

Выявление особенностей психического развития у детей первого полугодия жизни с последствиями перинатального поражения ЦНС

Н.Н. Павлова,

Институт коррекционной педагогики РАО, Москва

Ключевые слова:

■ безусловнорефлекторные реакции, младенцы, перинатальная патология, нервно-психическое развитие, психическая активность, раннее вмешательство, психолого-педагогическое обследование, коррекционно-педагогические технологии, индивидуальная программа реабилитации.

■ В статье описываются результаты психолого-педагогического обследования детей раннего возраста с последствиями перинатальной патологии ЦНС. Показана продуктивность применения разработанной дополнительной диагностической процедуры для выявления зоны ближайшего психического развития этих детей даже при самых тяжелых вариантах его нарушения. Полученные данные легли в основу дифференциации обследованных детей по уровням развития с последующей разработкой индивидуализированных реабилитационных программ.

В настоящее время в нашей стране, с одной стороны, наблюдается рост детского населения, с другой стороны, происходит увеличение количества детей с тяжелыми нарушениями развития, которым устанавливается инвалидность в раннем возрасте. По статистическим данным, за последние 5 лет количество детей-инвалидов в России составило 3 % детского населения, из них на 1000 детей от рождения до 4-х лет приходится 4,9 % [1]. При этом отмечается изменение структуры заболеваемости новорожденных детей. Это связано с активным оснащением учреждений системы здравоохранения современным медицинским оборудованием, внедрением высокоэффективных технологий по сохранению жизни и выхаживанию детей, родившихся с тяжелой патологией [5]. Снизить

риск тяжелых осложнений позволяет организация постнатального ведения младенцев с применением лечебно-оздоровительных и коррекционно-педагогических мероприятий в процессе реабилитации [3; 10]. Программа реабилитации детей с нарушениями здоровья разрабатывается на основе данных, полученных в ходе комплексной диагностики функционирования органов и систем детского организма, в частности, нервной системы.

Для оценки нервно-психического развития ребенка существует немало научно обоснованных диагностических методик: способ оценки развития младенцев от 1 до 30 месяцев жизни, созданный Н. Бейли; шкала ментального развития R. Griffiths; способ оценки нервно-психического развития «ГНОМ»; показатели нервно-

психического развития детей в первый год жизни Н.М. Щелованова, диагностика нервно-психического развития детей раннего возраста Г.В. Панюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт и др. [2; 8; 11; 12]. Одни позволяют путем стандартизированного тестирования определить индекс умственного или психомоторного развития, другие — оценить уровень нервно-психического развития, обнаружить отклонения или начальные проявления психических расстройств. В ходе диагностики используется обычный игровой инструментарий, оказания обучающей помощи и фиксации ее результативности не предполагается. В большинстве случаев тесты имеют бинарную оценку «выполнил»/«не выполнил», качественная оценка психической активности и поведения ребенка в них не предусматривается.

В литературных источниках недостаточно представлены результаты применения этих методик в практике обследования новорожденных и младенцев с последствиями перинатального поражения ЦНС. В большинстве публикаций описание процедуры обследования чаще всего отсутствует или изложено сжато. Многие авторы отмечают, что имеющиеся критерии оценки не всегда позволяют специалисту зафиксировать факт наличия или отсутствия ответа на воздействие сенсорного стимула, что затрудняет дифференциацию детей по группам развития [8; 9; 10; 11].

Целью нашего исследования являлось своевременное включение младенцев с последствиями перинатального поражения ЦНС в коррекционно-педагогический процесс, что соответствует требованиям ФГОС ДО, который ориентирует практиков на необходимость обучения всех детей с

2-х месяцев жизни, в том числе с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) [4]. Для достижения этой цели необходимой представлялась разработка специальной диагностической процедуры, позволяющей оценить актуальные и потенциальные психические возможности детей данной категории.

Организация исследования: изучение особенностей психического развития детей с последствиями перинатального поражения ЦНС осуществлялось в Федеральном государственном автономном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации в отделениях: «патологии раннего детского возраста» и «психоневрологической патологии детей раннего возраста». В нем приняли участие 598 младенцев с перинатальной патологией ЦНС в возрасте 3–4-х месяцев. Все дети группы изучения были госпитализированы в стационар для прохождения курса медицинской реабилитации. На момент диагностики они находились в стабильном соматическом и неврологическом состоянии. Психолого-педагогическое обследование осуществлялось по разрешению лечащего врача, в первой половине дня до начала реабилитационных мероприятий или медицинских исследований. Для диагностики по каждой авторской методике назначался определенный день. Полный объем клинической и психолого-педагогической информации удавалось собрать в течение 2–3-х дней.

Методики и методы исследования: способ оценки психического развития «ГНОМ» (авторы Г.В. Козловская, М.А. Калинина, А.В. Горюнова) [7], диагностика нервно-психического

развития детей первого года жизни (авторы Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт) [4], изучение медицинской документации, наблюдение за поведением ребенка.

Критериями для включения детей в исследование являлись возраст, наличие последствий перинатального поражения ЦНС, отсутствие тотального поражения анализаторов.

Обследование проводилось с соблюдением следующих условий: привычное для ребенка время бодрствования; светлое помещение без дополнительных источников шума; спокойная, знакомая ребенку обстановка; непосредственная близость матери или другого ухаживающего взрослого; эмоционально-положительный контакт специалиста с ребенком [7]. Продолжительность диагностической процедуры не превышала 10–15 минут. Перед началом обследования специалист кратко (в течение 3–5 минут) беседовал с матерью о режиме дня, умениях малыша, о его поведении, особенностях приема пищи. Отдельно фиксировались особенности контакта матери с малышом во время проведения гигиенических процедур и эмоционального общения. Если в ходе беседы и наблюдения выяснялось, что ребенок нуждается в непосредственной близости матери, ощущении тепла ее тела и это является для него условием комфорта, то обследование начиналось на руках у мамы, а затем ребенка при возможности располагали на пеленальном столике. Непременным условием являлось эмоционально-положительное или спокойное состояние ребенка, позволявшее оказать стимулирующее воздействие и зарегистрировать у него ответные проявления психической активности.

Процедура обследования реализовывалась так, как указано в методике: ребенку последовательно предъявлялись задания, каждый раз фиксировалась психическая реакция на воздействие сенсорного стимула, направленного на определенную психическую сферу или анализатор. В качестве стимульного материала применялись обычные игрушки, аналогичные тем, что используются родителями в период бодрствования ребенка. Например, разноцветные погремушки разного размера, формы и фактуры, игрушка-пищалка, игрушка-персонаж. Кожная чувствительность оценивалась с помощью прикосновения, поглаживания, легкого щекотания.

Анализ обобщенных результатов обследования по методике «ГНОМ» и методике Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт позволил выделить четыре группы детей, согласно особенностям их психического развития: группа – «задержка нервно-психического развития» (310), группа – «нарушение нервно-психического развития» (168), группа – «выраженное нарушение нервно-психического развития» (81), группа – «значительно выраженное нарушение нервно-психического развития» (39).

Группу *«задержка нервно-психического развития»* составили 310 младенцев, из них 227 (73,2 %) родились доношенными, в удовлетворительном состоянии, у них было зафиксировано легкое гипоксическое или ишемическое поражение ЦНС (табл.1). Другие 93 (29,7 %) родились на разных сроках гестации, их состояние после родов расценивалось как среднетяжелое вследствие патологии родовой деятельности (гипоксически-ишемическое поражение ЦНС средней тяжести и различных нарушений здоровья).

Таблица 1

**Клинические сведения детей
с последствиями перинатального поражения ЦНС в %**

Анамнестические сведения	ЗНПР (310)	НПР (168)	ВНПР (81)	ЗВНПН (39)
Отягощенный анамнез	25,8	43,5	75,3	84,6
Роды в срок	73,2	63,7	64,2	25,6
Преждевременные роды	26,8	36,3	35,8	74,4
Низкая масса тела (от 1500 до 2500 гр)	29,4	19	28,4	56,5
ОНМТ и ЭНМТ (менее 1500 гр)	-	2,9	7,4	17,9
Реанимационные мероприятия, ИВЛ	-	2,9	11,6	80,5
Синдром двигательных нарушений	10,6	28,5	49,3	83,2
Болезни органов дыхания	7,4	24,4	43,7	59,4
Болезни сердечно-сосудистой системы	5,8	19	31,4	41,7
Болезни желудочно-кишечного тракта	8,1	15,4	26,3	33,5
Функциональные нарушения структур головного мозга	9	22,6	57,9	-
Отдельные нарушения структур и систем головного мозга	-	14,2	43,7	39,3
Сочетанные нарушения морфологического строения и функционирования структур и систем головного мозга	-	-	-	61,7

При проведении психолого-педагогического обследования дети выполняли большинство заданий, рассчитанных на их физиологический возраст. У всех детей фиксировались разнообразные и устойчивые безусловно-рефлекторные реакции. У некоторых детей (43 %) в обычных условиях наблюдались условно-рефлекторные реакции. При воздействии обычных сенсорных стимулов у младенцев возникала непровольная двигательная активность, выражающаяся в умении группироваться, удерживать голову при смене положений тела в пространстве и взятии на руки взрослым. Находясь в разных положениях, малыши останавливали взгляд на лице взрослого или предметах окружающего, могли долго поддерживать зрительный контакт, разглядывать игрушки, случайно вскидывали руки, как будто

направляя их к близко расположенному предмету, касаться его, раскрывая при этом кулак и самостоятельно захватывая расположенную над рукой игрушку. Младенцы по-разному реагировали на звуки из окружающего пространства: прислушивались, затормаживая движения, спустя несколько секунд совершали поисковые движения головой, пытаясь найти источник звука взглядом. За счет совершения активных движений конечностями и корпусом, могли непровольно изменить свое положение, повернуться на бок. На смену позы в положение на животе дети реагировали спокойно, в этом положении могли находиться длительно, опирались на локти, поднимали и удерживали голову, фиксировали взглядом игрушки, наблюдали за перемещением близкого человека. При приближении времени кормле-

Таблица 2

Результаты обследования детей по методике «ГНОМ»

Возрастной период	ЗНПР	ННПР	ВННПР	ЗВННПР
Количественный результат	89–80 баллов	79–60 баллов	59–30 баллов	ниже 29 баллов
	Количество выполненных заданий (%)	Количество выполненных заданий (%)	Количество выполненных заданий (%)	Количество выполненных заданий (%)
4 месяца	85–80	75–60	20	0
3 месяца	100–95	85–80	15	0
2 месяца		100	20	10
1 месяц			40	20

ния спокойно выдерживали процедуру подготовки к еде, ожидали пищу. О своих физиологических и психологических потребностях (чувстве голода, усталости, дискомфорте) сообщали криканием, отдельными звуками речи, чаще интонированными гласными в сочетании с заднеязычными согласными. В период бодрствования у всех детей наблюдалась самостоятельная психическая активность.

Количественная оценка психологических достижений составила 89–80 баллов. Согласно методике «ГНОМ», данный вариант психического развития определяется как «задержанный» (табл. 2). В методике Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт он охарактер-

изован как отставание от онтогенетического норматива на 1 эпикризный срок (табл. 3). Использование двух традиционных отечественных методик позволило выявить степень отставания детей от возрастного норматива, их актуальные и потенциальные психологические достижения, дать характеристику варианту психического развития. Актуальные психологические достижения отражали безусловно-рефлекторный тип взаимодействия с окружающей средой, «зона ближайшего психического развития» соответствовала условно-рефлекторному способу взаимодействия. В соответствии с уровнем психического развития детей содержание индивидуальной програм-

Таблица 3

Результаты обследования детей в % по методике Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт

Линии развития	ЗНПР	ННПР	ВННПР	ЗВННПР
	3 мес.	2 мес.	20 дней	10 дней
Зрительные реакции	100	100	100	0
Слуховые реакции	100	100	100	100
Эмоции и социальное поведение	100	100	-	-
Движения общие	100	100	-	-
Подготовительные этапы развития активной речи	100	100	-	-
Движения руки	100	-	-	-

мы обучения должно быть направлено на формирование психической активности в виде условно-рефлекторного способа взаимодействия.

В группу «*нарушение нервно-психического развития*» вошли 168 детей, из них 107 (63,7 %) младенцев, родившихся доношенными в удовлетворительном состоянии с гипоксическим или ишемическим поражением ЦНС легкой степени (табл. 1). Другие 32 (19 %) ребенка родились раньше срока, их состояние после родов расценивалось как среднетяжелое в силу гипоксически-ишемического поражения ЦНС средней тяжести. У остальных 5 (2,9 %) детей отмечалось тяжелое состояние после рождения с сочетанным гипоксически-ишемическим и травматическим поражением ЦНС. Они находились в отделении реанимации и нуждались в применении методов интенсивной терапии, т.к. не могли самостоятельно адаптироваться к условиям внешней среды.

Дети этой группы выполняли не более 75 % заданий методики «ГНОМ» для их физиологического возраста, балльная оценка находилась в пределах 79–60 баллов (табл. 2). Диагностика по методике Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт установила у них отставание психического развития на 2 эпикризных срока (табл. 3). При такой степени отставания и балльной оценке младенцы показали следующие психологические достижения. При воздействии различных сенсорных стимулов безусловно-рефлекторные ответы наблюдались со всех анализаторов, возникали сразу, но отличались неустойчивостью. Появление в поле зрения ребенка предмета или лица взрослого вызывало фиксацию, кратковременное сосредоточение взгляда; повторно это становилось возможным

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. За счет хаотичных движений руками дети наталкивались на предметы, касались их, после чего раскрывали кулак, но захватить предмет не могли, предмет, вложенный им в руку, удерживали недолго. При этом даже непродолжительная сенсорная стимуляция вызывала повышение двигательной активности, вегетативную симптоматику, что свидетельствовало о возбуждении и необходимости пауз в процессе обследования. Малыши могли поднять и непродолжительно удерживать голову, совершали дискоординированные движения конечностями в положении лежа на спине. На изменение 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. Наряду с этим в состоянии комфорта дети издавали отдельные звуки, реже делали это с целью сообщения об усталости, потребности в общении. О физиологических и психологических потребностях информировали взрослого изменением поведения, крихтением, плачем. Режим дня у всех детей был сформирован нестойко, периоды бодрствования проходили неактивно, интерес к окружающему и сенсорным стимулам был непродолжительным, двигательная активность возникала редко. Согласно полученным данным,

актуальным уровнем психического развития является несовершенный безусловно-рефлекторный тип взаимодействия, «зона ближайшего психического развития» обнаруживается в виде элементов условно-рефлекторного взаимодействия с внешним миром. Содержание индивидуальной программы обучения детей должно включать задания по развитию безусловно-рефлекторных реакций и формированию условно-рефлекторных способов взаимодействия со средой.

Группа *«выраженное нарушение нервно-психического развития»* – 81 младенец. Из них 52 (64,2 %) ребенка родились доношенными: 17,3 % – в удовлетворительном состоянии с легким гипоксическим или ишемическим поражением ЦНС; 82,7 % – в состоянии средней тяжести со среднетяжелым перинатальным поражением ЦНС (табл. 1). Из 29 недоношенных детей у 6 (7,4 %) младенцев состояние после рождения расценивалось как тяжелое, они находились в реанимации и нуждались в применении методов интенсивной терапии для сохранения их жизни, так как не могли адаптироваться к внешним условиям из-за тяжелого поражения ЦНС со значительными церебральными нарушениями, а также выраженной неврологической симптоматики, другими сопутствующими заболеваниями. Состояние других 23 (28,4 %) детей расценивалось как среднетяжелое и тяжелое (сочетанные среднетяжелые и тяжелые последствия перинатального поражения ЦНС).

При проведении обследования по методике ГНОМ дети этой группы справлялись с 40 % заданий для первого месяца жизни, что в сумме составляло 59–30 баллов (табл. 2). Такая психическая активность у детей не могла быть расценена как актуальные

психические достижения. Заданий для выявления более простых психологических проявлений, которые, возможно, существовали и могли быть выявлены, данная методика не содержала. Результаты диагностики по методике Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт подтвердили наше предположение. Так, по основным сферам у детей были выявлены показатели психического развития, соответствующие 20 дням жизни, а у 57 % в зрительных реакциях и у 73 % в слуховых реакциях зарегистрированы ответы, соответствующие первому месяцу жизни (табл. 3). Такой уровень достижений свидетельствовал об отставании от возрастного норматива на 3 эпикризных срока.

Так у детей этой группы безусловно-рефлекторные ответы на воздействие разных сенсорных стимулов наблюдались непостоянно, вызывались однократно и характеризовались нестойкостью. Зрительный контакт дети устанавливали только после кормления, т.е. при наступлении чувства насыщения и физиологического комфорта. Зрительное сосредоточение на внешнем сенсорном стимуле было кратковременным и быстро истощаемым. Спустя 5–7 секунд глазные яблоки у ребенка отклонялись в сторону, отмечалось «зависание» взора. После паузы отмечалась мгновенная фиксация на яркой детали интерьера, длительное зрительное сосредоточение не появлялось. Повторно привлечь внимание ребенка к диагностическому стимулу можно было только после отдыха в течение 1–2 минут. Необходимо заметить, что фиксация взгляда на лице взрослого на несколько секунд периодически возникала и в момент кормления. Аналогичное поведение наблюдалось при воздействии акустических стимулов. Их предъявление

вызывало замирание, частое мигание, настороженность в мимических проявлениях. В положении на спине в большинстве случаев наблюдалась спонтанная двигательная активность. На смену положения дети реагировали беспокойством. Лежа на животе, младенцы опирались на грудь, пытались приподнять голову от поверхности, могли удержать ее самостоятельно несколько секунд. В вертикальном положении на руках у взрослого отмечалась несформированность моторной координации, дети неуверенно удерживали голову. Находясь в спокойном состоянии, дети осуществляли движения верхними и нижними конечностями, непроизвольно наталкивались на предметы, которые находились в непосредственной близости, замирали на несколько секунд, проявляя реакцию сосредоточения, после чего снова воспроизводили хаотичные движения. Малыши слабо регулировались режимом дня, периоды бодрствования проходили пассивно, большинство из них просыпались к кормлению, о чувстве голода сообщали двигательным возбуждением, громким криком. Другая часть детей нуждалась в оказании воздействия для пробуждения. В период кормления сосали медленно, вяло, быстро уставали, делали паузы.

Только с помощью двух традиционных отечественных методик удалось установить у детей этой группы актуальные и потенциальные психологические достижения, степень отставания психического развития от возрастного норматива. Причем расстояние между актуальными психологическими достижениями и «зоной ближайшего психического развития» было минимальным, по сути, отражающим разное качество безусловно-рефлекторного типа взаимодействия с окружающей средой. Причем сенсорные ответы детей явля-

лись более зрелыми, что подтверждает установленный М.Ю. Кистяковской и Н.Л. Фигуриним факт о ведущей роли сенсорных стимулов в психическом развитии детей первых месяцев жизни. «Возникновение положительных эмоций связано с удовлетворением какой-то потребности организма, – говорит М.Ю. Кистяковская, – этот факт дает основание считать, что у младенца имеется также потребность в деятельности зрительного анализатора. Эта потребность проявляется в положительных, непрерывно совершенствующихся под влиянием внешних воздействий реакциях, направленных на получение, сохранение и усиление внешних раздражений. Именно на их основе возникают и закрепляются положительно-эмоциональные реакции ребенка и происходит его нервно-психическое развитие» [6, с. 137]. Именно сенсорное воздействие в этом возрасте является источником развития эмоций и движений. Результаты диагностики указывают на то, что содержание индивидуальной программы обучения детей должно обобщать в себе упражнения, способствующие развитию безусловно-рефлекторного способа реагирования.

В группу – «*значительно выраженное нарушение нервно-психического развития*» – вошли 39 детей. Из них 10 (25,6 %) младенцев родились доношенными, остальные появились раньше срока. По состоянию здоровья при рождении в силу особенностей течения интер-, пре- и перинатального периодов 8 (20,5 %) детей находились в состоянии средней тяжести, другие дети родились в тяжелом состоянии 21 (53,9 %) и крайне тяжелом состоянии 10 (25,6 %). Для сохранения жизни 9 (23,1 %) детей применялись высокотехнологические методы интенсивной терапии. Состояние всех новорож-

денных расценивалось как тяжелое за счет неврологической симптоматики в виде выраженного синдрома угнетения ЦНС, дыхательной недостаточности. В связи с тяжестью состояния всем проводилась санация ВДП, некоторым ИВЛ. Длительное время (от 7 до 20 дней) дети находились в отделении реанимации, многие на протяжении первых месяцев жизни получали питание через зонд, нуждались в подаче кислорода вследствие сочетанного перинатального поражения ЦНС (табл. 1).

При тестировании по методике «ГНОМ» дети этой группы справлялись с 20 % заданий для первого месяца жизни и по сумме набирали менее 29 баллов (табл. 2). Такой объем выполненных заданий не может рассматриваться как актуальные психологические достижения. Попытка оценить реакции малышей на возраст 20 дней так, как указано в методике Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт [11], не имела успеха, так как реакций зафиксировать не удалось. Следует отметить, что при проведении диагностической процедуры возникали трудности из-за вялости и пассивности ребенка. Обследование некоторых детей проводилось в несколько этапов, полная процедура была реализована за 2–3 подхода в различные периоды бодрствования. У всех детей группы *«значительно выраженное нарушение нервно-психического развития»* при исследовании слуховых реакций отмечались физиологические безусловно-рефлекторные ответы, соответствующие 10 дням жизни, при исследовании зрительных реакций безусловно-рефлекторных ответов вызвать не удалось (табл. 3). Безусловно-рефлекторные проявления отличались незрелостью и регистрировались однократно, в период бодрствования двигательной активности не наблюдалось.

Таким образом, отставание психического развития от возрастного норматива составило 4–5 эпикризных срока.

Поведение этих детей отличалось от поведения остальных младенцев тем, что в короткие пассивные периоды бодрствования у них не наблюдалось каких-либо ответов на воздействие сенсорных стимулов. На любые манипуляции они реагировали негативно: резким криком с нарастанием неврологической симптоматики, двигательным возбуждением, монотонным плачем, появлением гримас. Фиксацию на лице или предмете можно было наблюдать только при создании комфортного положения после многократного предъявления стимула, она была мгновенной и расценивалась как спонтанный физиологический ответ. При появлении яркого света непосредственно перед лицом дети зажмуривали глаза, открывали их только после его исчезновения. Прикосновение к отдельным частям лица или тела детей вызывало слабую двигательную активность в виде небольшого числа беспорядочных движений конечностями, сменяющихся замиранием, напряжением мышц лицевой мускулатуры и остановкой плавающих движений глазных яблок. При предъявлении громкого звука младенцы начинали часто моргать, вздрагивали всем телом, мимика лица не менялась, двигательное возбуждение мгновенно сменялось пассивностью. Ответную реакцию на акустический стимул можно было зафиксировать только в моменты плача: плач прекращался на несколько секунд, дети замирали на 1–3 секунды и продолжали плакать вновь. На прикосновение к лицу младенцы реагировали гримасой неудовольствия. В положении на животе малыши не могли поднять голову, в ситуации физического дискомфорта

(боль) у них наблюдалось кратковременное повышение двигательной активности в виде произвольных червеобразных движений телом. При взятии на руки или положении на спине на пеленальном столике дети не могли самостоятельно принять удобное положение или изменить свою позу.

У всех детей имело место выраженное нарушение ритма сна и бодрствования, последние были очень короткими и пассивными. К кормлению малыши не просыпались, оно проходило дробно и часто, младенцы сосали медленно, рекомендованного объема пищи полностью не съедали. Иногда при наступлении чувства насыщения фиксировались произвольная спонтанная полуулыбка и гримаса удовольствия.

Таким образом, у детей группы *«значительно выраженное нарушение нервно-психического развития»* с помощью двух традиционных отечественных методик не удалось выявить актуальный уровень психического развития, но полученные данные позволили предположить, что индивидуальная программа обучения должна включать в себя специальную организацию среды и методы воздействия, позволяющие регулярно вызывать и тем самым активизировать процесс становления безусловно-рефлекторных ответов.

На основании обобщения результатов исследования были сформулированы следующие выводы.

1. Путем объединения психолого-педагогической информации, полученной в ходе применения методики «ГНОМ» и методики Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт, у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС удается выявить степень отставания психического развития от возрастного норматива, получить количественную оценку и составить их

психолого-педагогическую характеристику, за счет чего распределить детей в группы психического развития, а также у большинства определить актуальный уровень психического развития и «зону ближайшего психического развития».

2. В ходе исследования были зафиксированы различия психической активности детей указанной категории. Так, у одних психическое развитие «задержано», у других имеет место «нарушение нервно-психического развития», у третьих «выраженное нарушение нервно-психического развития», у четвертых «значительно выраженное нарушение нервно-психического развития». Каждый вариант отличают разная динамика психического развития и уровень актуальных психических достижений и «зоны ближайшего психического развития».

3. Сопоставление клинических данных с результатами психолого-педагогического обследования обнаружило наличие взаимосвязи между тяжестью и разнообразием перинатальной патологии и степенью отставания психического развития детей от возрастного норматива. Так, у детей группы «значительно выраженное нарушение нервно-психического развития» структура нарушений здоровья была более сложной, а патология ЦНС более тяжелой, чем у детей группы «выраженное нарушение нервно-психического развития».

4. У детей с «выраженным нарушением нервно-психического развития» и со «значительно выраженным нарушением нервно-психического развития» появление безусловно-рефлекторных реакций происходит намного позже онтогенетического норматива, а сами они отличаются сглаженностью и истоцаемостью. Разница между актуальными психологическими дости-

жениями и «зоной ближайшего психического развития» минимальна, т.к. они представляют собой разную степень сформированности безусловно-рефлекторного способа реагирования на воздействие внешних стимулов.

5. У детей со «значительно выраженным нарушением нервно-психического развития» с помощью традиционных отечественных методик не удастся выявить актуальных психологических достижений. Это связано с физиологической слабостью детей, сглаженностью и выраженным своеобразием их психических проявлений. Для их регистрации требуются специальным образом организованная диагностическая процедура, создание специальных условий среды, подбор многофункционального диагностического инструментария, оказание воздействия на все анализаторные системы, а в ряде случаев, и на несколько анализаторов одновременно.

6. Невозможность фиксации психологических ответов у детей со «значительно выраженным нарушением нервно-психического развития» определяет необходимость разработки специальной процедуры психолого-педагогического обследования. Применять ее следует только по разрешению и под контролем лечащего врача, что обусловлено спецификой неврологического и соматического состояния детей данной категории.

7. Отсутствие сведений об актуальных психологических достижениях детей со «значительно выраженным нарушением нервно-психического развития» не позволяет точно определить содержание индивидуальной программы обучения, методы и приемы педагогического воздействия, что затрудняет оказание им своевременной коррекционно-педагогической помощи.

Литература

1. Баранов А.А. Профилактическая педиатрия: руководство для врачей. М., 2012. 744 с.
2. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / под ред. Е.А. Стребелевой. М., 1998. 329 с.
3. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных [руководство для педиатров] / под ред. Г.В. Яцык. М., 2012. 155 с.
4. Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения [Электронный ресурс] / Н.Н. Малофеев, О.С. Никольская, О.И. Кукушкина, Е.Л. Гончарова // Альманах Института коррекционной педагогики. 2009. Альманах. № 13.
5. Избранные клинические рекомендации по неонатологии / под ред. Е.Н. Байбабиной, Д.Н. Дегтярева. М., 2016. 240 с.
6. Кистяковская М.Ю. Развитие движений у детей первого года жизни. М., 1970. 224 с.
7. Козловская Г.В. и др. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «ГНОМ». М., МГИУ. 2012. 89 с.
8. Лазуренко С.Б. Психическое развитие детей с нарушениями здоровья в раннем возрасте. Монография. М., 2015. 256 с.
9. Мастюкова Е.М. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст / под ред. А.Г. Москвиной. М., 2003. 320с.
10. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. 2-е изд., доп. М., 2011. 352 с.
11. Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста / под ред. В.А. Доскина. М., 1996. 76 с.
12. Щелованов Н.М. Развитие и воспитание ребенка от рождения до трех лет. М., 1969. 181 с.