «выраженной патологии» показатели психического развития, соответствующие 20 дням жизни. У этих детей отставание психического развития от возрастного норматива составило 3 эпикризных срока. При этом у 51,4 % младенцев при исследовании зрительных реакций и у 77,5 % — при исследовании слуховых реакций были зафиксированы ответные проявления,

характерные для первого месяца жизни. Такие показатели были расценены как появление зоны ближайшего развития, что давало возможность определить содержание педагогической помощи.

Обследование детей **группы «значительно выраженной патологии»** было затруднено из-за их вялости и пассивности. Оно проводилось в несколько подходов и всегда начиналось во время нахождения ребенка на руках матери. У всех детей отмечались периоды беспричинного беспокойства с появлениями гримас на лице и вскрикиваниями, которые переходили в пронзительный, болезненный крик. Такое состояние могло резко смениться сонливостью. Периоды бодрствования были короткими и пассивными, проходили в большинстве случаев на руках близкого. Дети практически не двигались, лежали в том положении, которое придавал взрослый. Обычно у них наблюдалась общая скованность, флексорная гипертония мышц. При изменении положения в пространстве, проведении манипуляций (пеленание, купание) дети сохраняли флексорную позу. При исследовании зрительных реакций мгновенно фиксировали глазами яркий предмет. Отмечалась остановка взора на 2-4 секунды, после чего глазные яблоки начинали совершать плавающие произвольные движения. При неожиданном громком звуке дети вздрагивали всем телом, открывали глаза. При смене позы дети съеживались, проявляли беспокойство, кричали.

Таким образом, использование этой методики позволило выявить у младенцев группы «значительно выраженной патологии» показатели психического развития, соответствующие 10 дням жизни. Несоответствие показателей психического развития у этих детей возрастному нормативу составило 4-5 эпикризных срока. При этом у 41,7 % детей при исследовании зрительных реакций и у 52,2 % — при исследовании слуховых реакций были зафиксированы ответные проявления, соответствующие 20 дням жизни. Эти реакции отмечались только при неоднократном предъявлении сенсорного стимула. Достижения в одной линии психического развития, соответствующие 20 дням жизни, не могли быть расценены как актуальный уровень развития.

Можно предположить, что они являются индикатором зоны ближайшего развития.

Результаты обследования детей групп «выраженной патологии» и «значительно выраженной патологии» по методике Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт представлены в таблице 6.

Таблица 6

Результаты обследования детей групп «выраженной патологии» и «значительно выраженной патологии» в возрасте 3-4 месяцев по методике Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры и Э.Л. Фрухт (%)

Линии развития	Группа значительно выраженной патологии		Группа выраженной патологии	
	10 дней	20 дней	20 дней	1 месяц
Зрительные реакции	100	41,7	100	51,4
Слуховые реакции	100	52,2	100	77,5

Сопоставление клинических данных с результатами психолого-педагогического обследования показало наличие взаимосвязи между тяжестью и разнообразием перинатальной патологии ЦНС и степенью выраженности отставания психического развития детей от возрастного норматива. Так, у детей группы «значительно выраженной патологии» структура нарушений здоровья была более сложной, а патология ЦНС — более тяжелой, чем у детей группы «выраженной патологии». Тяжесть состояния детей группы «значительно выраженной патологии» определяла необходимость длительного применения высокотехнологичных видов помощи и реанимационных технологий для сохранения жизни и стабилизации состояния здоровья детей.

Обобщенные клинические данные детей из двух рассматриваемых групп представлены в таблице 7.

Клинические сведения о детях групп «выраженной патологии» и
«значительно выраженной патологии», %

Анамнестические сведения	Группа выраженной патологии (138 чел.)	Группа значительно выраженной патологии (67 чел.)
Отягощенный анамнез	74,6	86,5
Роды в срок	62,3	37,3
Преждевременные роды	37,7	62,7
Масса тела (от 2900 до 3400 г)	60,9	23,9
Низкая масса тела (от 1500 до 2500г)	31,2	56,7
ОНМТ и ЭНМТ (менее 1500г)	7,9	19,4
Реанимационные мероприятия, ИВЛ	28,2	80,5
Синдром двигательных нарушений	57,2	83,5
Болезни органов дыхания	49,2	58,2
Болезни сердечно-сосудистой системы	35,5	41,7
Болезни желудочно-кишечного тракта	29,7	32,8
Функциональные нарушения структур головного мозга	63,1	–
Отдельные нарушения структур и систем головного мозга	36,9	40,3
Сочетанные нарушения морфологического строения и функционирования структур и	-	59,7

систем головного мозга		
------------------------	--	--

Кроме характерных особенностей психического развития детей с перинатальной патологией, констатирующая часть исследования выявила возможности и ограничения традиционных отечественных методов диагностики нервно-психического развития детей с перинатальной патологией ЦНС (см. таблицу 8).

Таблица 8

Сравнение традиционных отечественных методик оценки психического развития: методики ГНОМ и Г. В. Пантюхтной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт

Методика	Достоинства	Недостатки
Оценка нервно-психического развития младенца — методика ГНОМ (Г.В. Козловская, М.А. Калинина, А.В. Горюнова)	— дифференциация детей по характеру психической активности — четкие критерии распределения детей по группам — балльная оценка.	— отсутствие специального инструментария диагностики — невозможность выявления актуального уровня психического развития — невозможность определения зоны ближайшего психического развития

Диагностика нервно-психического развития детей первого года жизни (Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт)	—возможность выявления психологических достижений новорожденного —возможность выявления степени отставания от возрастного норматива —удобство использования	—нет описания проведения диагностической процедуры —бинарная оценка (да / нет)
--	---	--

Так, к достоинствам методики Гном следует отнести следующее: возможность подробной оценки психического развития ребенка по разным сферам, их балльная оценка, согласно которой осуществляется распределение детей в группы нервно-психического нарушения. Однако с ее помощью нельзя оценить психологические достижения младенцев на первом месяце жизни. Методика диагностики нервно-психического развития Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт позволяет провести обследование детей первых дней жизни (10 дней), выявить качественные особенности нервно-психического развития и степень отставания от возрастного норматива психического развития в первые месяцы жизни обследованных детей, а также группу нервно-психического развития. В ней не предусмотрено преобразование качественных данных в количественные.

Итак, с помощью традиционных методик не удалось (ГНОМ и методика Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт) определить зону ближайшего развития у детей группы «значительно выраженной патологии», что не позволяет определить содержание коррекционно-педагогической помощи.

Выводы

1. Оценка нервно-психического развития детей первого полугодия жизни с помощью двух традиционных методик позволяет выявить из группы детей с перинатальной патологией ЦНС младенцев с множественными нарушениями.
2. Традиционной организации диагностической процедуры недостаточно для определения зоны ближайшего развития у детей с множественными нарушениями, поскольку появление безусловно-рефлекторных реакций у них происходит намного позже онтогенетического норматива.
3. В целях выявления у детей с множественными нарушениями актуальных психических возможностей необходимо изменение позиции педагога при проведении диагностики, подбор специального инструментария с разнообразными стимулами высокой интенсивности, индивидуальный поиск наиболее эффективных педагогических приемов (кратность, дозировность), что в дальнейшем позволит специалисту определить содержания коррекционной работы.

Таким образом, отсутствие этой важной психолого-педагогической информации определило необходимость специальной организации диагностической процедуры и апробации дополнительных технологий для фиксации «зоны ближайшего развития» и разработки содержания коррекционного обучения младенцев с множественными нарушениями, что представлено в третьей главе.

ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

3.1. Теоретическое обоснование содержания обучающего этапа исследования

При построении третьего этапа исследования мы опирались на концепцию оказания ранней педагогической поддержки детям с ограниченными возможностями здоровья как условие эффективного преодоления и коррекции отклонений развития (Малофеев Н. Н.), а также на положение о важности роли ведущей деятельности в формировании основных линий психического развития ребенка младенческого возраста (Аксарина Н. М., Кистяковская М. Ю., Щелованов Н. М.) [1, 65, 157].

При разработке содержания коррекционного обучения младенцев с множественными нарушениями мы опирались на положения психологов о том, что личностно-ориентированная модель взаимодействия взрослого и ребенка способствует приобщению его к миру человеческих ценностей через тесный эмоционально-личностный контакт. Именно этот контакт способствует овладению ребенком основными средствами общения с людьми и способами взаимодействия с окружающим предметным миром (Выготский Л. С., Пиаже Ж., Эльконин Д. Б., Обухова Л. Ф. и др.) [31, 115, 158].

Важным ориентиром для разработки содержания коррекционного обучения младенцев с множественными нарушениями стала концепция возраста Л. С. Выготского, в которой указывается, что каждый возрастной период характеризуется, прежде всего, социальной ситуацией развития, т. е. единственными и неповторимыми связями и взаимоотношениями ребенка со взрослыми и социальной средой в целом, которые складываются на определенном возрастном этапе [33].

Социальная ситуация младенческого возраста — ситуация неразрывного единства ребенка и взрослого, социальная ситуация «мы» — содержит в себе противоречие: ребенок максимально нуждается во взрослом, без него жизнь ребенка невозможна, но в то же время у него нет ни одного специфически человеческого средства воздействия на взрослого (Выготский Л. С., Запорожец А. В., Лисина М. И., Эльконин Д. Б.) [30, 53, 85, 158]. Это противоречие составляет фундаментальную задачу, которая решалась в ходе коррекционного обучения младенцев на базе особой, специфичной для данного возраста деятельности - общение ребенка со взрослым. Вначале эта деятельность носила непосредственный характер и опиралась на эмоциональные проявления (улыбки и плач), на зрительные, слуховые и тактильные реакции, на стимульный материал. Постепенно ребенку становились доступными манипулятивные действия, а в дальнейшем - ситуативно-деловое общение и предметные действия.

При построении коррекционно-педагогической работы подход к обучению определялся в направлении «всех педагогических мер на организацию интенсивной, постоянно усложняющейся деятельности, ибо только через собственную деятельность человек усваивает науку и культуру, способы познания и преобразования мира, формирует и совершенствует личностные качества» (теория деятельности А. Н. Леонтьева) [82, с. 165].

При определении содержания коррекционного обучения учитывалось положение о ведущей роли обучения в развитии ребенка. Содержание индивидуальных программ развития младенцев групп обучения (ГО) было ориентировано не на уже завершившиеся этапы развития, а на возникающие, т.е. на активизацию зоны ближайшего развития.

Само обучение проходило в форме сотрудничества ребенка со взрослым и представляло собой вариант развивающего продуктивного взаимодействия, о котором ученые говорят как об одном из наиболее важных условий социального развития ребенка (Выготский Л. С., Запорожец А. В.) [30, 53]. Развитие и обучение — это не совпадающие по времени процессы, но между

ними имеется сложная, меняющаяся в течение жизни взаимозависимость. Обучение идет впереди развития и ведет его за собой. Такой подход характерен для культурно-исторической теории развития Л. С. Выготского. Именно он показал, что реальное отношение умственного развития к возможностям обучения может быть выявлено с помощью определения актуального психического развития ребенка и его зоны ближайшего развития. В коррекционном обучении детей учитывались сензитивные периоды развития. Каждый возраст является оптимальным для становления определенных психологических новообразований, которые служат опорой, базой, стартовым плацдармом для последующего развития. Дополнением к этому положению является концепция о возрастной периодизации процесса детского развития и положения о том, что процесс психического развития состоит из определенных стадий, которые следуют одна за другой, и их происхождение никогда полностью не совпадает с хронологическим течением времени [32].

Психическое развитие ребенка с множественными нарушениями зависит от условий, в которых он находится, включенности взрослых в целенаправленное взаимодействие с ним. Одной из задач педагога-дефектолога на обучающем этапе исследования было поэтапное обучение родителей умениям, обеспечивающим эмоционально-личностное, а затем ситуативно-деловое общение со своим ребенком, развитию у него манипулятивных и предметных действий. Педагог-дефектолог демонстрировал и объяснял родителям педагогические приемы, способы взаимодействия с ребенком с учетом особенностей состояния последнего. Такой подход способствовал появлению у родителей чувствительности к физическому и психологическому состоянию младенца, навыков реализации его потенциальных возможностей, создавая условия для предупреждения социальной дезадаптации ребенка.

3.2. Организация обучающего этапа исследования

Обучающий этап исследования проводился в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ с 2013 по 2015 г. в отделениях патологии раннего детского возраста, психосоматической и неврологической патологии. На констатирующем этапе исследования было проведено психолого-педагогическое обследование, по результатам которого была выявлена группа детей со «значительно выраженной патологией» - 67 младенцев, набравших 29 и ниже баллов по методике ГНОМ, с отставанием от возрастного норматива на 4-5 эпикризных сроков по методике Г. В. Панюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт.

Целью обучающего этапа исследования стали разработка, апробация и оценка эффективности содержания коррекционно-педагогического обучения младенцев с множественными нарушениями.

Группу обучения (ГО) составили 46 детей из группы «значительно выраженной патологии», которые приняли участие в обучающем этапе исследования. Эти дети регулярно проходили в стационаре курсы лечебно-оздоровительных мероприятий, в ходе которых осуществлялась диагностика психического развития в возрасте 8-9, 13-14, 18-19 месяцев. Такая регулярность позволила не только проследить динамику психического развития детей, т. е. зафиксировать появление новых умений и изменений в поведении, но и оценить их качество и педагогические условия, способствующие активизации психического развития. По результатам обследования на каждом возрастном этапе определялось новое содержание индивидуальной программы развития ребенка (ИПР).

Дети (21 ребенок) из группы «значительно выраженной патологии», которые не смогли принять участие в обучающем этапе исследования, поскольку их семьи проживали далеко от места проведения исследования и не могли посещать регулярные занятия в амбулаторно-поликлинических условиях или поддерживать общение с помощью компьютерных технологий, составили

группу контроля (ГК). Оценка динамики психического развития детей ГК осуществлялась однократно в возрасте 18-19 месяцев при плановом диспансерном осмотре на амбулаторном приеме в консультативно-диагностическом центре несколькими специалистами, в том числе и педагогом-дефектологом.

На обучающем этапе исследования были поставлены следующие задачи:

- выявить актуальные психологические достижения детей и их зону ближайшего психического развития,
- определить особые образовательные потребности детей изучаемой категории,
- разработать ИПР для каждого ребенка на каждом возрастном этапе,
- спланировать и обосновать организацию коррекционно-педагогического обучения (режим, условия, приемы, предметно-развивающую среду: игрушки, дидактический материал),
- установить содержание педагогической работы педагога-дефектолога с родителями детей с множественными нарушениями,
- проследить динамику развития детей в разные возрастные периоды (8-9, 13-14, 18-19 месяцев),
- оценить эффективность ИПР и организацию коррекционного обучения.

3.2.1. Обоснование, содержание и организация дополнительного психолого-педагогического обследования

Для выявления актуального психического развития, зоны ближайшего развития и качества сформированности психологических достижений возраста дети группы «значительно выраженной патологии» были обследованы по дополнительной методике (Приложение 1). Она включала в себя задания с применением целенаправленного воздействия на воспринимающий аппарат и проводящие пути всех анализаторов стимулами высокой интенсивности, сенсорный эффект которых был значительно усилен в сравнении с

традиционными методиками ГНОМ и методикой Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт. В ходе проведения диагностического обследования соблюдались определенные условия: привычное для ребенка время бодрствования, обязательное присутствие близкого человека, его непосредственное участие; установление эмоционального контакта. При невозможности установления эмоционального контакта с ребенком, в силу его пассивности, негативном поведении обследование переносилось на другое время того же дня. Наряду с этим применялись специальные приемы: создание для ребенка комфортного положения, одновременное раздражение двух сенсорных систем (зрительной и слуховой, тактильной и зрительной), использование способа «рука в руку», многократное предъявление сенсорного стимула, регулярное предоставление ребенку непродолжительного отдыха, чередование различных стимулов воздействия. Подбирался специальный многофункциональный инструментарий. Набор диагностических пособий включал в себя стимулы высокой интенсивности, при помощи которых удавалось воздействовать сразу на несколько анализаторов.. Придавалось значение размеру предъявляемого предмета, его яркости, контрастности; учитывались разнообразность звучания, его резкость, громкость и интенсивность; также практиковалось дополнительное подсвечивание объекта, включение в процесс занятия таких стимулов, как мигающий свет, вибрация, шуршание, разнообразные виды тактильных воздействий (колючее, гладкое, мягкое) (Приложение 2).

Диагностическое обследование проводилось педагогом-дефектологом с разрешения лечащего врача в первой половине дня непосредственно перед кормлением. Информация, полученная в процессе обследования, отражалась в психолого-педагогическом заключении (характеристике). Перед началом проведения диагностической процедуры педагог-дефектолог знакомил мать или другого близкого взрослого с ее целью, правилами проведения, собирал информацию о поведении ребенка, наличии трудностей, с которыми сталкивались взрослые в процессе ухода за ним. Такая беседа длилась не более

10 минут. После этого специалист приступал к обследованию ребенка. Мать или другой близкий взрослый по просьбе педагога располагали ребенка на пеленальном столе, сами оставались рядом (находились сбоку от педагога).

Диагностическая методика состояла из двух этапов: оказание воздействия стимулами высокой интенсивности на основные анализаторы и наблюдения за поведением ребенка.

Целью первого этапа было вызвать и зафиксировать безусловно-рефлекторную активность, оценить функциональные возможности анализаторов, проводилось целенаправленное, специальным образом организованное внешнее воздействие стимулами высокой интенсивности. В ходе последовательного предъявления четырех серий заданий, по два упражнения в каждом, воздействие оказывалось на двигательный, кожный, зрительный, слуховой анализаторы. Двукратное воздействие на каждый анализатор повышало объективность фиксируемых ответов. Отсутствие реакций обозначалось 0 баллов. Слабые однократно фиксируемые реакции – 0,5 балла. Устойчивый психологический ответ – 1 баллом. Сумма баллов за выполнение двух заданий, являлась отражением степени зрелости той или иной линии психического развития. Так, значение 0 свидетельствовало об отсутствии ответа; значение 0,5 и 1 балла расценивались как индикатор зоны ближайшего развития, 2 балла – являлись показателем устойчивой зоны ближайшего развития. Задания предъявлялись в определенной последовательности, на каждое упражнение отводилось до одной минуты, после каждой серии делалась пауза в течение 30 секунд. Таким образом, первый этап диагностического обследования длился не более 10 минут.

Завершив первый этап диагностического обследования, педагог просил взрослого взять ребенка на руки и приступить к выполнению гигиенических процедур, а после начать кормление. Наблюдение за поведением ребенка во время гигиенических процедур, непосредственно перед кормлением и в процессе его, а также в специально созданных условиях дискомфорта – представляло собой второй этап диагностического обследования. Педагог

отходил от матери, кормящей ребенка, осуществлял наблюдение издали, фиксируя изменения в поведении малыша.

Данные полученные в ходе диагностического обследования, отражались в педагогическом заключении (Приложение 3). В это заключение входило описание поведения ребенка при выполнении того или иного упражнения, выявленные реакции, балльная оценка безусловно-рефлекторных ответов.

3.2.2. Результаты психолого-педагогического обследования по дополнительной методике

По результатам психолого-педагогического обследования при усиленном воздействии сенсорных стимулов на основные анализаторы в сочетании со специальными условиями среды и специальными педагогическими приемами у младенцев были зафиксированы минимальные проявления психической активности по всем линиям психического развития, соответствующие возрасту 20 дней жизни.

При проведении диагностической процедуры дети вели себя пассивно. При внешнем воздействии, смене позы у них изменялся мышечный тонус (чаще повышался), на лице появлялась гримаса страдания, нарастала вегетативная и неврологическая симптоматика в виде дрожания конечностей, тремора подбородка, мраморности кожи, цианоза. Дети успокаивались на руках взрослого после ритмичного покачивания, похлопывания, поглаживания. При помещении валика под грудь они группировались, отсрочено поднимали голову, удерживали ее в поднятом положении до 2-4 секунд. На громкий звук, повышенный голос матери младенцы реагировали замиранием, спонтанными движениями глазных яблок, мгновенным сосредоточением. При появлении перед лицом светящегося предмета они мгновенно сосредотачивались на нем, делали движение глазами в сторону игрушки. Во время бодрствования проявляли малоподвижность и вялость. Сон характеризовался беспокойством, периоды глубокого и периоды

поверхностного сна сменялись без определенного ритма, дети часто плакали, но не пробуждались. При регуляции матерью процесса приема пищи ребенок самостоятельно съедал половину порции и доедал остальное только после дополнительной стимуляции. В условиях дискомфорта у детей наблюдались двигательное беспокойство, крики, гримасы недовольствия. Систематические наблюдения за поведением детей показали, что любые внешние стимулы пробуждают у них чувство дискомфорта, которое приводит к изменению поведения или мимики.

Своеобразие психической активности у детей обусловлено наличием сочетанной патологии нервной системы, снижением функциональных возможностей анализаторов различной степени тяжести, а также общей тяжестью состояния. Эти негативные факторы обуславливали существенное своеобразие приема, переработки и сохранения сенсорной информации, эмоционального взаимодействия младенца со взрослыми и окружающей средой.

Функциональные возможности кожного и слухового анализаторов, а также безусловно-рефлекторные реакции, проявлявшиеся в момент ожидания кормления и в процессе его, были достаточно устойчивыми. При количественной оценке этих линий развития присваивались самые высокие баллы (1-2), повторное предъявление стимулов не требовалось. Функциональные возможности зрительного и двигательного анализатора и реакции ребенка в условиях дискомфорта оценивались в 0,5-1,5 балла. Чтобы получить точную реакцию на задание по этим линиям требовалось повторить их после паузы. В итоговом подсчете дети набирали от 8 до 10 баллов. Результаты обследования детей с помощью дополнительной методики представлены в таблице 9.

Таблица 9

Результаты обследования детей группы «значительно выраженной патологии» в возрасте 3-4 месяцев по дополнительной методике

Линия развития	Реакции детей на предъявляемые стимулы	Выставленные оценки, кол-во детей, (%)	
		0,5 баллов	1 балл
Функциональные возможности двигательного анализатора	Реакция при помещении опоры под грудь в положении на животе	95,6	4,4
	Поворот головы в сторону из положения на животе	97,8	2,2
Функциональные возможности кожного анализатора	Реакция на контакт поверхности щеки со стимулом	69,6	30,4
	Реакция захвата при контакте со стимулом внутренней поверхности ладони	8,7	91,3
Функциональные возможности слухового анализатора	Реакция сосредоточения при звуке клаксона в положении на животе	2,2	97,8
	Реакция сосредоточения при звуке голоса взрослого в положении на спине	6,5	93,5
Функциональные возможности зрительного анализатора	Остановка взгляда на стимуле при его появлении в поле зрения	6,5	93,5
	Реакция сосредоточения при появлении стимула в поле зрения	13,1	86,9
Поведение перед кормлением и в процессе кормления	Поведение при ощущении голода	54,3	45,7
	Поведение в процессе кормления	67,4	32,6
Поведение в условиях дискомфорта	Поведение при прикосновении к лицу влажного диска	84,8	15,2
	Реакция на мокрое белье	43,5	56,5

Таким образом, психологические достижения у детей регистрировались только при создании специальных развивающих условий и при использовании специальных педагогических методов и средств. Они были обозначены нами как зона ближайшего психического развития.

Сведения об актуальном психическом развитии детей и зоне ближайшего психического развития стали основанием для определения содержания и структуры индивидуальной программы развития (ИПР), ее технического оснащения, методов и средств обучения детей, повышения педагогической компетентности родителей, организации образовательного процесса. Усилия педагогического воздействия были направлены на преобразование зоны ближайшего развития в актуальное психическое развитие ребенка.

3.3. Реализация дифференцированного подхода к коррекционно-педагогической работе с детьми группы обучения

Наличие у детей ГО сочетанных тяжелых нарушений здоровья и минимальные проявления психической активности в ответ на внешнее воздействие определили необходимость оказания им систематической коррекционно-педагогической помощи во время пребывания стационаре. Основной задачей этой помощи было создание специальной развивающей среды, в том числе организация систематического использования специальных педагогических технологий в процессе воспитания в семье. Эти условия направлены на овладение ребенком позитивного взаимодействия с внешним миром в целях предупреждения негативных проявлений поведения.

Коррекционно-педагогическая работа на первом этапе была направлена на разработку содержания ИПР, в том числе на определение ее структуры. При разработке ИПР учитывалось мнение В. В. Давыдова о психическом развитии и воспитании, которые не могут выступать как два обособленных, независимых друг от друга процесса: «воспитание служит необходимой и всеобщей формой развития ребенка». Основные задачи ИПР — создание специальных благоприятных условий для развития психических и физических возможностей ребенка, формирование у него интереса к предметам окружающего мира, потребности в двигательной активности, установления контакта с внешней средой, закрепление положительных

эмоциональных проявлений. При этом применялся принцип поэтапной подачи материала: от простого к сложному.

В соответствии с ФГОС ДО содержание ИПР разрабатывалось по следующим направлениям:

- социально-коммуникативное развитие;
- познавательное развитие (формирование слуховой, зрительной, тактильной ориентировки);
- речевое развитие;
- физическое развитие (общие движения и движения рук);
- взаимодействие педагога с семьей и обучение педагогическим технологиям близких взрослых.

Содержание индивидуальных задач обучения в программе состояло из двух частей: одна часть заданий каждой образовательной области способствовала закреплению актуального психического развития ребенка; другая часть — направлена на преобразование зоны ближайшего психического развития в актуальные достижения. Такое преобразование являлось критерием перехода с одной индивидуальной программы на другую, более сложную. Решение о готовности ребенка к усвоению более сложного содержания принималось в ходе анализа результатов контрольного психолого-педагогического обследования.

Для реализации содержания ИПР подбирались сенсорные стимулы различной интенсивности. Развивающие упражнения адаптировались таким образом, чтобы определенное игровое действие ребенок после длительного совместного выполнения мог хотя бы однократно повторить самостоятельно, а впоследствии без помощи взрослого достичь определенного результата (Приложение 4). На начальном этапе обучения стимулы высокой интенсивности помогали вызывать интерес и фиксировать непроизвольное внимание детей на собственных ощущениях, что способствовало постепенному переходу от пассивного взаимодействия с окружающей средой к активному. Во время занятий педагог менял дидактические пособия,

чередовал виды активности, периодически делал паузы и давал ребенку время для отдыха. Это способствовало формированию позитивного отношения к занятиям и возникновению удовольствия от эмоционального взаимодействия со взрослым и от контакта с предметами внешнего мира.

Вне занятий ребенку обычно предлагались игрушки высокой и средней интенсивности воздействия (светящиеся или очень яркие, с громким звуком, выраженной фактурой), реже — обычные игровые пособия. Такая организация предметно-развивающей среды способствовала накоплению у него разнообразного сенсорного и чувственного опыта, постепенному появлению целенаправленной активности и поисковых реакций.

Продолжительность коррекционно-педагогического воздействия во время занятий в общей сложности не превышала 3-5 минут в первом полугодии жизни, 7-10 минут — во втором полугодии жизни, 10-15 минут — на втором году жизни. В процессе занятий выделялось время для обучения матери педагогическим приемам, демонстрации ей эффективных методик развития, которые можно использовать в домашних условиях. Встречи специалиста с семьями детей ГО проводились 1-3 раза в неделю. В домашних условиях занятия осуществлялись ежедневно, не менее 4-5 раз в день. Взрослый сам мог варьировать продолжительность занятия в зависимости от состояния и возможностей ребенка.

На занятиях педагог-дефектолог знакомил родителей со специальными формами эмоционального взаимодействия, приемами педагогического воздействия, способами создания в домашних условиях предметно-развивающего пространства (Приложение 5). Педагог стремился повысить уверенность родителей в себе, настраивал их на кропотливую ежедневную работу, объяснял важность наблюдения за малышом и фиксации каждой его ответной реакции.

3.3.1. Организация и содержание коррекционно-педагогической работы с детьми группы обучения в возрасте от 3-4 до 8-9 месяцев

Представим содержание коррекционно-педагогического обучения по первой индивидуальной программе — **«Развитие сенсомоторной активности и первых ориентировочных реакций»**.

Блок *«социально-коммуникативное развитие»* включал упражнения по формированию: привычки и спокойного отношения к выполнению режима дня, закрепление последовательности периодов сна и бодрствования; увеличению активного периода бодрствования за счет использования сенсорных стимулов в определенной развивающей среде и взаимодействии с близким взрослым. Создавались условия для получения новых впечатлений, развития интереса к лицам близких людей, предметам окружающего мира при непосредственном эмоциональном контакте и тактильной стимуляции; активизации поисковой пищевой реакции в процессе кормления. Осуществлялось формирование зрительного контакта с матерью во время гигиенических процедур, кормления и иных форм взаимодействия.

Упражнения блока *«познавательное развитие»* были направлены на формирование: интереса к звукам средней громкости, который в период слухового сосредоточения проявляется в виде затормаживания движений, изменения мимики; к громкому голосу взрослого с постепенным удалением источника от уха; а также на формирование реакций сосредоточения в момент случайного извлечения ребенком звука из висящей над ним игрушки. Формировались следующие навыки: установление глазного контакта с последующим зрительным сосредоточением на лице взрослого во время массажных движений на разных частях тела, фиксация взора на подвешенной игрушке перед лицом или сбоку, развитие координированных движений глаз при перемещении предмета из одной стороны в другую.

Упражнения блока *«тактильное развитие»* были направлены на активизацию движений и появление согласованных двигательных ответов на

различные сенсорные воздействия, прекращение двигательной активности в ответ на тактильные воздействия стимулами средней интенсивности, формирование привычки спокойного реагирования на воздействие различных тактильных раздражителей.

Задания по *речевому развитию* были направлены на формирование моторной готовности к произвольному воспроизведению артикуляционных укладов и элементарной речевой коммуникации. Для этого осуществлялась стимуляция голосовой активности путем пассивной гимнастики, активизации мимических проявлений, движений губ, языка при попадании на них пищи, формирование невербальных средств общения (контакт «глаза в глаза»); путем тактильной стимуляции и смены интонации (шепот, ласковое обращение, пение) оказывалось влияние на интенсивность плача.

Физическое развитие (общие движения и движения рук) заключалось в формировании умения удерживать голову в положении на животе, осуществлять контроль равновесия тела при опоре на предплечья, сосредотачиваться и группироваться при изменении положения тела в пространстве, осуществлять активные движения артикуляционного аппарата при кормлении для совершенствования навыка сосания. *Развитие движений рук* осуществлялось с целью формирования их произвольной активности, умения совершать изолированные движения пальцами; формирования потребности в поиске игрушки; развития ощупывающих движений, возможности реагировать направленным движением на соприкосновение с внешним стимулом.

Данная ИПР включала 50 % упражнений на закрепление актуальных психологических достижений возраста (безусловно-рефлекторные реакции) и 50 % упражнений, относящихся к зоне ближайшего психического развития ребенка (формирование условно-рефлекторных реакций). Встречи с семьей проводились 2-3 раза в неделю, при необходимости в онлайн-режиме (через Skype), но такая форма общения была эпизодической.

Продолжительность коррекционно-педагогического занятия не превышала 45 минут, из которых 7-10 минут уделялось специальному стимулирующему воздействию на ребенка. Остальное время отводилось для беседы с родителями об организации педагогического процесса и специальных развивающих условий, а также обучения родителей педагогическим приемам, методам воспитания и ухода за ребенком. В процессе педагогического информирования и обучения у матерей снижалась тревога, появлялось чувство уверенности в реализации материнской роли. В ходе обсуждения содержания обучения родителям раскрывались необходимые педагогические тонкости и роль систематического использования специальных педагогических технологий в процессе воспитания ребенка в семье.

Коррекционно-педагогические занятия начинались в щадящем режиме педагогической нагрузки с переходом на средний. Первое время взрослый ребенок оставался пассивным участником процесса. Взрослый все движения (головой, конечностями, телом, мимикой) от трех раз подряд. В силу снижения у младенцев потребности во впечатлениях и активности, на занятиях использовались дидактические пособия высокой и средней интенсивности, различные поверхности (валики, мячи, маты), кресла-подушки для того, чтобы ребенок мог сосредоточиться на оказываемом воздействии. Во время занятий менялись дидактические пособия, чередовались виды активности, делались паузы для отдыха, что давало ребенку возможность переработать полученную сенсорную информацию. Кроме этого, подобный ритм являлся эффективным средством внешней регуляции процессов возбуждения и торможения. Наравне с педагогом взаимодействие с ребенком осуществляла мать. Всегда общение начиналось с непосредственного тактильного контакта: мать создавала удобное положение для младенца. Переход ребенка с рук матери на твердую поверхность осуществлялся постепенно, что способствовало приучению младенца к изменению положения во внешней среде. Упражнения предъявлялись дозированно,

небольшими сериями, с обязательным повторением каждого воздействия. Регулярное применение специальных педагогических приемов и дидактического материала позволяло постепенно увеличить продолжительность оказания воздействия, результативность самостоятельной двигательной и психической активности детей. Это повышало устойчивость ребенка к внешнему воздействию, формировало у него потребность в социальном контакте и привычку к нему.

Упражнения на закрепление актуальных психологических достижений, хорошо знакомые ребенку, повторялись ежедневно: с их помощью взрослый вовлекал его в совместную деятельность. Это создавало комфортную, но в то же время рабочую обстановку и одновременно снижало эмоциональное напряжение. Знакомые упражнения, которые повторялись изо дня в день, помогали сформировать привычку к принятию ежедневного воздействия, увеличить длительность занятия, продуктивность взаимодействия. Пассивно-активный метод – это когда ребенку после совместного выполнения моторного акта или движения предоставлялась определенная степень самостоятельности для его повторения. Упражнения по формированию психологических достижений, которые находились в зоне ближайшего психического развития, появлялись в середине занятия в небольшом объеме. Обучение ребенка новому умению всегда проводилось в форме совместного выполнения «рука в руку» при условии установления непосредственного эмоционального общения.

Родители вели дневник, где фиксировали реакции, психическую активность и поведение ребенка в период бодрствования. В случае усталости или ухудшения состояния здоровья малыша, педагогическая нагрузка снижалась.

3.3.2. Оценка динамики психического развития детей группы обучения в возрасте 8-9 месяцев и эффективности индивидуальной программы развития

В возрасте 8-9 месяцев было проведено контрольное психолого-педагогическое обследование детей ГО в условиях стационара.

Для оценки динамики психического развития детей было проведено психолого-педагогическое обследование по двум методикам Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт. Решение о возможности обследования по стандартной методике было принято исходя из того, что дети ГО продемонстрировали психологические достижения возраста 1 месяца. Для выявления зоны ближайшего развития мы провели повторное психолого-педагогическое обследование детей с применением специальных игровых пособий, что позволило зарегистрировать в зрительных, слуховых и двигательных реакциях достижения, соответствующие нормативу возраста 2-х месяцев.

Безусловно-рефлекторные ответы на воздействие стимулов стали постоянными. Дети научились придерживаться режима дня. Чаще всего устойчивые психологические проявления можно было наблюдать в период ожидания кормления. Дети к этому времени просыпались, спокойно лежали в кроватке, проявляли кратковременный интерес к окружающему миру. Такое поведение было недолгим. Младенцы достаточно быстро начинали криком и беспокойством требовать непосредственной близости матери, это успокаивало их, обеспечивало ощущение комфорта и безопасности. Увеличилась длительность периода бодрствования, во время которого наблюдалась спонтанная улыбка. Появилось умение произвольно совершать некоторые движения, голосовые вокализации, изменять мимику. Все дети пользовались этими средствами для воздействия на взрослого с целью удовлетворения физиологических потребностей. При эмоциональном общении дети останавливали взгляд на матери, на ласковое обращение у них

затормаживалась двигательная активность, на фоне которого наблюдалось зрительное сосредоточение на артикуляционном аппарате говорящего человека. Сосредоточение на внешнем раздражителе было кратковременным: дети быстро фиксировали предмет, появившийся перед лицом, затем отводили взгляд в сторону, перемещали фокус на яркие детали интерьера. Отсрочено перемещали взгляд вслед за двигающимся предметом то в одну, то в другую сторону. При предъявлении звукового стимула демонстрировали слуховое сосредоточение и настороженность в мимических проявлениях. На смену положения тела в пространстве реагировали группировкой, неуверенно удерживали голову, в удобном положении могли повернуть ее. В положении на животе стали опираться на грудь, приподнимать голову, удерживать ее до 20 секунд, поворачивать в обе стороны. В положении на спине наблюдалась спонтанная двигательная активность, дети касались руками близлежащих предметов, получая тактильное и слуховое ощущение, приводящее к замиранию на несколько секунд (сосредоточению). Постепенно внешний стимул начинал приобретать свое регулирующее значение и оказывал влияние на поведение ребенка. Систематическая ежедневная целенаправленная стимуляция взрослым пассивного взаимодействия ребенка с окружающей средой приводила к повышению функциональных возможностей анализаторов, за счет чего процесс накопления чувственного опыта происходил быстрее. Это становилось основой для появления у младенцев непроизвольного интереса к миру людей и предметов.

По результатам контрольного психолого-педагогического обследования у всех детей была зафиксирована положительная динамика в психическом развитии. Так, у них отмечались стойкие безусловно-рефлекторные ответы при воздействии на все анализаторы, что свидетельствовало о переходе зоны ближайшего развития в актуальные психологические достижения и возможности освоения детьми навыков и умений следующего возрастного

этапа. Результаты контрольного обследования детей ГО в возрасте 8-9 месяцев представлены на рис. 6

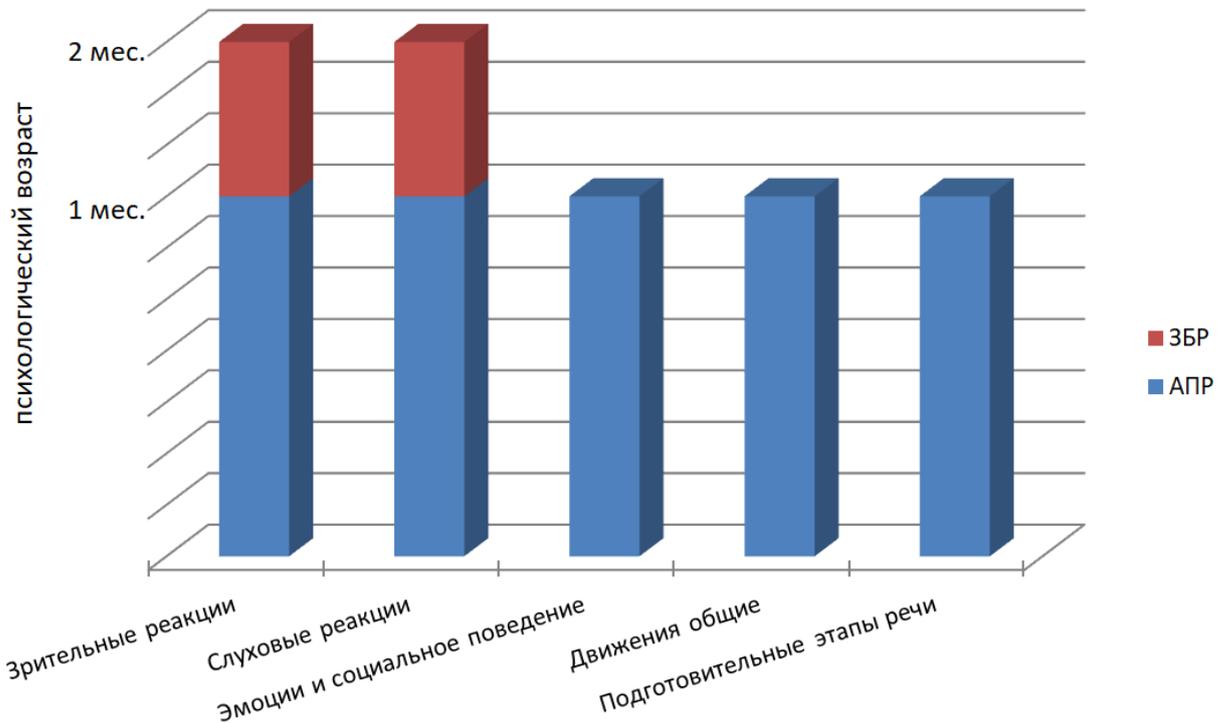


Рис.6. Результаты контрольного обследования детей ГО в возрасте 8-9 месяцев.

Согласно полученным данным, в возрасте 8-9 месяцев у детей ГО актуальным достижением психики стал безусловно-рефлекторный способ реагирования на воздействие внешних стимулов, а в зону ближайшего развития перешла возможность с помощью движений осуществлять поиск и изучение сенсорных стимулов.

3.3.3. Организация и содержание коррекционно-педагогической работы с детьми группы обучения в возрасте от 8-9 месяцев до 13-14 месяцев

Совершенствование психологических достижений у детей стало основанием для разработки новой ИПР — «**Формирование поисково-ориентировочного поведения**» на период от 8-9 месяцев до 13-14 месяцев жизни.

На этом этапе коррекционно-педагогический процесс реализовывался в виде серии занятий с соблюдением определенной последовательности. Встречи с семьей проводились 2 раза в неделю, для дополнительного контроля правильности выполнения заданий в соответствии с содержанием индивидуальной программы использовался онлайн-режим (Skype). Целью встреч являлось знакомство родителей с ИПР, с методами и приемами педагогической активизации эмоционального взаимодействия ребенка с окружающей средой, способами создания оптимальной развивающей атмосферы, оптимальным стилем общения взрослых с ребенком. На этом этапе проходило обучение детей педагогом-дефектологом, осуществлялась непосредственная практическая помощь родителям в создании специальных условий для формирования психологических достижений возраста. Продолжительность коррекционно-педагогического воздействия увеличилась до 10-15 минут, наблюдение за развивающим общением «мать — дитя» и самостоятельной активностью ребенка длилось до 10 минут. Общая продолжительность консультативных встреч специалиста с семьей составляла 60 минут.

По линии *социально-коммуникативного развития* стимулировалось положительное отношение к смене видов активности в течение дня (процесс засыпания, пробуждения, кормления, бодрствования). Уделялось внимание предупреждению появления отрицательных реакций на воздействие незнакомых ребенку стимулов; развитию «комплекса оживления» в ответ на появление близкого взрослого, эмоциональное общение с ним; увеличению интереса к различным сенсорным раздражителям в период бодрствования. Осуществлялось формирование эмоционально-положительного общения с матерью, ставилась цель увеличения продолжительности зрительного контакта с близкими людьми.

По линии *познавательного развития* решались следующие задачи: формирование слухового и зрительного сосредоточения в виде появления эмоционального отклика на изменение тембра, интонации голоса матери (от

ласкового обращения до шепота); формирование интереса к звукам окружающей среды обычной громкости: появление слухового сосредоточения, развитие поисковых реакций на слуховые и зрительные стимулы. Происходило формирование возможности рассматривать предметы, выделять определенный звук или предмет среди других; осуществлять более плавное слежение за предметом в разных положениях при перемещении его по горизонтальной, вертикальной и круговой линиям. В процессе формирования *тактильного восприятия* стимулировались дифференцированные реакции на различные внешние раздражители (проявление удовольствия или неудовольствия); ориентировочные реакции в виде сжимания и разжимания пальцев в момент захвата или отталкивания при прикосновении тактильного стимула к руке; накопление чувственного опыта за счет воздействия различными стимулами (фактурные тесемки, шнурки, колючие и мягкие игрушки, шелковые ленточки); реакции оживления при непосредственном тактильном контакте с матерью.

С целью *речевого развития* осуществлялись активизация и поддержание первых речевых звуков в момент контакта ребенка с близким взрослым, а также в момент выполнения гимнастики и действий с игрушками; стимуляция движений артикуляционного аппарата за счет выполнения массажа и пассивной артикуляционной гимнастики (открытие рта, совершенствование движений губами).

По линии *физического развития* формировались умение группироваться при изменении положения тела в пространстве, самостоятельно менять позу на твердой поверхности (повороты со спины на бок, далее на живот), сохранять равновесие при опоре на предплечья, спокойно относиться к смене окружающей обстановки; длительно удерживать и контролировать положение головы в разных позах, самостоятельно поворачивать голову в сторону источника звука. Для *развития действий рук* с предметами включались упражнения по формированию их согласованных движений, закреплению умения

захватывать предметы, удерживать их в руках. Детей учили при захвате предмета противопоставлять большой палец всем остальным, осуществлять исследовательские движения пальцами рук, а также выполнять неспецифические манипулятивные действия с игрушками.

Стабилизация состояния и повышение психической активности детей позволили увеличить педагогическую нагрузку и изменить структуру индивидуальной программы развития. Теперь она включала только 40 % упражнений, направленных на закрепление актуальных психологических достижений возраста с использованием разных стимулов. Остальные 60 % упражнений, способствовали формированию психологических достижений, находящихся в зоне ближайшего психического развития. При проведении занятий стимулы высокой интенсивности постепенно сменялись стимулами средней интенсивности. В периоды бодрствования чаще использовались обычные стимулы, что способствовало накоплению ребенком собственного практического опыта. Коррекционно-педагогические занятия проводились в среднем режиме педагогической нагрузки. Количество подходов не изменилось: 4-5 раз в течение дня. Особое внимание уделялось индивидуальным особенностям развития ребенка. Увеличить продолжительность направленного воздействия удавалось за счет систематического применения во время занятий специальных педагогических приемов и использования специальных игрушек и предметов. Все это позволяло повысить самостоятельную двигательную активность у детей, зафиксировать стабильное отношение к оказанию внешнего воздействия.

В случаях, когда ребенок не мог самостоятельно выполнить упражнение, взрослый оказывал ему посильную помощь и целенаправленно проводил обучение. Например, он мог выполнить определенный моторный акт за ребенка несколько раз подряд, стимулируя его повторить этот акт с небольшой помощью, а затем и без помощи. Такое систематическое стимулирующее взаимодействие со стороны взрослого способствовало

повышению качества реакций ребенка, появлению социальных ответов при контакте с внешней средой; формировало стойкую привычку к внешнему воздействию и потребность в нем.

Занятия начинались со знакомых ребенку упражнений, а отработка новых умений и их закрепление вводились чуть позже в небольшом объеме и с постепенным увеличением. На данном этапе коррекционно-педагогической работы мать или другой близкий взрослый оставались ребенком активными помощниками и выполняли многие задания вместе с ним (обучение «рука в руку»). Они оказывали педагогическую помощь, терпеливо отрабатывали новые, более сложные способы взаимодействия ребенка с внешним миром в период бодрствования. Такой педагогический подход не только расширял сенсорный опыт детей, но и помогал в усвоении новых способов эмоционального взаимодействия с разными взрослыми. Многократное совместное выполнение заданий способствовало запоминанию последовательности выполнения моторного акта, а в дальнейшем приводило к повторению и появлению непродолжительной самостоятельной активности.

3.3.4. Оценка динамики психического развития детей группы обучения в возрасте 13-14 месяцев и эффективности индивидуальной программы развития

В возрасте 13-14 месяцев было проведено контрольное психолого-педагогическое обследование детей ГО в период прохождения реабилитации в стационаре с целью осуществления контроля динамики психического развития, оценки эффективности обучения. Психологические достижения позволяли проводить психолого-педагогическое обследование детей по методике Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт. В этом возрасте в линии движений, эмоций и социального поведения, развития речи реакции детей соответствовали нормативу 2-х месяцев, а в зрительных и слуховых реакциях

– 3 месяцам. У всех детей появились эмоционально окрашенные психологические ответы на систематически повторяющиеся внешние воздействия. Младенцы начали соблюдать определенную последовательность режима дня. В период бодрствования появились моменты активного интереса к внешнему миру, потребности в контакте с ним. Однако активность была кратковременной, а потом дети могли пассивно созерцать окружающее, не проявляя двигательной активности. Дети долго адаптировались к новым условиям среды, негативно реагировали на незнакомую обстановку, однако рядом с матерью быстро успокаивались, чувствовали себя комфортно. У всех детей появились невербальные средства общения с матерью: установление зрительного контакта, мимических проявления, улыбка и последующий неяркий «комплекс оживления», сопровождающийся гласными звуками. Ответная реакция на воздействие сенсорных раздражителей фиксировалась уже без непосредственного тактильного контакта с ребенком и без дополнительного стимулирования тактильного анализатора. Внешний стимул приобрел регулирующее значение и начал оказывать влияние на поведение ребенка. Аналогичное поведение возникало при появлении в поле зрения ребенка предметов. В этот момент мимика изменялась, наблюдались попытки смены положения тела: осуществление поворота на бок. В периоды бодрствования у детей увеличилась двигательная активность. Отмечались умения группироваться при смене положения, долго лежать на животе, ненадолго приподниматься, опираясь на локти, поднимать и удерживать голову, осуществлять ею повороты в обе стороны. Фиксация взгляда на ярких предметах приводила к зрительному сосредоточению до 30--0 секунд. Дети научились проследивать движение предмета, поворачивая голову и поднимая ее вверх. При потере предмета из поля зрения они нуждались в паузе для отдыха, после которого продолжали проследивание. На воздействие акустического раздражителя дети приостанавливали движения, реагировали слуховым сосредоточением. При появлении незнакомого звука проявляли беспокойство, могли резко

заплакать. При чувстве дискомфорта наблюдались различные мимические проявления, при удовольствии - улыбка, сопровождающаяся движением конечностей, особенно часто это наблюдалось в периоды общения с матерью. При усталости и увеличении нагрузки отмечались патологические особенности поведения: увеличивалось двигательное беспокойство, нарастало возбуждение, переходящее в длительный плач.

Результаты контрольного обследования детей ГО в возрасте 13-14 месяцев представлены на рис. 7

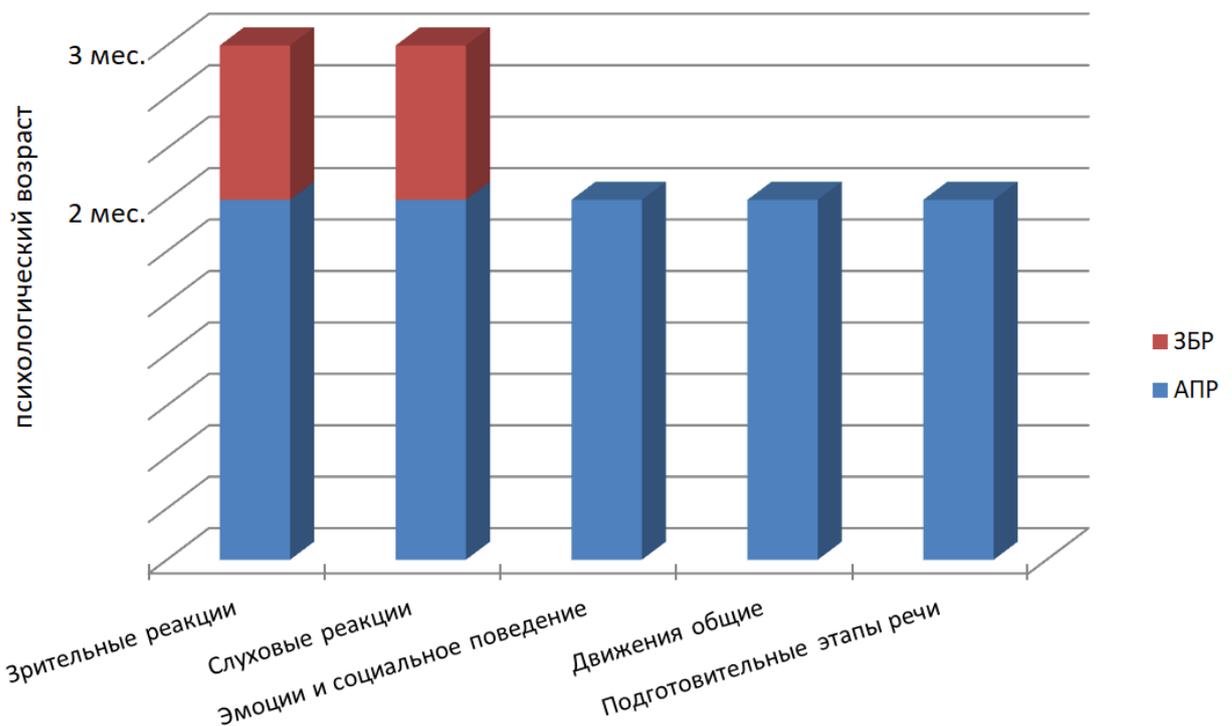


Рис. 7. Результаты контрольного обследования детей ГО в возрасте 13-14 месяцев.

Очевидно, у всех детей появился условно-рефлекторный способ реагирования, что свидетельствовало о положительной динамике психического развития и преобразовании зоны ближайшего психического развития в актуальные достижения. Указанные психологические достижения потребовали разработки новой индивидуальной программы коррекционного обучения - «Формирование согласованного поведения и навыка имитации», которая реализовывалась в период от 13-14 до 18-19 месяцев.

3.3.5. Организация и содержание коррекционно-педагогической работы с детьми группы обучения в возрасте от 13-14 до 18-19 месяцев

На третьем этапе коррекционно-педагогической помощи детям ГО встречи с семьей проводились 1-2 раза в неделю. На индивидуальных занятиях родителей знакомили с новой ИПР и новыми формами межличностного общения с ребенком. Они осваивали педагогические приемы и упражнения, обучались новому принципу развивающего взаимодействия с ребенком: сотрудничеству в совместной деятельности, которое будет способствовать появлению у ребенка самостоятельности. Продолжительность коррекционно-педагогических занятий увеличилась до 30 минут, остальное время отводилось для беседы и обучения родителей. На этом этапе коррекционной помощи проводилась не только индивидуальная работа с семьей, но и подгрупповая: педагог с согласия родителей приглашал на занятие еще одного ребенка с матерью. Используя специальные педагогические приемы и дидактические пособия, педагог показывал родителям возможные способы установления положительного эмоционального общения между детьми, в процессе которого формировалось умение продуктивного контакта со сверстником. Такая форма работы под руководством педагога позволяла родителям освоить необходимые знания и умения для включения ребенка в общение с другими детьми. Постепенное вовлечение каждого близкого взрослого в образовательное пространство, давало возможность педагогу переложить на них роль активного партнера по сотрудничеству со своим ребенком, а самому на какое-то время остаться наблюдателем.

По линии *социально-коммуникативного развития* создавались ситуации для формирования у детей различных социальных способов с целью привлечения внимания взрослого к своим потребностям, активизации невербальных средств общения с близкими взрослыми: совершенствование зрительного контакта «глаза в глаза», стимуляция к длительному

разглядыванию мелких предметов, проявление дифференцированных мимических реакций при эмоциональных игровых ситуациях (игра «Ку-ку»), использование руки и жестовых действий. Внимание уделялось формированию согласованных социальных действий обеих рук (игра «Ладушки», «Тук-тук»); созданию условий для формирования социального поведения в быту (навыки еды и опрятности).

По линии *познавательного развития* формировались ответные проявления на воздействие стимулов обычной интенсивности в виде быстрых поисковых реакций, поворота головы в сторону звука, а впоследствии - поворота корпусом на воздействие акустического стимула с фиксацией взгляда на нем, формирование самостоятельных действий с предметом для извлечения звука. Содержание коррекционного обучения совершенствовалось за счет формирования умений рассматривать мелкие предметы, переключать внимание с одних предметов на другие. Направление - *тактильного восприятия* было представлено: формированием осязающих движений пальцами по предмету с последующим выбором на ощупь наиболее приятного предмета среди других.

В процессе *речевого развития* создавались условия для повышения качества, а также увеличения количеством произносимых ребенком речевых звуков при непосредственном общении и зрительном контакте с близкими взрослыми. Уделялось внимание активизации и совершенствованию движений артикуляционного аппарата, стимуляции и поддержанию голосовых ответов на определенные физические ощущения (голод, боль, дискомфорт) или в момент возникновения разных эмоциональных реакций (восторг, радость, недовольство), «повторение» или имитация артикуляционных укладов в процессе эмоционального общения как начальный этап формирования лепета.

По линии *физического развития* задачами обучения являлись формирование навыка сохранения равновесия при перемещении в пространстве и выполнении различной цепочки движений (ползание,

удержание позы сидя), умения двигаться по поверхности (перекаты со спины на живот и обратно, подтягивание на руках, отталкивание ногами), приподнимание корпуса тела стоя у опоры с кратковременным сохранением равновесия в вертикальном положении, стоя на коленях. *В процессе развития действий рук с предметами* детям предлагались упражнения по совершенствованию умений захватывать и удерживать предметы разной формы и величины, осуществлять переключивание их из одной руки в другую под контролем зрения; по формированию размахивающих движений рукой для извлечения звука из предмета, разнообразных простых манипулятивных действий с игрушками.

Положительная динамика психического развития детей, их переход на новый психологический уровень позволил внести изменения в структуру индивидуальной программы. Теперь только 30 % были направлены на закрепление актуальных психологических достижений возраста с использованием стимулов средней и обычной интенсивности. Большинство упражнений (60 %) формировали психологические достижения, которые находящиеся в зоне ближайшего психического развития ребенка. Остальные 10 % упражнений, соответствующие онтогенетическому нормативу вводились на этом этапе, как элемент опережающего обучения. В домашних условиях родители проводили занятие не реже трех раз в день, в остальное время создавали условия для правильно организованного досуга ребенка, приучая его к самостоятельности.

Во время проведения занятия стимулы средней интенсивности постепенно сменялись обычными, а стимулы высокой интенсивности использовались очень редко, только в период бодрствования для увеличения концентрации внимания ребенка на предметах или в процессе занятия при формировании новых психологических достижений.

В период бодрствования ребенку сначала предлагались стимулы обычной интенсивности, максимально приближенные к естественной ситуации, что способствовало появлению привычки к познанию обычных

предметов и овладению действиями с ним, а также накоплению ребенком разнообразного практического опыта. Продолжительность воздействия увеличивалась не только за счет систематического применения специальных педагогических приемов и пособий, но и за счет постоянной смены видов активности. Все это позволяло повысить интерес ребенка к продуктивному взаимодействию со взрослым, степень самостоятельности во время выполнения действий с предметами, за также спокойное отношение к изменению внешнего воздействия.

Педагог, как и близкий взрослый, являлся инициатором эмоционального взаимодействия с ребенком и контактов с предметами окружающей среды, продолжал оказывать ребенку помощь при выполнении моторных актов. При этом помощь чаще была внешней, стимулирующей, непосредственной, что способствовало увеличению внимания ребенка и результативности самостоятельного выполнения определенного действия. Эмоциональное подкрепление взрослым инициатив со стороны ребенка способствовало развитию у него потребности в социальном взаимодействии, повышало качество двигательной и речевой активности, появлению предметных действий.

Структура занятия изменилась: теперь они начинались с тактильного взаимодействия и установления зрительного контакта для поддержания эмоциональной связи. Затем взрослый переходил к упражнениям, на отработку умений, которые находились в зоне ближайшего развития, в том числе к заданиям на опережающее развитие. Заканчивалось занятие знакомыми ребенку упражнениями. Такая структура занятий не вызывала переутомления и позволила сформировать положительное отношение к развивающему взаимодействию со взрослым и коррекционно-педагогическому процессу.

3.3.6. Оценка психического развития детей группы обучения в возрасте 18-19 месяцев и эффективности реализации содержания коррекционного обучения

В возрасте 18-19 месяцев дети прошли контрольное психолого-педагогическое обследование по методике Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт. В результате этого обследования было установлено, что у детей ГО согласованное поведение и навык имитации, стали актуальными достижениями психики, их можно было наблюдать не только в процессе диагностического обследования, но и регулярно в обычной самостоятельной активности в течение дня.

Так, практически все дети ГО (95,7 %) в разной мере овладели психологическими достижениями возраста 6 месяцев, психологические достижения зоны ближайшего психического развития соответствовали показателям возраста 7 месяцев. Дети придерживались определенного режима дня, период бодрствования увеличился и проходил более активно. В специально организованном игровом пространстве они могли находиться без взрослого некоторое время. Дети пользовались невербальными средствами общения с близкими взрослыми. Они сами быстро устанавливали зрительный контакт с матерью, могли поддерживать его некоторое время. У них наблюдалось стойкое зрительное сосредоточение на ее лице: казалось, что ребенок рассматривает каждую деталь. При исчезновении матери из поля зрения детей отмечалась настороженность, они выполняли поисковые движения глазами, головой, телом. На ее появление отмечались радость и оживление, подъем рук в сторону матери, улыбка и звуки гуления. Дети длительно и с интересом следили за перемещением матери или неодушевленного предмета в пространстве.

Малыши, при общении с близкими людьми, в привычной ситуации, в момент появления чужого демонстрировали дифференцированные мимические реакции. На знакомые сенсорные стимулы выражали радость

мимически: на лице появлялось удовольствие, тело и конечности начинали двигаться более интенсивно. При дискомфорте или усталости на лице достаточно быстро появлялась гримаса неудовольствия, нарастало двигательное беспокойство. Для привлечения внимания взрослого дети использовали изменение голосовых вокализаций, движения руки и звукокомплексы. Во время взаимодействия со взрослыми они произносили различные интонационно окрашенные звуки, редко - слоги лепета. В физическом развитии произошли следующие изменения: дети поворачивались со спины на живот, и таким способом могли приблизиться к предмету или матери. Они овладели умением принимать и сохранять позу сидя, изменять свое положение, сохранять равновесие в позе стоя у опоры, передвигаться путем ползания (во многих случаях движения были нескоординированными).

Дети научились управлять движением своих рук, изолированно и целенаправленно выполняли моторные акты (движения конечностей), что свидетельствовало о готовности к повторению простой схемы движений. Они могли воспроизвести простое действие, например, извлечь звук из игрушки за счет осуществления движения рукой, но без зрительного контроля. Выполнить новое, незнакомое движение с предметом не могли даже после неоднократного обучения методом «рука в руку», что свидетельствует о неспособности к быстрому усвоению технической сущности движения и непонимании, как его выполнить без помощи взрослого. Дети пока не осознавали того, что рука может стать проводником, средством достижения внешней цели. Они начали фиксировать внимание на своих руках, приближали их ко рту, обследовали, поднимали над собой, рассматривали, получали удовольствие от движений пальцами, улыбались. Тянулись руками к предметам, захватывали те, которые находились поблизости, удерживали их, изучали при помощи зрения, совершали ощупывающие движения пальцами по предмету, самостоятельно находили способы извлечения звука из предмета путем выполнения простых манипуляций. Дети быстро определяли расположение источника звука

поворотом головы, могли протянуть в его сторону руку. Об усталости и своих потребностях они информировали взрослого изменением поведения, отдельными звуками. При отсутствии реакции со стороны взрослого у малышей нарастало возбуждение, которое могло перейти в громкий плач без изменения интонации, на фоне усиления двигательной активности.

Таким образом, у детей ГО при стабильном соматическом и неврологическом состоянии отмечался крайне медленный темп психического развития, переход к новому, более старшему психологическому возрасту осуществлялся каждые 5-6 месяцев осуществлялся. Положительная динамика в психическом развитии детей ГО за каждый период обучения в виде последовательного перехода с одного уровня психического развития на другой, более сложный, стала подтверждением результативности применения разработанного содержания коррекционно-развивающего обучения (рис.8).

Следует заметить, что у 2 (4,3%) детей во время реализации обучающего этапа исследования имело место ухудшение состояния здоровья и регресс психического развития, что проявлялось утратой приобретенных ранее психологических достижений. Такое состояние было связано с появлением у детей приступов по причине развития симптоматической фокальной эпилепсии. Дети с ухудшением состояния здоровья и регрессом психического развития выполнили задания методики Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт для 10 дней жизни, т.е. актуальными психологическими достижениями были безусловно-рефлекторные реакции. Для выявления «зоны ближайшего развития» была использована дополнительная методика обследования. С ее помощью у малышей были выявлены быстро истощаемые психологические ответы, соответствующие показателям 20 дней. Эти психологические достижения являлись индикаторами зоны ближайшего развития. В ходе обследования обращало на себя внимание своеобразие поведения: пассивность, вынужденная поза во время бодрствования, отсутствие реакции на смену положения тела в

пространстве, спонтанно возникающие мимические движения, внезапный резкий монотонный плач.

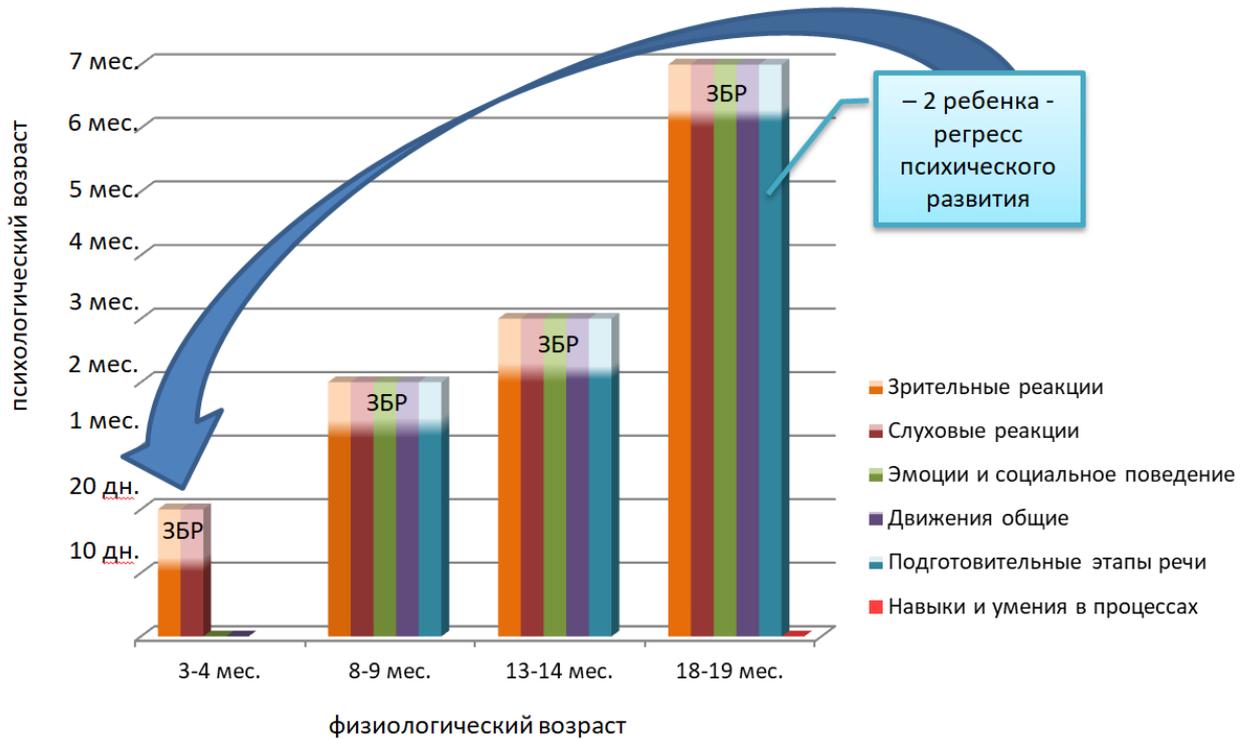


Рис. 8. Динамика психического развития детей ГО на обучающем этапе исследования.

Нами были также проанализированы данные четырехлетнего катamnестического наблюдения за процессом психического развития детей ГО. Согласно им, дети с крайне медленным темпом психического развития при стабильном соматическом и неврологическом состоянии к началу дошкольного возраста овладели навыком ходьбы и предметными действиями, проявляли элементарную самостоятельность в быту, использовали речь как средство коммуникации. Такие психологические достижения позволили продолжить их обучение в малых группах по Примерной адаптированной основной образовательной программе дошкольного образования детей с умственной отсталостью.

3.3.7. Оценка психического развития детей группы контроля в возрасте 18-19 месяцев

Дети группы контроля (ГК) в возрасте 18 – 19 месяцев при прохождении планового диспансерного осмотра на амбулаторном приеме в консультативно-диагностическом центре, были проконсультированы разными специалистами, в том числе и педагогом-дефектологом. Контрольное психолого-педагогическое обследование детей ГК осуществлялось по методике Г.В. Пантюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт. Из беседы с родителями, которая предшествовала обследованию, стало известно, что поведение детей ГК значительно отличалось от обычного и крайне затрудняло процесс ухода и воспитания в условиях семьи. Родители часто не понимали реакции ребенка, не могли правильно интерпретировать происходящее. Негативные проявления ребенка они связывали с его нежеланием включаться в эмоциональное взаимодействие. Все родители умели успокаивать детей, устранять возбуждение, негативизм. Однако способы, которые они выбирали, не всегда были социальными и приводили к появлению у малышей патологических привычек (нахождение в определенной позе, сильное раскачивание, потребность длительного звучания определенной мелодия или звука игрушки, предпочтение ткани какой-то фактуры, которой накрывали свое лицо для успокоения). Родители использовали в процессе воспитания дидактические пособия и игрушки, которые не соотносились с актуальным психическим развитием детей и не обеспечивали развивающего эффекта. Актуальное психическое развитие большинства детей ГК соответствовало показателям возраста 2-х месяцев, а психологические достижения зоны ближайшего психического развития в зрительных и слуховых реакциях соотносились с показателями третьего месяца жизни. Динамика психического развития детей ГК была незначительной, а вариант психического развития был обозначен как «минимальная психическая активность».

Режим дня детей был неустойчивым, у них наблюдалась склонность к смене времени сна и бодрствования, нарушение режима кормления, несформированность ориентировочного поведения. Фиксировались: сильная привязанность к матери, неспособность находиться в одиночестве. На незнакомую обстановку дети реагировали бурными негативными эмоциями, криком, требовалось длительное время для их успокаивания. Причем они могли быть успокоены только на руках матери при создании комфортного «любимого» положения для ребенка, которое практически у каждого было своим, непохожим на другие. В процессе почти всей диагностической процедуры дети находились в непосредственной близости от матери, и только к концу обследования могли адаптироваться к новым условиям среды, что давало возможность увеличить расстояние между ними и матерью, переместить на другую игровую поверхность. Утомление любым видом активности у детей наступало достаточно быстро, на 5-7 минуте. Устав, они становились безразличными к происходящему, абсолютно пассивными. В период бодрствования дети не проявляли активного интереса к внешним стимулам, не совершали поисковых действий для их изучения. При активной внешней стимуляции у них удавалось зафиксировать кратковременный интерес к предметам окружающего мира. Появление игрушки в поле зрения вызывало стойкую фиксацию на ней взора, которая приводила к зрительному сосредоточению до 30 секунд без отвода глаз. Дети перемещали взгляд и голову вслед за двигающимся предметом, отмечалась попытка изменить свое положение, которая чаще не имела успеха. При этом малыши быстро отводили взгляд в сторону, переставали рассматривать игрушку. Повторная фиксация наблюдалась после длительного отдыха (2-3 минуты).

У всех детей отмечалось стойкое предпочтение определенных звуковых стимулов (чаще мелодий) всем остальным. Громкие или незнакомые звуки вызывали негативную реакцию в виде длительного крика, двигательного возбуждения (хаотичные движения конечностями), изменения тонуса (чаще повышение до спастичности). Аналогичное поведение

наблюдалось при смене положения тела в пространстве, при ощущении незнакомых запахов, иногда при появлении в поле зрения нового взрослого.

Дискомфорт и удовольствие (насыщение, покой в любимом положении) приводили к изменениям в мимике детей, однако при общении с матерью мимика оставалась неизменной, на эмоциональное общение и ласковое обращение «комплекс оживления» не наблюдался, голосовые реакции не возникали, но в период пассивного бодрствования регистрировались спонтанные вокализации. Дети кратковременно удерживали голову, лежали на животе с опорой на локти, осуществляли произвольные повороты со спины на бок, перемещались на спине за счет выполнения движений корпусом и конечностями. Сами движения не имели внешней цели, а производились ребенком по типу стереотипного повторения одного и того же простого двигательного акта, возможно, для получения тактильных ощущений. Совершая движения руками, дети наталкивались на игрушки, замирали, пугались, сжимали кулаки, захватить предмет не пытались. При вкладывании предмета в руку, обхватывали его пальцами, удерживали кратковременно, поисковых исследовательских движений пальцами по предмету не совершали. У них наблюдалась особое предпочтение некоторых предметов (например, мягкая игрушка, плед, салфетка), которые вызывали у них приятные ощущения. В моменты возбуждения или усталости ребенок требовал у матери «любимый» предмет, прижимал к себе, трогал пальцами, накрывал им лицо.

В период бодрствования отмечались такие патологические проявления как: монотонный крик, внезапно возникающее двигательное беспокойство, маскообразное выражение лица без проявления дифференцированных мимических реакций.

У одного ребенка в этой группе был зафиксирован регресс психического развития в силу значительного ухудшения неврологического состояния. Его поведение было сходным с поведением двух детей ГО. Наличие быстро истощаемых безусловно-рефлекторных реакций,

соответствующих показателям 10 дней, а при использовании дополнительной методики обследования зона ближайшего развития достигала 20 дней, что свидетельствовало о минимальных проявлениях психической активности.

Вместе с этим, имел место случай отказа родителей от исполнения своих обязанностей и попытка передачи ребенка на воспитание в государственное учреждение «Дом ребенка». Однако, сложившаяся ситуация закончилась благополучно: бабушка стала опекуном ребенка, благодаря чему, он остался на воспитании в семье.

Результаты психолого-педагогического обследования нескольких детей в возрасте 3,5-4-х лет показали, что навык ходьбы у них находился в стадии формирования, любое внешнее воздействие вызывало испуг и негативные проявления. Интерес к предметам и действиям с ними был неустойчивым. С игрушками дети совершали лишь специфические манипуляции, смысл действий не осознавался ими, техническая сторона движений воспроизводилась с низким качеством, правильная схема движений наблюдалась однократно после обучения методом «рука в руку». Дети не владели навыками самостоятельности и самообслуживания, в целях коммуникации пользовались отдельными звуками речи и неречевыми средствами, однако пытались доступными способами (крик и изменение поведения) пытались управлять действиями взрослого и влиять на ситуацию. В силу значительных особенностей психического развития и трудностей поведения дети не могли посещать дошкольную образовательную организацию и получали коррекционную помощь индивидуально.

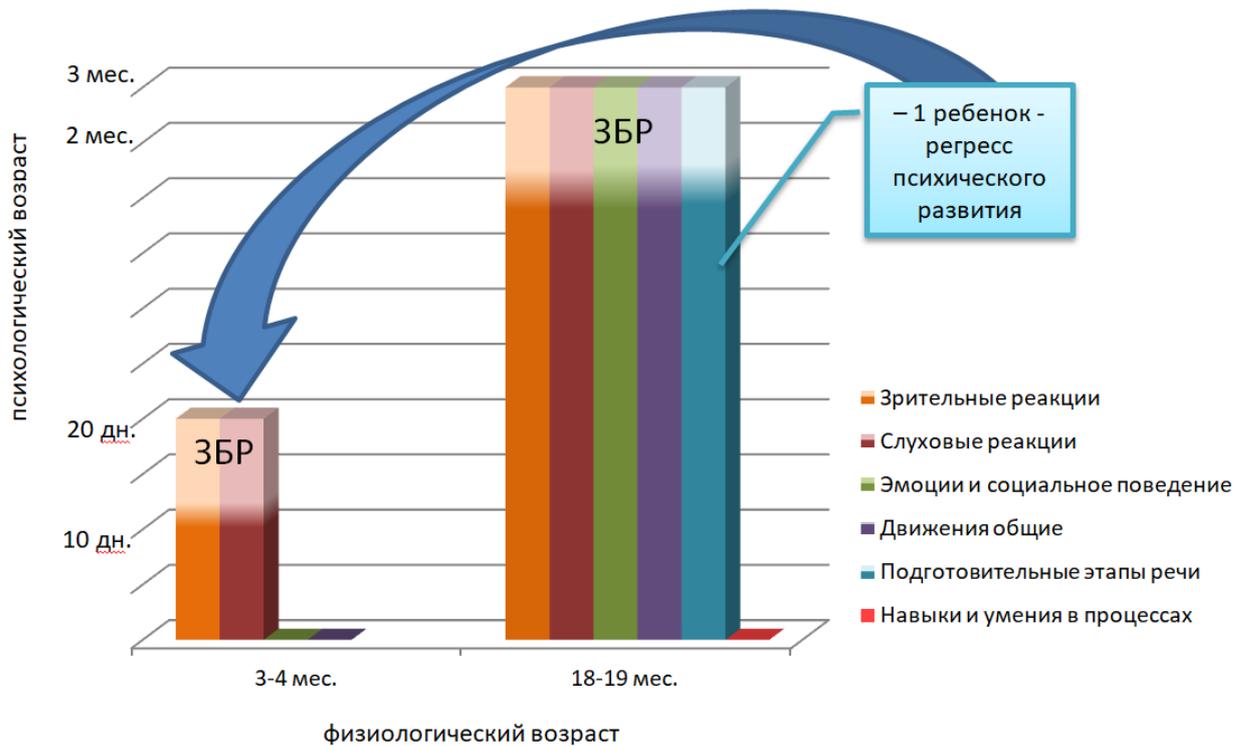


Рис. 9. Динамика психического развития детей ГК в раннем возрасте.

3.4. Обсуждение результатов изучения динамики психического развития детей с множественными нарушениями и эффективности содержания коррекционного обучения

Сопоставление результатов контрольного психолого-педагогического обследования детей ГО и ГК в возрасте 18-19 месяцев выявило различия в актуальных психологических достижениях и зоне ближайшего развития.

Результаты контрольного психолого-педагогического обследования детей ГО и ГК в возрасте 18-19 месяцев представлены в таблице 10 и на рис. 9

Обобщенные результаты обследования детей ГО и ГК
в возрасте 18-19 месяцев

Уровень психического развития	10 дней		2 мес.	3 мес.	6 мес.	7 мес.
Вариант психического развития	Регресс психического развития		Минимальная психическая активность		Крайне медленная психическая активность	
Группа	ГК (1 чел.)	ГО (2 чел.)	ГК	ГК	ГО	ГО
Зрительные реакции, кол-во детей (%)	100	100	100	28,6	100	Не оцениваются (НО)
Слуховые реакции, кол-во детей (%)	100	100	100	47,6	100	
Эмоции и социальное поведение, кол-во детей (%)	Не оцен.	Не оцен.	100	Нет реакций	100	100
Движения общие, кол-во детей (%)	Не оцен.	Не оцен.	100	Нет реакций	100	100
Движения руки и действия с предметами, кол-во детей (%)	Не оцен.	Не оцен.	Не оцен.	Нет реакций	100	43,5
Подготовительные этапы	Не оцен.	Не оцен.	100	Не оцен.	100	30,4

развития активной речи, кол-во детей (%)						
Навыки и умения в процессах, кол-во детей (%)	Не оцен.	Не оцен.	Не оцен.	Не оцен.	100	Нет реакций

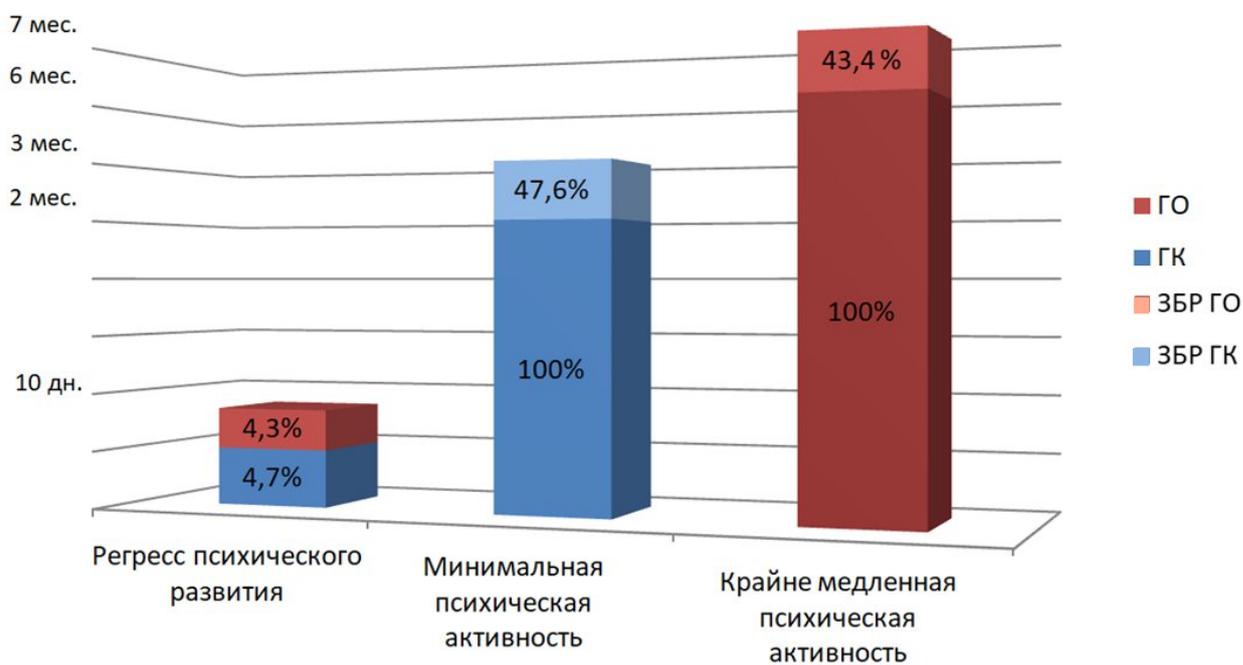


Рис. 10. Варианты психического развития детей с множественными нарушениями в раннем возрасте (возраст 18-19 месяцев).

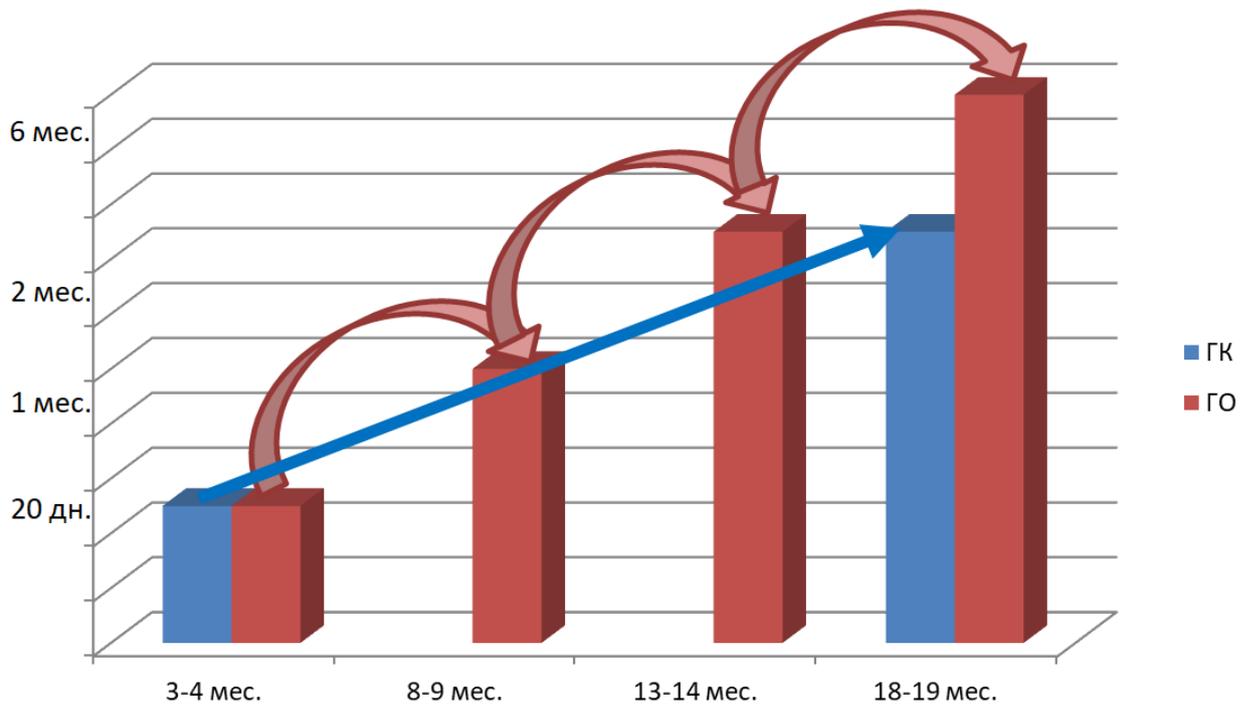


Рис. 11. Сравнение динамики психического развития детей ГО и ГК в раннем возрасте.

Так, актуальное психическое развитие детей ГО соответствовало показателям методики для 6 месяцев, а зона ближайшего развития по линии развития движений и речи - показателям 7 месяцев. У детей ГК актуальное психическое развитие и зона ближайшего развития были значительно ниже: актуальные достижения соответствовали показателям методики для 2 месяцев, а зона ближайшего развития показателям зрительных и слуховых реакций - для 3 месяцев.

Активизировать психическое развитие детей с множественными нарушениями можно путем своевременного оказания коррекционной помощи.

Коррекционное обучение детей раннего возраста с множественными нарушениями реализуется по индивидуальным программам развития, содержание которых определяется путем соотношения актуального психического развития и зоны ближайшего психического развития на каждом возрастном этапе.

Для детей с множественными нарушениями на первом году жизни необходимо разработать и реализовать содержание трех индивидуальных программ развития: «Развитие сенсомоторной активности и первых ориентировочных реакций», «Формирование поисково-ориентировочного поведения» и «Формирование согласованного поведения и навыка имитации».

Коррекционно-развивающее обучение детей в период всего раннего детства организуется в индивидуальной форме. В младшем дошкольном возрасте у детей с крайне медленным темпом психического развития при стабильном неврологическом и соматическом состоянии коррекционно-развивающее обучение реализуется в индивидуальной и подгрупповой форме.

Подгрупповая форма обучения становится возможной, поскольку ранняя систематическая коррекционно-педагогическая работа с детьми, имеющими множественные нарушения способствует их переходу на следующие психологический возраст, а это расширяет возможности социализации в дошкольном возрасте.

Просвещение родителей на этапе становления детско-родительских отношений позволяет повысить их педагогическую компетентность и уверенность в собственных силах за счет освоения эффективных способов эмоционально-развивающего общения, а также методов и приемов педагогического воздействия на ход психического развития ребенка.

Без систематической ранней коррекционно-педагогической помощи у детей с множественными нарушениями социальные формы поведения появляются несвоевременно, а проявления психической активности остаются минимальными, что затрудняет процесс их воспитания в семье.

Раннюю коррекционно-педагогическую помощь детям с множественными нарушениями можно отнести к мероприятиям, способствующим сохранению семейной формы воспитания, т.к. они позволяют предупредить отказ от родительских обязанностей и передачу

малыша под опеку государства. Анализ результатов констатирующего и обучающего этапов позволил сформулировать выводы исследования.

ВЫВОДЫ

1. Психическое развитие детей с множественными нарушениями может реализовываться по одному из трех вариантов:

- крайне медленный темп психического развития - когда каждые 5-6 месяцев жизни наблюдается переход на следующий психологический возраст. Данный вариант психического развития детей наблюдается только при наличии в восстановительном лечении систематической коррекционно-педагогической помощи.

- минимальный темп психического развития - когда переход на следующий психологический возраст отмечается каждые 13-15 месяцев жизни. Данный вариант психического развития детей наблюдается как при отсутствии, так и при наличии в восстановительном лечении систематической коррекционно-педагогической помощи.

- регрессирующий темп психического развития наблюдается в силу ухудшения соматического или неврологического состояния ребенка.

2. Вариант психического развития детей с множественными нарушениями на первом году жизни определяется двумя факторами: тяжестью неврологической патологии и нарушений здоровья, а также педагогическими условиями, учитывающими особые образовательные потребности младенцев.

3. Специальные условия необходимо создавать на этапе диагностики. Традиционная организация процедуры обследования, без использования специальных методов и приемов, стимулов высокой интенсивности воздействия не позволяет в первом полугодии жизни выявить у младенцев с множественными нарушениями актуальные и потенциальные психические возможности развития.

4. Для детей с множественными нарушениями на первом году жизни необходимы разработка и реализация трех индивидуальных программ

развития, содержание которых позволяет им на каждом возрастном этапе овладевать определенными психологическими достижениями возраста.

5. Раннее систематическое коррекционное обучение детей и регулярное повышение педагогической компетентности родителей предупреждает появление патологических особенностей поведения у младенцев с множественными нарушениями и способствует их социализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последнее десятилетие в России численность детей-инвалидов в общей популяции населения не имеет тенденции к снижению. Это обусловлено возможностями современных медицинских технологий, позволяющих сохранить жизни тяжелобольных младенцев, многим из которых в последующем будет присвоен статус «ребенок-инвалид». Рост количества людей с инвалидностью наблюдается во всем мире, что определяет поиск эффективных мер, которые могли бы способствовать их социальной адаптации и интеграции в общество, снизив экономические затраты на их обеспечение этих людей без ухудшения качества их жизни.

Благодаря модернизации системы образования, которая затрагивает не только организационные вопросы, но и специфику построения образовательных процессов, стало возможным обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в дошкольной образовательной организации начиная со второго месяца жизни. Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с умственной отсталостью и тяжелыми множественными нарушениями развития должно реализовываться по примерным адаптированным основным образовательным программам и индивидуальным программам развития.

Вместе с тем не определена методика выявления детей с множественными нарушениями из общего числа младенцев с перинатальной патологией ЦНС, не изучены их особые образовательные потребности и варианты развития в раннем возрасте, принцип построения, содержание и порядок реализации коррекционного обучения на ранних этапах онтогенеза.

Для решения выше указанных задач коррекционной педагогики было предпринято настоящее исследование.

Первый этап исследования был посвящен изучению особенностей психического развития 968 младенцев в возрасте 3-4 месяцев с перинатальной патологией ЦНС различной этиологии и степени тяжести и

отсутствием тотального поражения анализаторов. В ходе апробации традиционных методик психолого-педагогического обследования (ГНОМ, методика Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печоры и Э. Л. Фрухт), были выявлены 138 детей с «выраженной патологией» и 67 детей со «значительно выраженной патологией», у которых отставание психического развития от возрастного норматива составляло 3 и более эпикризных срока.

Установлено, что традиционная организация процедуры обследования, без использования специальных методов и приемов, стимулов высокой интенсивности воздействия не позволяет в первом полугодии жизни выявить у младенцев со «значительно выраженной патологией» соотношение актуальных достижений и потенциальных возможностей в основных линиях психического развития, без этого невозможно определить для них содержание коррекционно-педагогической помощи. Это обстоятельство стало основанием для разработки дополнительной методики обследования, которая включает специальные методы и приемы, а также игровой инструментарий высокой интенсивности воздействия.

С помощью дополнительной методики у детей со «значительно выраженной патологией» была выявлена зона ближайшего психического развития, которая соответствовала показателям 20 дней.

Соотношение актуального уровня и зоны ближайшего психического развития у детей с множественными нарушениями на каждом возрастном этапе определяло содержание и методы коррекционного обучения, а также техническое оснащение педагогического процесса.

Мониторинг психического развития 46 детей со «значительно выраженной патологией», которые составили группу обучения (ГО), показал, что в период с 3-4 месяцев до 18-19 месяцев удастся реализовать три индивидуальные программы развития: «Развитие сенсомоторной активности и первых ориентировочных реакций», «Формирование поисково-ориентировочного поведения» и «Формирование согласованного поведения и навыка имитации».

Благодаря систематической коррекционно-развивающей работе у детей с множественными нарушениями каждые 5-6 месяцев наблюдалось преобразование зоны ближайшего развития в актуальные психологические достижения, осуществлялся последовательный переход на следующий психологический возраст. Дети ГО в возрасте 18 месяцев в разной мере овладели психологическими достижениями возраста 6 месяцев, психологические достижения зоны ближайшего развития соответствовали показателям 7 месяцев.

Психическое развитие 21 ребенка группы контроля (ГК), которые в силу разных причин, не могли быть включены в коррекционное обучение, имело минимальную динамику: переход на следующий психологический возраст занимал 13-15 месяцев жизни.

Психическое развитие детей ГО и ГК в силу ухудшения соматического или неврологического состояния может реализовываться по регрессирующему варианту, т.е. может происходить утрата ранее сформированных психологических достижений. В ходе нашего исследования регрессирующий вариант развития наблюдался у одного ребенка из ГК и у двух детей ГО.

Успешная реализация содержания индивидуальных программ развития возможна только в случае целенаправленных занятий педагога-дефектолога с ребенком и регулярного повышения педагогической компетентности родителей, они должны владеть коррекционно-педагогическими технологиями воздействия на ход психического развития ребенка.

Регулярное повышение педагогической компетентности родителей в процессе раннего систематического коррекционного обучения детей с множественными нарушениями повышает качество жизни семьи и способствует постепенной социализации ребенка. Наиболее важным результатом ранней коррекционно-педагогической помощи является возможность продолжить обучение детей в малых группах по примерной

адаптированной основной образовательной программе дошкольного образования для детей с умственной отсталостью.

Таким образом, настоящее исследование проведено в соответствии с новой парадигмой образования и отвечает на актуальную потребность коррекционной педагогики: создание методического обеспечения для реализации образовательного процесса детей с множественными нарушениями. Исследование демонстрирует реальные результаты и открывает новые перспективы социализации детей с множественными нарушениями при оказании ранней коррекционно-педагогической помощи. Результаты исследования могут быть использованы специалистами учреждений здравоохранения, социальной защиты и дошкольных образовательных организаций, а также при подготовке педагогов-дефектологов.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Сокращение	Расшифровка
ФГБНУ «ИКП РАО»	Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования»
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ОВЗ	Ограниченные возможности здоровья
ЦНС	Центральная нервная система
ИВЛ	Искусственная вентиляция легких
ЛФК	Лечебная физкультура
КПР	Коэффициент психического развития
ИПР	Индивидуальная программа развития
ДЦП	Детский церебральный паралич
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВП	Выраженная патология
ЗВП	Значительно выраженная патология
ГО	Группа обучения
ГК	Группа контроля
АПР	Актуальное психическое развитие
ЗБР	Зона ближайшего развития
ОНМТ	Очень низкая масса тела
ЭНМТ	Экстремально низкая масса тела

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксарина, Н.М. Воспитание детей раннего возраста / Н.М. Аксарина // М.: Медицина, 1977. – 302 с.
2. Анохин, П.К. Очерки по физиологии функциональных систем / П.К. Анохин. – М.: Медицина, 1975. – 447 с.
3. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учеб. пособие / Е.Ф. Архипова. - М.: АСТ, Астрель, 2007. - 224 с.
4. Аршавский, И.А. Физиологические механизмы индивидуального развития / И.А. Аршавский. – М.: Наука, 1982. – 270 с.
5. Бадалян, Л.О. Детская неврология. 3-е изд. / Л.О. Бадалян. - М.: Медицина, 1984. - 576 с.
6. Баенская, Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет / Е.Р. Баенская // Дефектология. - 1995. - № 5. – С. 76 - 83.
7. Баженова, О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни / О.В. Баженова. – М.: Изд-во МГУ, 1986. – 92 с.
8. Байбарина, Е.Н. Состояние здоровья новорожденных, родившихся у женщин с плацентарной недостаточностью и инфекцией / Е.Н. Байбарина и др.// Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. №5. С. 14-19.
9. Баранов, А.А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практики / Союз педиатров России. - М.: ДЕПО, 2009. - 188 с.
10. Баранов, А.А. Профилактическая педиатрия: руководство для врачей / А. А. Баранов. – М.: Педиатр, 2012. - 744 с.
11. Барашнев, Ю.И., Розанов А.В., Панов В.О., Волобуев А.И. Роль гипоксически-травматических повреждений головного мозга в формировании инвалидности с детства //Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2006. - Т.51. - №4 - С. 41-46.

12. Бауэр, Т. Психическое развитие младенца / Т. Бауэр, Пер. с англ. А.Б. Леоновой, Под общ. ред. А.В. Запорожца, Б.М. Величковского М.: Прогрес, 1979. – 320 с.
13. Басилова, Т.А., Как помочь малышу со сложным нарушением в развития: пособие для родителей / Т.А. Басилова, Н.А. Александрова. - М.: Просвещение, 2008. - 111 с.
14. Батуев, А.С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем: учебник для вузов / А.С. Батуев. - 3-е изд. - СПб.: Питер, 2008. - 317 с.
15. Безруких, М.М. Возрастная физиология (физиология развития ребенка): учеб. пособие / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер. – М.: Академия, 2003. – 416 с.
16. Бельтюков, В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи / В.И. Бельтюков. – М.: Педагогика, 1977. – 176 с.
17. Бернштейн, Н.А. О построении движений / Н.А. Бернштейн. – М.: Медгиз, 1947. – 254 с.
18. Бехтерев, В.М. Проблемы развития и воспитания человека / В.М. Бехтерев; под ред. А.В. Брушлинского, В.А. Кольцова. – М.: Ин-т практ. Психологии; Воронеж: МОДЭК, 1997. – 416 с.
19. Блонский, П.П. Избранные педагогические и психологические сочинения: В 2 т. / П.П. Блонский. — М.: Педагогика, 1979. —2 т. — 304 с.
20. Блюмина, М.Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов / М.Г. Блюмина // Дефектология. – 1989. – № 3. – С. 3 - 10.
21. Бомбардинова, Е.П., Яцык Г.В. Лечение и реабилитация перинатальных поражений нервной системы у детей первых месяцев жизни // Лечащий врач. – 2005. - № 2. – С. 67-70.
22. Бодалев, А.А. О взаимосвязи общения и отношения // Вопросы психологии. – 1994. - № 1. - С. 122 – 127.

23. Божович, Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л.И. Божович. - СПб.: Питер, 2008. - 400 с.
24. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста / Ю.А. Якунин, Э.И. Ямпольская, С.Л. Кипнис, И.М. Сысоева. - М.: Медицина, 1979. – 280 с.
25. Боулби, Д. Привязанность. /Пер. с англ. Н.Г. Григорьевой и Г.В. Бурменская. - М.: Гардарики, 2003. – 480 с.
26. Валлон, А. Психическое развитие ребенка / А. Валлон. – М.: Просвещение, 1967. – 238 с.
27. Вельтищев, Ю.Е. Факторы формирования хронической патологии у детей / Ю.Е. Вельтищев. – М.: Изд-во Б.и, 1982. – 160 с.
28. Венгер, Л.А. Воспитание сенсорной культуры ребенка от рождения до 6 лет / Л.А. Венгер [и др.]. – М.: Просвещение, 1988. – 144 с.
29. Володин, Н.Н. Неонатология. Национальное руководство. / Н.Н.Володин. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 749 с.
30. Выготский, Л.С. Детская психология. - Собр. соч. в 6-ти т. - Т. 4. / под ред. Д.Б. Эльконина. - М.: Педагогика, 1984. - 432 с.
31. Выготский, Л.С Проблемы общей психологии. - Собр. соч. в 6-ти т. - Т. 2 / под ред. В. В. Давыдова. - М.: Педагогика, 1982. - 504 с.
32. Выготский, Л.С. Основы дефектологии – Собр. соч. в 6-ти т. – Т. 5. / под редакцией Т.А. Власовой – М.: Педагогика, 1983. - 368 с.
33. Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций / Л.С. Выготский. – М.: АПН РСФСР, 1960. - 450 с.
34. Выхристюк, О.Ф. Жизнь без родителей: медицинские и социальные проблемы неблагополучных детей / О.Ф. Выхристюк, М.А. Корнюшин, В.Д. Русакова. - Мед. Помощь. – 2001. - № 4. – С. 6-8
35. Гозова, А.П. Изучение психологического развития аномальных детей / А.П. Гозова [и др.] // Дефектология. – 1983. – № 6. – С. 3 – 16.
36. Голованова, Н.Ф. Социализация и воспитание ребенка. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - СПб.: Речь, 2004. - 272 с.

37. Головчиц, Л.А., Федеральный государственный образовательный стандарт для обучающихся с ОВЗ как условие доступности образования для детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития / Л.А. Головчиц, А.М. Царев // Дефектология. - 2014. - № 1. – С. 3 - 13.

38. Грабаров, А.Н., Очерки по олигофренопедагогике: учеб. для студентов дефектол. фак. педвузов и ун-ов / А.Н. Грабаров. - М.: Государственное учебно-педагогическое издательство Министерства Просвещения РСФСР, 1961. – 196 с.

39. Давыдов, В.В. Теория развивающего обучения / В.В. Давыдов. – М.: ИНТОР, 1996. – 544 с.

40. «Декларация о правах инвалидов» [Электронный ресурс]: Резолюция 13-ой сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций № 3447 от 9 декабря 1975 г. // URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml: (Дата обращения: 02.12. 2014).

41. Дети-инвалиды. Правовая защита семей, воспитывающих детей-инвалидов: сб. нормативных актов / Хуснутдинова З.А., Шагарова С.В. – М.: Юридическая литература, 1996. – 229 с.

42. Дети со сложными нарушениями развития: психофизиологические исследования/ под ред. Л.П. Григорьевой. - М.: Экзамен, 2006. - 352 с.

43. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф сервис, 1998. – 329 с.

44. Дети с отклонениями в развитии / под ред. М.С. Певзнер. – М.: Просвещение, 1966. – С. 25-31, 70-76.

45. Дианова, В.И. Роль социализации в системе помощи детям-сиротам с ограниченными возможностями здоровья / В.И. Дианова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. — 2008. — № 5. — С. 53–56.

46. Доскин, В.А. Морфофункциональные константы детского организма: справочник / В.А. Доскин [и др.]. – М.: Медицина, 1997. – 288 с.
47. Дьячкова, М.Г., Концептуальные подходы к организации медико-социальной помощи детям// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины / М.Г. Дьячкова, А.М. Вязьмин, В.И. Макарова. – 2001. - № 3. - С. 35 – 40.
48. Жигорева, М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь: учеб.пособие. / М.В. Жигорева. – М.: Академия, 2006. - 240 с.
49. Журба, Л.Т. Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни / Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова. – М.: Медицина, 1989. – 272 с.
50. Закрепина, А.В. Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья / А.В. Закрепина // Дошкольное воспитание. — 2009. — № 4. — С. 94 – 101.
51. Замский, Х.С. Умственно отсталые дети : История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Х.С. Замский; предисловие Н.П. Коняевой. – 2-е изд. - М. : Издательский центр «Академия», 2008. – 368 с.
52. Занков, Л.В. Обучение и развитие. – М.: Педагогика, 1975. – 440 с.
53. Запорожец, А.В. Значение ранних периодов детства для формирования детской личности / А.В. Запорожец // Принцип развития в психологии / под ред. Л.И. Анцыферовой. – М.: Наука, 1978. – С. 243 – 267.
54. Зелинская, Д.И. Детская инвалидность / Д.И. Зелинская, Л.С. Балева. – М.: Медицина, 2001. – 136 с.
55. Зимняя, И.А. Педагогическая психология: учебник для вузов. - Воронеж: МОДЭК, 2010. – 448 с.
56. Иванов, С.А. Византийское юродство. - М.: Междунар. отношения, 1994. – 240 с.

57. Игры и занятия с детьми раннего возраста с психофизическими нарушениями: пособие / под ред. Е.А. Стребелевой, Г.А. Мишиной. – М.: ИНФРА - М, 2016. – 160 с.
58. Ипполитова, М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М.В. Ипполитова, Р.Д. Бабенкова, Е.М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1993. – 52 с.
59. Исаев, Д.Н. Психические недоразвития у детей / Д.Н. Исаев. – Л.: Медицина, 1982. – 224 с.
60. Исенина, Е.И., Дословесный период развития речи у детей / Е.И. Исенина. – Саратов: Изд-во СГУ, 1986. – 162 с.
61. Катаева, А.А. Дошкольная олигофренопедагогика : учебник для вузов / А.А. Катаева, Е.А. Стребелева. – М.: Владос, 2005. – 207 с.
62. Камаев, И.А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения / И.А. Камаев, М.А. Позднякова. – Н. Новгород: НГМА, 2004. – 301 с.
63. Кащенко, В.П. Педагогическая коррекция: книга для учителя. 2-е изд. / В.П. Кащенко.- М.: Просвещение, 1994. - 223 с.
64. Кешишян, Е.С. Психомоторное развитие детей на первом году жизни: пособие для врачей / Е.С. Кешишян. Моск. науч.-исслед. ин-т педиатрии и дет. хирургии М-ва здравоохранения РФ. – М.: Медицина, 2000. – 48 с.
65. Кистяковская, М.Ю. Развитие движений у детей первого года жизни / М.Ю. Кистяковская. – М.: Педагогика, 1970. – 224 с.
66. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных: метод. рекомендации № 99/34 / под ред. Н.Н. Володина, А.С. Петрухина. – М., ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 40 с.
67. Кобрина, Л.М. Особенности семейного воспитания детей с множественными сенсорными нарушениями / Л.М. Кобрина // Профилактика аномалий развития в пренатальном, натальном и постнатальном периодах:

метод, рекомендации для студ. дефектологического фак-та. – Череповец: ЧГУ, 1997. – 120 с.

68. Козловская, Г.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест "Гном" / Г.В. Козловская, М.А. Калинина, А.В. Горюнова. – М.: МГИУ, 2012. – 89 с.

69. Кольцова, М.М. Двигательная активность и развитие функции мозга ребенка / М. М. Кольцова. – М.: Педагогика, 1973. – 143 с.

70. Концепция Специального Федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья (Стандарты второго поколения). / Н.Н. Малофеев, О.И. Кукушкина, О.С. Никольская, Е.Л. Гончарова. — М.: Просвещение, 2013. — 42 с.

71. Конюс, Э.М. Истоки русской педиатрии. М.: Медгиз, 1946. - 415 с.

72. Коробейников, И.А. Нарушения развития и социальная адаптация /И.А. Коробейников. – М.: ПЕР СЭ, 2002. - 192 с. Более свежее, тема исследования моя

73. Красногорский, Н.И. Развитие учения о физиологической деятельности мозга у детей: ст., лекции, докл. – Л.: Изд-во ин-та ОЗДиП, 1939. – 204 с.

74. Кривина, С.М. Развитие и воспитание детей первого года жизни / Сестра-воспитательница яслей и младших групп детских садов. - М.: Медицина, 1977, – 560 с.

75. Лазуренко, С.Б. Диагностика психологического возраста детей первых трех лет жизни. Методика «ЯСЛИ» / С.Б. Лазуренко. – М.: АдамантЪ, 2014. – 272 с.

76. Лазуренко, С.Б. Диагностика психологической активности младенцев : метод. пособие / С.Б. Лазуренко, Е.А. Стребелева, Г.В. Яцык, Н.Н. Павлова, О.Б. Половинкина. – М.: ИНФРА, 2017. – 70 с.

77. Лазуренко, С.Б. Психическое развитие детей с нарушениями здоровья в раннем возрасте / С.Б. Лазуренко. – М.: Логомаг, 2015. – 256 с.

78. Ларикова, И. Права особого ребенка в России: как изменить настоящее, обеспечить достойное будущее: руководство для родителей, социальных адвокатов, работников системы образования и сферы реабилитации / И. Ларикова, Р. Дименштейн, Е. Заблоцкис, П. Кантор; под ред. И. Лариковой. – М.: Теревинф, 2010. – 384 с.

79. Лебедев, Б.В. Невропатология раннего детского возраста / Б. В. Лебедев, Ю.И. Барашнев, Ю.А. Якунин. – Л.: Медицина, 1981. – 352 с.

80. Лебединский, В.В., Эмоциональные нарушения в детском возрасте / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 196 с.

81. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие / И. Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М.: Академия, 2001. – 192 с.

82. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики. – 4-ое изд. - М.: Моск. Ун-та, 1981. – 584 с.

83. Лещинская, Т. Л. Сенсомоторное обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью / Т. Л. Лещинская// Дефектология. - 2005. - № 4. – С. 26 – 34.

84. Лильин, Е.Т. Детская реабилитология: учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей / Е.Т. Лильин, В.А. Доскин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Литтерра, 2011. - 640 с.

85. Лисина, М.И. Проблемы онтогенеза общения / М.И. Лисина. – М.: Педагогика, 1986. – 136 с.

86. Лисицин, Ю.П. История медицины: учебник / Ю.П. Лисицин. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 400 с.

87. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.

88. Лурия, А.Р. Мозг человека и психические процессы / А.Р. Лурия. – Т II – М.: Педагогика, 1970. – 496 с.

89. Маллер, А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии: практ. пособие / А.Р. Маллер. – М.: АРКТИ, 2005. – 176 с.
90. Малофеев, Н.Н. История становления и развития национальных систем специального образования (социокультурный контекст) / Н.Н. Малофеев // Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Академия, 2005. – 400 с.
91. Малофеев, Н.Н. Ранняя помощь – приоритет современной коррекционной педагогики: из опыта работы Института коррекционной педагогики Российской академии образования / Н. Н. Малофеев // Дефектология. – 2003. – № 4. – С. 7 – 11.
92. Малофеев, Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Россия: учеб. пособие для студ. пед. вузов: в 2 ч. / Н.Н. Малофеев. – ч. 2. – М.: Просвещение, 2010. – 319 с.
93. Малофеев, Н.Н. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: Основные положения концепции / Н.Н. Малофеев [и др.]. – М.: Просвещение, 2013. – 42 с.
94. Мамайчук, И.И. Психическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2001. - 220 с.
95. Мастюкова, Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.
96. Методы обследования речи детей: пособие по диагностике речевых нарушений / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – 4-е изд., доп. – М.: АРКТИ, 2003. – 240 с.
97. Мещеряков, А.И. Слепоглухонемые дети // Развитие психики в процессе формирования поведения. – М.: Педагогика, 1974. – 327 с.
98. Мозг и поведение младенца / под ред. О.С. Адрианова. – М.: Институт психологии РАН, 1993. – 229 с.

99. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. - М.: Речь, 2003. - 288 с.

100. Мясичев, В.Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии / В.Н. Мясичев // Психология личности в трудах отечественных психологов / сост. Л.В. Куликов. – Санкт-Петербург: Питер, 2001. – С. 157-160.

101. Нейробиологические основы возникновения и восстановительного лечения перинатального поражения центральной нервной системы у детей / ФГАУ «Науч. центр здоровья детей» Минздрава России, Союз Педиатров России под ред. Намазовой-Барановой Л.С. – М.: ПедиатрЪ, 2016. – 184 с.

102. Новоселова, С.Л. Генетические ранние формы мышления / С.Л. Новоселова. - М.: Мос. психол.-соц. ин-т, 2002. - 320 с.

103. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) - Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. № 1599 / Опубликовано: 20 декабря 2014 г. [Электронный ресурс] // URL: <http://минобрнауки.рф/документы/5133> (Дата обращения: 19.02. 2015).

104. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования - Приказ Министерства образования и науки РФ, Москва; Федеральный выпуск № 6241 25 ноября 2013г. [Электронный ресурс] // URL: <http://www.rg.ru/2013/11/25/doshk-standart-dok.html/> (Дата обращения: 02.12 2014).

105. Овчарова, Р.В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие / Р.В. Овчарова. – М.: Московский психолого-социальный институт. -2006. - 496 с.

106. Овчинникова, Т.С. Методы и формы работы с детьми, имеющими отклонения в развитии и ограниченные возможности здоровья: моногр. / Т.С. Овчинникова, Л.Н. Ростомашвили, Н.В. Лукьяненко; под общ. ред. Н.В. Лалетина. – Красноярск: Центр информации, 2011. – 136 с.

107. Орбели, Л.А. Об эволюционном принципе в физиологии // Избранные труды: Избр. тр., Т. 1. - Л.: Наука, 1969. – 135 с.

108. От рождения до школы. Примерная основная общеобразовательная программа дошкольного образования / под ред. Н.Е. Вераксы, Т.С. Комаровой, М.А. Васильевой. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2014. – 368 с.

109. Оценка риска возникновения у новорожденных и младенцев нарушений нервно-психического развития: метод. рекомендации для педиатров / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, С.Б. Лазуренко, А.Г. Ильин, Г.В. Яцык, С.Р. Конова, Н.Н. Павлова, М.П. Баринов. – М.: ПедиатрЪ, 2016. – 36 с.

110. Пальчик, А.Б. Неврология недоношенных детей / А.Б. Пальчик, Л.Р. Федорова, А.Е. Понятишин. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 376 с.

111. Пальчик, А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных : рук. для врачей / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. – СПб.: Питер, 2001. – 224 с.

112. Пантюхина, Г.В. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста / Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт; под ред. В.А. Доскина. - М.: ВУНМЦ, 1996. - 76 с.

113. Певзнер, М.С. Дети-олигофрены / М.С. Певзнер. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1959. – 486 с.

114. Перре-Клермон, А.Н. Роль социальных взаимодействий в развитии интеллекта детей / А.Н. Перре-Клермон. – М.: Педагогика, 1991. – 248 с.

115. Пиаже, Ж. Избранные психологические труды / Ж. Пиаже. – М.: Просвещение, 1969. – 659 с.

116. Познавательные процессы: ощущения, восприятие / под ред. А. В. Запорожца, Б.Ф. Ломова, В.П. Зинченко // НИИ общ. и пед. психологии АПН СССР. – М.: Педагогика, 1982. – 336 с.

117. Приказ от 04.12.1992 № 318 МЗ РФ «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения» [Электронный ресурс] // URL: <http://www.lawmix.ru/med/17265> (Дата обращения 3.11.2011).

118. Приходько, О.Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации: монография / О.Г. Приходько. – СПб.: Изд-во РГПУ им. Герцена, 2008. – 208 с.

119. Проблемы психофизиологии развития познавательных процессов у детей со сложными нарушениями / Л.П. Григорьева, З.С. Алиева, М.Э. Бернадская и др. // Дефектология. – 2002. – № 4. – С. 3 - 15.

120. Психологический словарь / под ред. В.В. Давыдова, А.В. Запорожца, Б.Ф. Ломова и др. – М.: Педагогика, 1983. – 448 с.

121. Пузин, С.Н. Основные причины формирования инвалидности у детей / С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова // Медико-соц. экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями. М., 2005. - № 1. - С. 31 - 35.

122. Равич-Щербо, И.В. Роль среды и наследственности в формировании индивидуальности человека. – М.: Педагогика, 1988. – 366 с.

123. Разенкова, Ю.А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития / Ю.А. Разенкова. – М.: Карапуз, 2011. – 90 с.

124. Разенкова, Ю.А. Предупреждение и преодоление трудностей развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: дис. ... док. пед. наук: 13.00.03 / Ю. А. Разенкова – Москва, 2017. – 207 с.

125. Ранняя коррекционно-педагогическая помощь детям с нарушениями психического развития: монография / Е.А. Стребелева, С.Б. Лазуренко, А.В. Закрепина. – М.: Парадигма, 2016. – 160 с.

126. Римашевская, Н.В. Начальные проявления психических расстройств у детей раннего возраста (от 0 до 3 лет) / Н.В. Римашевская // Материалы IV конгресса педиатров России: Охрана психического здоровья детей и подростков. – М.: Союз педиатров России, 1998. – 181 с.

127. Розенгард-Пупко, Г.Л. Речь и развитие восприятия в раннем возрасте / Г.Л. Розенгард-Пупко. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1963. – 199 с.

128. Руководство по неонатологии / под ред. Г.В. Яцык. – М.: ГАРДАРАКИ, 2004. – 400 с.

129. Румянцев, А.М. Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей: руководство для врачей / А.М. Румянцев, М.В. Тимакова, С.М. Чечельницкая. – М.: Медпрактика, 2004. – 388 с.

130. Сеген, Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно-ненормальных детей / пер. с фр. М.П. Лебедевой: под ред. В.А. Енько – Спб.: Лихтеншатд, 1903. – 319 с.

131. Семенова, К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах / К. А. Семенова. – М.: Медицина, 1976. – 185 с.

132. Сергиенко, Н.С. Диагностическое значение методики «Гном» в оценке нервно-психического развития детей с нарушениями речи / Н.С. Сергиенко, А.В. Горюнова, О.И. Маслова // Вестн. практ. неврологии. – 1997. – № 3. – С. 72 – 73

133. Сеченов, И.М. Рефлексы головного мозга. – М.: - «Издательство АСТ». – 2014. – 100 с.

134. Скворцов, И.А. Неврология развития: руководство для врачей / И.А. Скворцов. – М.: Литтерра, 2008. – 544 с.

135. Смирнова, Е.О. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет: Методическое пособие для практических психологов / — Е.О.Смирнова, Л. Н. Галигузова, Т.В.Ермолова, С.Ю.Мещерякова. 2-е изд. испр. и доп. - СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2005.- 144 с.

136. Солнцева, Л.И., Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л.И. Солнцева, С.М. Хорош. – М.: Всероссийское ордена трудового красного знамени общество слепых. Педагогика, 1983. – 67 с.

137. Сологубова, И.Е., Маслова О.И., Кузенкова Л.М. Динамика психических нарушений на фоне медицинской реабилитации у детей с

неврологической патологией / И.Е. Сологубова, О.И. Маслова, Л.М. Кузенкова // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т 5. – №1. – С. 544

138. Социальные риски семей с детьми и меры по их предупреждению: науч.-метод. пособие / под ред. Л.С. Алексеевой. - М.: Гос. НИИ семьи и воспитания, 2004. - 128 с.

139. Специальная дошкольная педагогика: учебник для студентов учреждений высш. проф. образования / [Е.Р. Баенская, Т.А. Басилова, А.Л. Венгер и др.]; под ред. Е.А. Стребелевой. – 2-е изд. М.: Академия, 2013. – 352 с.

140. Стребелева, Е.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина. – М.: Парадигма, 2015. - 72 с.

141. Студеникин, В.М., Акоев Ю.С., Шамансуров Ш.Ш. Неонатальная неврология. – М.: Медфорум, 2014. – 480 с.

142. Ткачева, В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. - М.: АСТ, 2007. – 318 с.

143. Трошин, Г.Я. Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и аномальных детей: В 2 т. / Г.Я. Трошин – Петроград: Издание клиники доктора Г.Я. Трошина, 1915. – 404 с.

144. Тонкова – Ямпольская, Р.В. Внешняя среда и психическое развитие ребенка / под ред. Р.В. Тонковой-Ямпольской [и др.]. – М.: Медицина, 1984. – 207 с.

145. Фельдштейн, Д.И. Психология взросления: структурно-содержательные характеристики процесса развития личности / Д.И. Фельдштейн. – М.: Моск. психол.-социальный ин-т: Флинта, 1999. – 672 с.

146. Фигурин, Н.Л. Этапы развития поведения детей в возрасте от рождения до одного года / Н.Л. Фигурин, М.П. Денисова. – М.: Медгиз, 1949. – 104 с.

147. Филиппова, Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. - М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2002. – 234 с.
148. Фишман, М.Н. Нейрофизиологические механизмы отклонений; в умственном развитии у детей: учебное пособие. / М.Н. Фишман - М.: Экзамен, 2006. – 156 с.
149. Фонарев, А.М. Развитие ориентировочных реакций у детей / А.М. Фонарев. – М.: Педагогика, 1977. – 88 с.
150. Футер, Д.С. Заболевания нервной системы у детей / Д.С. Футер. – М.: Медицина, 1965. – 556 с.
151. Хабарова, Л.М. Оценка эффективности реабилитации детей первых трех лет жизни, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Л.М. Хабарова. – Барнаул, 2004. – 22 с.
152. Хайртдинова, Л.Ф. Формирование первоначальных представлений о себе у дошкольников с нарушением интеллекта: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Л.Ф. Хайртдинова. – Москва, 2002. – 22 с.
153. Хейссерман, Э. Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка. (Оценка интеллектуального, сенсорного и эмоционального развития) / Э. Хейссерман. – М.: Просвещение, 1964. – 388 с.
154. Шабалов, Н.П. Педиатрия. - СПб: СпецЛит, 2005. - 895 с.
155. Шипицына, Л.М. Необучаемый ребенок в семье и обществе: монография/ Л.М. Шипицына. - СПб.: Речь, 2005. - 496 с.
156. Шматко, Н.Д. Если малыш не слышит... / Н.Д. Шматко, Т. В. Пельмская. – М.: Просвещение, 1995. – 124 с.
157. Щелованов, Н.М. Развитие и воспитание ребенка от рождения до трех лет. М.: Просвещение, 1969. – 181 с.
158. Эльконин, Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах: избр. психол. тр. / Д.Б. Эльконин; под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: Воронеж, 1995. – 414 с.

159. Яцык, Г.В. Неонатология / Г.В. Яцык. – 3-е изд. – М.: Наука, 2000. – 236 с.
160. Яцык, Г.В. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей / под ред. Яцык Г.В. — М.: ПедиатрЪ; 2012. — 156 с.
161. Bayley, N. Bayley scales of infant development / N. Bayley // 2 end Manual. – N. Y.: The Psychological corporation, 1993. - 468 p.
162. Brain and visual perception: the story of a 25-year collaboration / David H. Hubel, Torsten N. Wiesel, Oxford university press, 2004. - 738 p.
163. Child Development Perspectives / John P. Spenser, Sammy Perone and Aaron T. Buss. Vol. 5. N 4. 2011. P. 260-266
164. Children with Disabilities, 7th edition / Mark L. Batshaw, M.D., Nancy J. Roisen, M.D., Gaetano R. Lotrecchiano, Ed. D., Ph. D. Paul H. – Brookers Publishing Co., 2013. – 868 p.
165. Developing cognitive neuroscience / M.N. Johanson, M.D. Haan. John Wiley & Sons, Ltd. 2015. – 343 p.
166. Disorders of development and learning, Volume 1, Mark Wolraich, BC Decker Inc, 2003. – 350 p.
167. Dubowitz, L. The neurological assessment of the preterm and full-term newborn infant / L. Dubowitz // Arch Dis Child Neonatal. – 2001. – P. 78.
168. Stremel, K., & Campbell, P. Implementation of early intervention within natural environments. Early Childhood Services: An Interdisciplinary Journal of Effectiveness 1(2). 2007. P. 83–105
169. Handbook of Developmental Disabilities / Samuel L. Odom, Robert H. Horner, Martha E. Snell, The Guilford Press; Reprint edition (January 21, 2009). – 654 p.
170. Katz-Salamon, M. Perinatal risk factors and neuromotor behaviour during the neonatal period / M. Katz-Salamon [et all] // Acta. Paediatr. Suppl. – 1997 Apr. – № 419. – P. 27–36.
171. Lems, W. Mental and motor development in preterm infants: the issue

of corrected age / W. Lems, B. Hopkins, I.F. Samson // *Early Hum. Pen.* – 1993. – Vol. 34. – № 1-2. – P. 113–123.

172. Lewis V. *Development and Disability* / V. Lewis. – L.: Hardback, 0–631–23466–7; Paperback, – 2002. – 432 p.

173. *Special education in the twenty-first century*, Margret A. Winzer, Kas Mazurek, Washington, D.C. : Gallaudet University Press, 2000. – 272 p.

174. *Special educational needs in the early years*, Ruth A. Wilson, Routledge, 2003. – 288 p. (2-е переизданное изд-е).

175. *Special needs education: statistics and indicators*, Centre for Educational Research and Innovation, Paris : OECD, 2000.

176. *Supporting inclusion in the early years*, Caroline A. Jones, Open University Press Maidenhead, New York 2004. – 144 p.

177. *What do We Know about Neonatal Cognition?* Arlette Streri, Maria Dolores de Hevia, Veronique Izard, Aurelie Coubart. *Behavioral Science* 3(1). 2013. P. 154 – 169.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Дополнительная методика обследования младенцев с множественными нарушениями

Методика психолого-педагогического обследования позволяет оценить у детей с множественными нарушениями в стабильном соматическом и неврологическом состоянии качество безусловно-рефлекторных ответов и функциональных возможностей тактильного, двигательного, зрительного и слухового анализатора, зафиксировать характерную психическую активность путем наблюдения за его поведением в период бодрствования [76]. Эта информация обеспечивает педагогу-дефектологу возможность разработки индивидуальной программы воспитания и обучения, определение содержания, методов, приемов и технического оснащения педагогической помощи в первые месяцы жизни.

Психолого-педагогическое обследование педагог-дефектолог проводит с разрешения лечащего врача в присутствии близкого взрослого в утреннее время в период бодрствования ребенка.

Процедура обследования включает в себя 6 серий заданий, в каждом из которых два упражнения. Наличие двух проб позволяет специалисту вызвать и объективно оценить безусловно-рефлекторную активность ребенка, даже если она крайне низкая.

Для стимуляции психической активности детей с множественными нарушениями в процессе диагностики оказывается воздействие стимулами высокой интенсивности, эффект которых значительно усилен. Наряду с этим создаются специальные условия и применяются специальные педагогические приемы: комфортное положение для малыша, использование способа «рука в руку», многократное предъявление сенсорного стимула, паузы между заданиями.

Задания предъявляются в строгой последовательности, на каждое отводится до одной минуты, полностью диагностическое обследование длится не более 3-5 минут.

Результаты диагностики интерпретируются определенным образом и отражаются в сжатой форме в педагогической характеристике ребенка.

Так, отсутствие ответа обозначается 0; слабый однократно регистрируемый ответ - 0,5 балла; устойчивый безусловно-рефлекторный ответ 1 балл. Баллы за каждое задание суммируются, что является обобщенным количественным показателем качества безусловно-рефлекторного ответа того или иного анализатора. Общий числовой показатель безусловно-рефлекторного ответа расценивается как отсутствие – 0; индикатор зоны ближайшего развития – 0,5-1 балл, устойчивая зона ближайшего развития – 2 балла.

Педагогическая характеристика включает в себя описание поведения ребенка при выполнении того или иного задания, балльную оценку безусловно-рефлекторного ответа, педагогическое заключение и рекомендации по развитию психической активности.

1. Оценка функциональных возможностей двигательного анализатора.

Задание №1

Цель: выявить безусловно-рефлекторный ответ в виде подъема головы в положении на животе при создании опоры под грудью.

Диагностический материал: резиновый надувной валик.

Организация: взрослый выкладывает ребенка на живот, подкладывает под его грудь валик, немного согнутые в локтях руки располагаются сверху валика. Взрослый поглаживает ребенка по спине вдоль позвоночного столба. Берет руками валик с двух сторон, совершает покачивающие движения им, дает ребенку возможность почувствовать неустойчивость положения.

Оценка результата:

0 баллов - ответ не регистрируется.

0,5 баллов – при наличии опоры под грудью, ребенок отрывает голову от поверхности, поднимает ее на 1-2 секунды и тут же опускает в исходное положение.

1 балл – при наличии опоры под грудью ребенок делает попытку сгруппироваться, подтягивает руки к груди, через несколько секунд отрывает голову от поверхности, поднимает и удерживает 2-4 секунды. После чего опускает голову в исходное положение.

Задание №2

Цель: в положении на животе выявить наличие безусловно-рефлекторного ответа в виде поворота головы в сторону.

Диагностический материал: не требуется.

Организация: ребенок лежит на спине, взрослый быстро меняет его положение, переворачивает и выкладывает животом на твердую поверхность, проводит руками по спине ребенка вдоль позвоночника.

Оценка результата:

0 баллов - ответ не регистрируется.

0,5 баллов – при вкладывании на твердую поверхность ребенок несколько секунд лежит без движения, после повторной стимуляции руками по позвоночнику делает полуповорот головой в сторону.

1 балл – при вкладывании на твердую поверхность ребенок сразу поворачивает голову в сторону. В отдельных случаях может запрокинуть голову.

II. Оценка функциональных возможностей кожного анализатора.

Задание №1

Цель: выявить безусловно-рефлекторный ответ в виде изменения мимики при контакте сенсорного стимула с поверхностью щеки.

Диагностический материал: небольшая щетка с жесткой ворсистой щетиной.

Организация: ребенок находится на спине на поверхности пеленального стола, взрослый несколько раз дотрагивается стимулом до щеки ребенка, проводит по ней в сторону уголка рта, останавливается и делает паузу до 3-5

секунд. Затем взрослый совершает аналогичное воздействие стимулом по другой щеке ребенка.

Оценка результата:

0 баллов - ответ не регистрируется.

0,5 баллов – при прикосновении стимула к поверхности щеки поведение ребенка не меняется, на повторное прикосновение и продвижение к уголку рта ребенок открывает рот, у него изменяется мимика.

1 балл – на прикосновение стимула к поверхности щеки у ребенка изменяется мимика, приоткрывается рот, появляются произвольные движения языком и губами, приостанавливается двигательная активность.

Задание №2

Цель: выявить безусловно-рефлекторный ответ в виде захвата сенсорного стимула при контакте с внутренней поверхностью ладони.

Диагностический материал: маленький резиновый мячик с жесткой поверхностью.

Организация: ребенок лежит на спине, взрослый несколько раз прикасается к пальцам его руки стимулом, проводит по ним, раскрывает кулак и дотрагивается игрушкой до центра ладони. Делает паузу до 5 секунд и ту же последовательность осуществляет на другой руке ребенка.

Оценка результата:

0 баллов - ответ не регистрируется.

0,5 баллов – на прикосновение стимула к руке на лице ребенка появляется мимика сосредоточения. При дальнейшем оказании воздействия ребенок приоткрывает кулак, разводит пальцы, когда игрушка прикасается центральной части ладони, ребенок смыкает пальцы вокруг предмета, удерживает 1-2 секунды, затем разжимает пальцы.

1 балл – на прикосновение к руке стимула на лице ребенка появляется мимика сосредоточения. При дальнейшем оказании воздействия ребенок приоткрывает кулак, разводит пальцы, когда игрушка касается центра ладони, ребенок обхватывает пальцами предмет, удерживает его до 5 секунд.

III. Выявление функциональных возможностей слухового анализатора.

Задание №1

Цель: выявить безусловно-рефлекторный ответ в виде замирания, изменения мимики в положении на животе.

Диагностический материал: клаксон с резким громким звуком.

Организация: взрослый выкладывает ребенка животом на твердую ровную поверхность пеленального стола, под грудь подкладывает валик, руки располагаются сверху валика. Взрослый находится перед ребенком, лицом к нему. Одной рукой придерживает ребенка за спину, в другой удерживает сенсорный стимул на расстоянии 40 см. от уха ребенка и извлекает звук. Делает паузу 5-10 секунд и извлекает звук с другой стороны от ребенка на том же расстоянии от уха.

Оценка результата:

0 баллов - ответ не регистрируется.

0,5 баллов – при неоднократном предъявлении звука с одной стороны у ребенка отмечается замирание на 1-2 секунды, при повторном предъявлении звукового стимула с другой стороны на лице ребенка появляется мимика сосредоточения.

1 балл - при однократном появлении звука или после него отмечается замирание, сжимание пальцев, напряжение телом, при повторном предъявлении звукового стимула с другой стороны на лице ребенка возникает мимика сосредоточения, поисковые движения глазами яблоками.

Задание №2

Цель: выявить в положении на спине безусловно-рефлекторный ответ в виде замирания на голос взрослого повышенной громкости.

Диагностический материал: не требуется

Организация: в момент бодрствования ребенок лежит спиной на твердой ровной поверхности, взрослый приближается к нему, старается не попасть в поле зрения, произносит громким голосом слово или словосочетание. Делает паузу 5-10 секунд и оказывает сенсорное воздействие с другой стороны.

Оценка результата:

0 баллов - ответ не регистрируется.

0,5 баллов – услышав громкий голос, ребенок резко вздрагивает всем телом, после чего мгновенно замирает.

1 балл – на громкий голос ребенок резко вздрагивает всем телом, раскидывает руки в стороны или прижимает их к туловищу, после чего замирает на 3-5 секунд, изменяется мимика.

IV. Выявление функциональных возможностей зрительного анализатора.*Задание №1*

Цель: выявить безусловно-рефлекторный ответ в виде остановки взгляда при появлении в поле зрения сенсорного стимула.

Диагностический материал: светящийся объект (фонарик с мерцающим эффектом или небольшой светильник).

Организация: взрослый располагает ребенка спиной на поверхности пеленального стола, на расстоянии 40-50 см от лица ребенка на уровне его глаз размещает стимул, двигает его вправо и влево, дозирует подачу светового элемента, пытаясь добиться у ребенка фиксации взгляда на предмете.

Оценка результата:

0 баллов - ответ не регистрируется.

0,5 баллов – на появление сенсорного стимула в поле зрения у ребенка отмечается фиксация (1-2 секунды) на светящемся предмете. При его перемещении в сторону глазные яблоки не меняют свое положение.

1 балл – на появление стимула в поле зрения ребенок замуривает глаза, затем открывает и фиксирует взглядом светящийся предмет до 3-5 секунд, не отводя от него взгляда. При перемещении предмета в сторону, отсрочено глазами совершает движение вслед предмету, после этого глазные яблоки меняют свое положение, ребенок перестает фиксировать взглядом предмет.

Задание №2

Цель: выявить безусловно-рефлекторный ответ в виде сосредоточения в позе на спине при появлении в поле зрения сенсорного стимула.

Диагностический материал: крупная яркая игрушка со световой подвижной деталью.

Организация: взрослый кладет ребенка спиной на поверхность пеленального стола, на расстоянии 50-70см. от глаз ребенка немного сбоку предъявляет сенсорный стимул, начинает медленно перемещать его из стороны в сторону (или вверх и вниз), приводя в движение световую деталь, пытается зафиксировать зрительное сосредоточения на предмете у ребенка.

Оценка результата:

0 баллов - ответ не регистрируется.

0,5 баллов – в первые секунды ребенок не реагирует на появлении стимула, но при вращении детали и появлении света за счет перемещения предмета останавливает взгляд на нем, сосредотачивается на 1-2 секунды, после чего глазные яблоки уплывают в сторону.

1 балл – при вращении детали и появлении света при перемещении предмета ребенок останавливает взгляд на нем, сосредотачивается на 3-5 секунды и совершает движение глазами вслед предмету.

V. Поведение ребенка перед, в процессе и после кормления.

Задание №1

Цель: оценить поведение ребенка при ощущении голода.

Диагностический материал: не требуется.

Организация: ребенок находится в кровати, мать на небольшом удалении от него, экспериментатор наблюдает за происходящим.

Оценка результата:

0 баллов – при наступлении времени кормления поведение ребенка меняется незначительно, наблюдается небольшая двигательная активность, которая быстро угасает, ребенок становится пассивным.

0,5 баллов – при наступлении времени кормления поведение ребенка меняется, но проявления ожидания кормления крайне сглажены и быстро

истощаемы. У младенца наблюдается двигательное беспокойство, которое быстро усиливается и сопровождается криком. При взятии матерью на руки ребенок успокаивается, двигательное беспокойство проходит, поисковых движений ртом не совершает.

1 балл – при наступлении времени кормления у ребенка отмечается ожидание приема пищи. Ребенок проявляет беспокойство, которое постепенно увеличивается: появляются спонтанные движения конечностями и крик с паузами, через несколько секунд крик становится более длительным и громким, усиливается двигательное беспокойство. При взятии матерью на руки малыш успокаивается, начинает искать грудь, совершает причмокивающие движения губами, при отсутствии кормления крик переходит в плач.

Задание № 2 (при оральном питании)

Цель: оценить поведение ребенка в момент кормления.

Диагностический материал: не требуется.

Организация: экспериментатор находится недалеко от матери и ребенка, наблюдает за его поведением в момент кормления.

Оценка результата:

0 баллов – самостоятельно поисковых движений в сторону источника питания не делает, нуждается в длительной стимуляции (направление головы, открывание рта). Сосательные движения медленные, с частыми паузами, выпускает изо рта грудь/соску, в последующем каждый раз нуждается в стимуляции, процесс кормления проходит длительно (30-40 минут), полный объем порции ребенок не съедает, устает, засыпает.

0,5 баллов – при взятии на руки ребенок начинает поворачивать голову из стороны в сторону, ищет источника питания. На прикладывание к груди, прикосновение соски к губам - малыш приоткрывает рот, присасывается долго, нуждается в стимуляции. Производит активные сосательные движения в первые минуты, быстро устает, делает перерыв для отдыха до 1-2 минут,

после чего в более медленном ритме и с частыми паузами съедает практически весь объем порции, процесс кормления занимает до 30 минут.

1 балл – при взятии на руки ребенок совершает поисковые движения в сторону источника питания. Пытается захватить грудь или соску, требуется стимуляция, после которой осуществляет захват губами грудь/бутылку, совершает ритмичные движения губами. Сосет активно, съедает половину порции, потом происходит замедление движений губ, вторая половина кормления проходит медленнее с паузами и стимуляцией, но порцию ребенок съедает до конца. Процесс кормления занимает до 20-25 минут.

VI. Поведение ребенка в условиях дискомфорта.

Задание №1

Цель: оценить поведение ребенка при ощущении дискомфорта при прикосновении к лицу влажным диском.

Диагностический материал: теплая вода, ватные диски.

Организация: взрослый проводит гигиеническую процедуру - умывание, ребенок лежит на поверхности пеланального стола лицом ко взрослому. Взрослый берет мягкий ватный диск, смачивает его теплой водой и начинает протирать сначала один глаз от наружного угла к внутреннему, затем вторым диском другой глаз. Потом протирает все лицо ребенка.

Оценка результата:

0 баллов - поведение ребенка не меняется, к процессу умыванию относится безразлично.

0,5 баллов – при протирании глаз ватным тампоном поведение ребенка практически не изменяется, он пытается отвернуть голову в сторону, проявляет незначительное двигательное беспокойство. При протирании лица ватным тампоном двигательное беспокойство угасает.

1 балл – при прикосновении влажного тампона и протирании глаз поведение ребенка изменяется: он начинает активно двигать верхними конечностями, на лице появляется гримаса недовольства, сводит брови, отворачивает голову в сторону, пытаясь освободиться от неприятного ощущения, периодически

кричит. При протирании лица влажным тампоном ребенок постепенно успокаивается, лицо принимает обычное выражение.

Задание №2

Цель: оценить поведение ребенка в условиях дискомфорта (мокрое белье).

Диагностический материал: мягкая марлевая салфетка.

Организация: ребенок находится на спине на поверхности пеленального стола, взрослый марлевой салфеткой, достаточно хорошо смоченной водой комнатной температуры протирает живот, паховые складки и ноги ребенка, затем оставляет влажную марлевую салфетку непосредственно около ноги ребенка. Наблюдает за изменением в поведении младенца.

Оценка результата:

0 баллов - поведение ребенка не меняется, он безразличен к протиранию, не реагирует на ощущение чувства холода от мокрой марлевой салфетки.

0,5 баллов – поведение ребенка меняется незначительно, проявляет беспокойство на прикосновении мокрой марлевой салфетки, реагирует вздрагиванием всего тела и конечностей, при ощущении холода от салфетки у ребенка отмечается некоторая двигательная активность, которая быстро угасает.

1 балл – поведение ребенка меняется: на прикосновении мокрой марлевой салфетки к телу на лице появляется гримаса недовольства, нарастает двигательная активность, при ощущении холода от салфетки кожа ребенка покрывается мурашками, появляется крик, который переходит в плач, двигательное беспокойство усиливается, ребенок старается избавиться от неприятного ощущения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Набор игровых пособий для дополнительной методики обследования

Набор включает в себя игровые пособия, у которых эффект определенного воздействия значительно усилен и за счет этого их можно отнести к стимулам высокой интенсивности. С помощью них можно оказать воздействие на каждый из основных анализаторов ребенка и тем самым вызвать его активность. Яркость, контрастность, сочетание разных цветовых оттенков, громкость игрушек, необычная фактура материала позволят привлечь внимание ребенка. Каждый предмет включает в себя несколько стимулирующих эффектов.

Тактильное воздействие высокой интенсивности:

- яркая щетка с жесткой безопасной щетиной;
- яркая игрушка-пищалка с фактурной мягкой поверхностью;
- яркая игрушка-пищалка с поверхностью в виде шипов;
- разноцветные маленькие шарики (резиновые, железные, деревянные, с пупырчатой поверхностью, тряпичные), уместающиеся в руке ребенка (диаметр 3-4см);
- яркая контрастная мягкая игрушка с элементами вибрации и шуршания;
- яркий браслет на руку с мягкой фактурной поверхностью;
- яркий контрастный надувной матрас с фактурной поверхностью;
- яркие надувные валики и подушки различной фактуры.

Акустическое воздействие высокой интенсивности:

- яркий маракас небольшого размера с достаточно громким резким звуком,
- блестящий колокольчик среднего размера с интенсивным звучанием,
- клаксон яркого цвета;
- барабан с громким звуком яркого цвета;

- яркая игрушка пищалка с фактурой поверхностью и резким громким звуком.

Визуальное воздействие высокой интенсивности:

- ночник небольшого размера;
- контрастная (сочетание черного и белого цвета, синего и желтого, белого и красного, сочетание нескольких цветов) игрушка (диаметр 15-20 см) со световым элементом;
- фонарик с мягким световым потоком, имеющий функцию мигания, мерцания;
- игрушка среднего размера яркого цвета со световым подвижным элементом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Педагогическая характеристика

Артем М.

Возраст: 3 мес. 12 дней

Анамнез: мать 36 лет, в анамнезе миопия, гипотериоз. Беременность протекала с анемией 1 ст., многоводием, угрозой прерывания в 1 и 2 триместрах (лечение в стационаре). Роды на 35-36 неделе гестации, самопроизвольные, безводный промежуток 27 часов, отмечалась слабость родовой деятельности. Мальчик родился с массой тела 2980 г, ростом 49 см., оценка по шкале APGAR 6/7 баллов, 3-х кратное тугое обвитие пуповины.

Состояние здоровья в неонатальном периоде: после рождения тяжелое за счет дыхательной недостаточности. Ребенок три дня находился на ИВЛ. В возрасте 7-ми дней жизни отмечался подъем температуры до 39,9 градусов, появилась вялость, возникли судороги (остановка взора, подергивание в левой руке и ноге), приступы отмечались в течение нескольких дней. Ребенок был переведен в отделение патологии новорожденных, где получал лечение, выписан домой в возрасте 1-го месяца с диагнозом: церебральная ишемия 2ст, менингоэнцефалит смешанной этиологии с исходом в кистозно-дегенеративные изменения вещества головного мозга височных долей, правой лобной доли, умеренную смешанную гидроцефалию, дебют симптоматической эпилепсии вероятен, альтернирующее сходящееся косоглазие.

В возрасте 3 месяцев 12 дней поступил в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ в отделении патологии раннего детского возраста для проведения восстановительного лечения.

При поступлении общее состояние ребенка расценивалось как тяжелое по основному заболеванию. За период пребывания в стационаре мальчик был проконсультирован разными специалистами (невролог, офтальмолог,

ортопед, врач ЛФК, физиотерапевт, педагог-дефектолог), получил курс реабилитационных мероприятий (массаж, плавание, физио-лечение), медикаментозную терапию. На МРТ головного мозга с контрастным усилением выявлены множественные кистозные образования в коре в белом веществе больших полушарий мозга с обеих сторон. Во время проведения ЗВП (зрительные вызванные потенциалы) на стимуляцию светодиодной вспышкой были получены нечеткие, деформированные, нестабильные ответы с обеих сторон.

Диагноз: последствия перинатального поражения ЦНС, смешанная гидроцефалия, перенесенный менингоэнцефалит, гипотрофия 2 степени, гипоспадия, альтернирующее сходящееся косоглазие.

Жалобы: частое беспричинное беспокойство, пассивность, отсутствие интереса к игрушкам.

Данные психолого-педагогического обследования.

Обследование проходило в палате в присутствии матери. Ребенок выглядит младше своего возраста, пониженного питания, голова гидроцефальной формы, лицо амимичное, на протяжении всего обследования однократно наблюдалась гримаса недовольствия. Находится на руках матери, не группируется, голову не удерживает. На смену положения реагирует появлением гримасы недовольствия, беспокойством, которое сменяется пронзительным криком. Успокаивается длительно только на руках матери при создании определенной позы и достаточно сильном покачивании. На обращение взрослого мальчик не реагирует, только на смену положения у него появляется. Период беспокойства сменялся полным безразличием. На появление неожиданного громкого звука мальчик вздрагивает всем телом, наблюдается мгновенная фиксация взора на игрушке.

Создание специальных условий и использование специальных педагогических приемов позволили наблюдать у ребенка следующие реакции. При помещении валика под грудь мальчик группировался, приподнимал голову, удерживал ее 4 секунды. На громкий звук реагировал

замиранием, мгновенным сосредоточением. При появлении перед лицом светящегося предмета мальчик ребенок сосредотачивался на нем, совершал движение глазами в сторону игрушки. На прикосновении предмета к ладони, рефлекторно сжимал пальцы, мог удержать 1-2 секунды и разжимал пальцы. Наблюдение за поведением ребенка показало, что он самостоятельно съедал половину порции, остальное доедал только после дополнительной стимуляции со стороны матери. Любые внешние стимулы пробуждали чувство дискомфорта, которое приводило к изменению поведения или мимики.

Функциональные возможности кожного и слухового анализаторов, безусловно-рефлекторные реакции, проявлявшиеся в момент ожидания кормления и в процессе его, были достаточно устойчивыми. Функциональные возможности зрительного и двигательного анализатора, реакции ребенка в условиях дискомфорта были неустойчивыми, задания по этим линиям предъявлялись дважды.

При использовании методики Пантюхиной Г.В., Печоры К.Л., Фрухт Э.Л. у ребенка были выявлены показатели психического развития, соответствующие 10 дням жизни. При использовании дополнительной методики показатели психического развития, соответствующие 20 дням жизни.

Заключение: психическая активность в виде безусловно-рефлекторных реакций, отставание психического развития на 4 эпикризных срока.

Рекомендации: систематическая коррекционно-педагогическая помощь в форме индивидуальных занятий по развитию сенсомоторной активности и первых ориентировочных реакций.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

План индивидуального занятия по развитию сенсомоторной активности и первых ориентировочных реакций.

Артем М., возраст: 3 мес. 12 дней

Блок социально-коммуникативного развития.

- ✓ Вызывайте у ребенка эмоциональный ответ в момент кормления, наклонитесь над ним так, чтобы он смог зафиксировать ваше лицо, улыбнитесь, скажите что-то ласковым голосом, дотроньтесь рукой до его лица, нежно погладьте, попытайтесь вызвать изменение мимики, двигательной активности.
- ✓ Во время бодрствования возьмите ребенка на руки в позу под грудью, наклоните над ним свое лицо, чтобы малыш мог дотянуться до него руками. Возьмите своей рукой ручку ребенка, прикоснитесь ей к вашим губам, погладьте так, чтобы кулачек раскрылся. Поцелуйте ладошку, подуйте в нее, ощупайте ею ваше лицо. Можно делать так двумя руками ребенка одновременно. Стремитесь к тому, чтобы мимика лица и поведение ребенка изменились.

Блок познавательного развития.

- ✓ Возьмите мягкую щеточку, погладьте ею щеку ребенка то с одной, то с другой стороны, сделайте паузу, через 5-10 секунд прикоснитесь к щеке колючим предметом. Попробуйте добиться изменения мимики, если этого не случилось, своей рукой растяните губы ребенка в улыбке во время прикосновения мягкой щеточки. На прикосновение колючего предмета - соберите губы вместе, как будто ребенок расстроился. Повторите упражнение 2-3 раза.
- ✓ Погладьте 1-2 раза тыльную и внутреннюю поверхность кисти ребенка небольшим мягким шариком, сделайте паузу 5-10 секунд, затем

повторите то же самое при помощи маленького мячика с шипованной поверхностью. Понаблюдайте за мимикой ребенка в момент прикосновения этих предметов. Помогите ребенку, в первом случае - направьте его голову в сторону воздействия, попытайтесь вызвать улыбку. Во втором - вызывайте мимику сосредоточения, недовольства, соединяя его брови по типу нахмуривания.

- ✓ Во время бодрствования погладьте руку ребенка, раскройте его ладонь и вложите в нее палец, помогите ему своей рукой выполнить захват. Затем повторите игру с другим предметом (мягким или шершавым), постепенно уменьшайте объем помощи.
- ✓ Вне поля зрения ребенка с боку на расстоянии от уха до 50 см извлеките из игрушки высокой интенсивности звук, сделайте паузу 5-10 секунд. Повторите воздействие еще раз. Если поведение ребенка не изменится, то извлеките звук из игрушки непосредственно около уха, дотроньтесь до щеки ребенка, со стороны которой вы предъявляете звук. Поверните своей рукой его голову в сторону игрушки и постройтесь добиться фиксации взгляда на предмете. Повторите упражнение по 2-3 раза с каждой стороны.
- ✓ Наклонитесь над ребенком так, чтобы ваше лицо находилось над его лицом на расстоянии 50-70 см. Сохраняйте молчание, постарайтесь установить зрительный контакт с малышом, при его отсутствии дотроньтесь до лица ребенка, подуйте на него, обратитесь к нему по имени ласково, добейтесь фиксации взгляда на вашем лице.

Блок речевого развития

- ✓ Положите ребенка себе на грудь, добейтесь зрительного сосредоточения на своем лице, пойте любую песенку, мелодию, старайтесь вызвать гласный или горловой звук во время вашего общения.

- ✓ Проводите пассивную артикуляционную гимнастику: совершайте движения своими пальцами по губам ребенка, смыкайте и размыкайте губы, вытягивайте их хоботком, растягивайте по типу улыбки, нажимайте на подбородок, опуская его вниз, дотрагивайтесь до языка, постарайтесь вызывать непроизвольное изменение мимики и голосовую активность.

Блок физического развития

- ✓ Положите ребенка на спину на твердую поверхность, с боку поставьте неваляшку, возьмите руку ребенка и дотроньтесь до игрушки, вызовите мелодичный звук. Помогите ребенку повернуть голову в бок вслед за рукой в сторону звука, если этого не происходит, поверните голову своей рукой. Сделайте паузу 5-10 секунд. Повторите упражнение 2-3 раза, совершая повороты то в одну, то в другую сторону.
- ✓ Возьмите ребенка на руки лицом к себе. Придайте телу вертикальное положение. Прижмите ребенка к себе, чтобы его голова оказалась на вашем плече. Одной рукой придерживайте спину малыша, другой - таз и ноги. Передвигайтесь по комнате, привлекайте внимание ребенка к ярким деталям. Стимулируйте малыша поднять и удержать голову 3-5 секунд, сделайте паузу 5-10 секунд, повторите упражнение 2-3 раза.
- ✓ Положите ребенка на живот, под грудью разместите валик, руки выведите вперед. Учите поднимать голову в этом положении. Проведите массажным движением по спине ребенка вдоль позвоночного столба, стимулируйте подъем головы вверх, помогите ребенку своими руками, удержите голову 3-5 секунд, сделайте паузу 5-10 секунд. Повторите упражнение 2-3 раза.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Рекомендации для родителей

1. Приучайте ребенка к режиму дня, кормите, укладывайте спать, соблюдая определенную последовательность (рекомендованную педиатром).

3. Не кормите ребенка сонного, будите его при наступлении времени кормления. Делайте это не спеша, прикасайтесь к щекам, губам, рукам, поглаживайте их; можно раздеть ребенка, поменять памперс.

3. Стимулируйте ребенка совершать активные сосательные движения в момент кормления, при замедлении темпа помогайте малышу, нажимайте пальцем на точку под подбородком. Во время кормления делайте паузы по 2-3 секунды. Кормление не должно длиться долго.

4. По окончании приема пищи, подержите в вертикальном положении несколько минут, дождитесь, когда выйдет воздух из желудка.

5. Приучайте ребенка засыпать в своей кроватке, создайте удобное положение, накройте одеялом, слегка покачайте или погладьте по спине.

6. Регулярно организуйте эмоционально-развивающее занятия с малышом. Занятие лучше начинать, когда ребенок находится на руках матери с постепенным перемещением на другую поверхность.

7. Проводите занятия не менее 4-5 раз в день в период бодрствования ребенка. Их длительность не должна превышать 3-5 минут. Продолжительность одного воздействия или упражнения составляет 1 минуту. Делайте паузу и предъявляйте игрушку во время упражнения не более трех раз. Меняйте виды активности. Используйте не более 2-3 игрушек.

8. Игрушки, используемые вами в течение дня, должны воздействовать на несколько анализаторов: слуховой, зрительный, тактильный.

7. В процессе занятий необходимо менять положение ребенка, создавать комфортные позы. Выкладывайте ребенка на живот, поворачивайте

на бок, учите удерживать голову, совершать повороты ею в разные стороны, знакомьте с задачами движения. Если ребенок выражает беспокойство, находясь в той или иной позе, то не стоит сразу ее менять. Дайте малышу время для привыкания, попробуйте заинтересовать игрушкой с необычным звуком или ощущением.

8. Выполняйте все действия за ребенка, направляйте его руки к игрушке, дотрагивайтесь до нее, стимулируйте раскрытие кулака, положите на середину ладони предмет, сожмите пальчики ребенка и таким образом обхватите игрушку, совместно удержите.

9. Расположите в кроватке ребенка 2-3 предмета (яркую игрушку, светящуюся, с громким звуком и выраженной фактурой) так, чтобы при спонтанной активности малыш мог случайно натолкнуться на них руками или дотронуться ногами. Звук, свет или ощущение будут привлекать ребенка.