© Э.А. Соколова, 2007

Э.А. Соколова

ОЦЕНКА ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Учреждение образования «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины», г. Гомель, Республика Беларусь

Детский церебральный паралич (ДЦП), как пишут Л.М. Шипицина и И.И. Мамайчук [1], «объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга». При этом заболевании наиболее четко выражены в раннем детском возрасте двигательные нарушения, а поражения других функциональных систем выражены слабее, и их последствия нередко отодвинуты во времени. Как следствие задержки развития отдельных психических функций происходит нарушение социализации ребенка по разным направлениям – снижение способности к обучению, общению, деятельности и др. Ранние признаки нарушения социализации также присутствуют в общей картине нарушений и недоразвития у ребенка до 3 лет. Без оказания помощи ребенку имеющийся у него комплекс нарушений приводит к инвалидности. Многочисленными исследованиями доказана эффективность коррекции недоразвития высших психических функций (ВПФ) в раннем детском возрасте, а в более позднем возрасте эффективность резко снижается.

Эффективность коррекции изначально обусловлена точностью диагностики. Диагностика таких нарушений в раннем детском возрасте сложна. Как пишет Г.М. Яковлев [2], «основным методом изучения детей до 5 лет является стандартизированное наблюдение, оценка хода развития поведения ребенка в обыденной жизни и сравнение показателей со средненормативными для каждого возрастного этапа». Существуют специальные методики диагностики нарушений ВПФ у детей в возрасте до 3 лет: «Мюнхенская функциональная диагностика развития» [3], «Шкала развития младенцев» Н. Бейли, скрининг-тест Денвера и др. [2, 3]. Однако существующие в настоящее время методики диагностики ВПФ недостаточно дифференцируют недоразвитие отдельных ВПФ и социальных навыков, что не позволяет количественно оценить такое недоразвитие. Между тем количественная диагностика имеет ряд преимуществ, одно из которых – в том, что появляется возможность дать как дифференцированную, так и суммарную оценку всего комплекса задержки развития в баллах, что более точно позволяет подходить к оценке реабилитационного потенциала, прослеживать эффективность всего комплекса проводимых реабилитационных мероприятий.

Предлагаемая методика диагностики недоразвития ВПФ и социальных навыков (МДН ВПФ и СН) детей с ДЦП в возрасте до 3 лет дает возможность количественной оценки текущего уровня недоразвития, что целесообразно использовать при реабилитации детей с ДЦП.

Методика составлена на основании адаптированной карты психологического обследования детей дошкольного возраста с нарушениями психоневрологического развития [4], карты оценки психоэмоциональной сферы у дошкольников [5], таблицы определения уровня психического развития детей раннего возраста [6], таблицы наиболее существенных этапов развития, которую представляет Д.Н. Исаев со ссылкой на R. Illindworth [7]. Указанные методики были переработаны и дополнены.

В методику включено определение развития следующих ВПФ: восприятие – зрительное и слуховое; моторика – крупная и мелкая; речь – экспрессивная и импрессивная; интеллектуальное развитие; оценка развития пространственной организации движений.

В предлагаемую методику были включены также таблицы по оценке особенностей самообслуживания, социального общения, конструктивной деятельности и игры, взятые из адаптированной карты Т.Н. Осипенко [5], таблицы оценки индивидуального и социального поведения и адаптации [6].

В предлагаемой МДН ВПФ и СН особенности самообслуживания, социального общения, игры, адаптации, индивидуального и социального поведения, конструктивной деятельности были выделены в отдельный блок нарушений на организменном уровне. Как отмечает В.Б. Смычек и соавт. [4], нарушения на организменном уровне предполагают нарушение интегративных функций целостного организма, например, его способностей к передвижению, самообслуживанию, ориентации и др. [8], что делает ребенка зависимым сверх рамок физиологических норм [8].

В.Б. Смычек и соавт. [4] перечисляют 7 основных критериев жизнедеятельности согласно Международной классификации нарушений (1980): способность к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, контроль своего поведения (или способность адекватно вести

себя), способность к обучению, труду. Предлагаемая методика включает те из перечисленных критериев, которые должны быть развиты у ребенка раннего возраста.

Оценку уровня развития ВПФ производили в баллах. При этом оценивали в настоящем времени отсутствие той или иной способности к выполнению того или иного действия в 1 балл, а также степень отклонения этого действия от того возраста, в котором эта способность должна быть. Задержку развития способности по сравнению с возрастными нормативами на 1 месяц оценивали в 1 балл, на 3 месяца – в 2 балла, с 4-го по 6-й месяц включительно – в 3 балла, более 6 месяцев – в 4 балла, более года – в 5 баллов. Могли быть выставлены только две оценки для характеристики недоразвития указанного навыка, входящего в состав ВПФ и нарушений на организменном уровне: одна – за отсутствие способности – 1 балл и вторая оценка, зависящая от степени отклонения от возрастной нормы, – 1, 2, 3, 4 или 5 баллов. Эти две оценки по данной способности суммировали, после чего суммировали показатели в пределах одной функции или навыка или особенностей поведения и реагирования.

Оценку общего фона настроения, истощаемости и реагирования на трудности в выполнении заданий оценивали в баллах так, как это описано в «карте оценки психоэмоциональной сферы у дошкольников» Т.Н. Осипенко [5]. Так, адекватный фон настроения оценивали в 0 баллов, тревожный или эйфоричный фон настроения – в 1 балл, эмоционально лабильный, депрессивный или агрессивный – в 2 балла. Отсутствие истощаемости оценивалось в ноль баллов, периодическое наступление истощаемости – в 1 балл, истощаемость, появляющаяся через 30 мин – в 2 балла, через 10–15 мин – в 3 балла. При трудностях в выполнении заданий обращение за оценкой правильности действий к взрослому оценивали в 0 баллов, при потере интереса при первом затруднении – в 1 балл, при пассивном уходе от выполнения задания – в 2 балла, при активном уходе от выполнения задания – в 3 балла. По мнению Т.Н. Осипенко [5], «формализованная карта исследования психоэмоциональной сферы дошкольников дополняет карту исследования ВПФ».

Оценку уровня внимания, выраженности познавательных интересов, пространственной организации

Таблица 1

Результаты диагностики недоразвития ВПФ и СН у детей с ДЦП

Показатели	Средний балл нарушений	
	мальчики (n=19)	девочки (n=13)
Недоразвитие ВПФ		
Грубая моторика	54,3	34,2
Тонкая моторика	16,8; D=16,6 S=18,6	17,3; D=7,38 S=9,69
Зрительное восприятие	19	18,9
Слуховое восприятие	5,42; D=0,03	6,84
Экспрессивная речь	23,8	21,2
Импрессивная речь	8,36; D=0,03	10,1
Интеллектуальная деятельность	2,2	3
Внимание	1,8	4,38
Пространственная организация движений	1,3	2
Общий фон настроения	0,7	1,07
Недоразвитие СН		
Познавательные интересы	0,7	0,69
Игра	11,7; S-0,02	8,92
Конструктивная деятельность	4,47	3,69
Реагирование на трудности выполнения заданий	1,3	1,23
Истощаемость	0,63	0,61
Социальное общение	12; S=0,015	12,15
Поведение	36,7; S=0,047	39,3; S=0,46
Адаптация	37,7; D=0,94 S=1,2	31,9; D=1,3 S=0,84
Самообслуживание	20,15	21,6
Способность к передвижению	1	1
Всего баллов до коррекции ВПФ	133,68 D=66 S=18,6/10	118,99; D=7,38; S=9,69/10
Всего баллов до коррекции СН	126,35; D=0,94 S=1,2/10	121; D=1,3 S=1,3/10

Таблица 2

Частота встречаемости нарушений ВПФ и СН в зависимости от пола

Показатели	Количество нарушений, %	
	мальчики (n=19)	девочки (n=13)
Недоразвитие ВПФ		
Грубая моторика	89, 5	100
Тонкая моторика	89, 5	84,6
Зрительное восприятие	79	84,6
Слуховое восприятие	63	30,7
Экспрессивная речь	73,7	76,9
Импрессивная речь	52,6	69,2
Интеллектуальная деятельность	26,3	46,1
Внимание	31,6	76,9*
Пространственная организация движений	47,4	69,2
Общий фон настроения	42,1	53,8
Недоразвитие СН		
Познавательные интересы	36,8	30,7
Игра	68,4	53,8
Конструктивная деятельность	57,9	38,46
Реагирование на трудности выполнения заданий	52,6	53,8
Истощаемость	31,6	30,7
Социальное общение	57,9	69,2
Поведение	94,7	92,3
Адаптация	94,7	100
Самообслуживание	84,2	84,6
Способность к передвижению	100	100

* $p < 0,01$.

движений, способности к передвижению проводили на основании субъективной оценки по результатам наблюдения. Так, наличие размашистых, неэкономных движений, промахивание при попытке взять предмет расценивали как наличие недоразвития пространственной организации движений и оценивали в 1 балл за каждое их этих нарушений. Если все они присутствовали, то степень выраженности недоразвития пространственной организации движений в сумме составляла 3 балла. Степень недоразвития познавательных интересов оценивали по трем показателям: «окружающее не интересует», «игра с разными игрушками носит однообразный характер» и «быстро теряет интерес к окружающему» и каждый их этих показателей оценивали в 1 балл. Общая сумма баллов по этому показателю составляла 3 балла и составляла блок недоразвития познавательных интересов. Оценку уровня внимания проводили по продолжительности игры с одной игрушкой.

Способность к передвижению оценивали в 1 балл по каждому из трех видов нарушений – «способность к передвижению снижена», «способность к передвижению нарушена», «способность к передвижению отсутствует». Суммирование баллов по этой способности не производили.

Количественную оценку проводили по двум показателям – степени недоразвития ВПФ и недоразвития СН. В оцениваемые ВПФ входили 10 показателей по 7 ВПФ: моторика (крупная и мелкая), восприятие (зрительное и слуховое), речь (импрессивная и экспрессивная), интеллектуальное развитие, уровень развития внимания, пространственной организации движений, эмоций.

В организменный уровень нарушений, или уровень недоразвития СН, входили также 10 показателей по 5 видам недоразвития: способность к деятельности и обучению; способность к передвижению; способность к социальному взаимодействию; адаптация; способность к самообслуживанию.

Некоторые показатели в этой возрастной группе можно оценить только интегративно, например, для этого возраста нельзя разделить способность к деятельности и обучению. Способность к деятельности и обучению у детей этого возраста проявляется в степени выраженности познавательных интересов, игровой деятельности, конструктивной деятельности, характере реагирования на трудности в выполнении заданий, а также степени истощаемости. Способность к социальному взаимодействию должна включать для детей этого возраста также показатели развития индивидуального и социального поведения.

Суммы нарушений по каждому из этих блоков записывали в числителе, а в знаменателе указывали количество функций или навыков, по которым имело место недоразвитие.

Например: уровень недоразвития ВПФ мог быть равен 158/7 , организменный уровень недоразвития – 84/5.

Таблица 3

Результаты коррекции нарушений ВПФ и СН у больной ДЦП

Показатели	Оценка уровня недоразвития, баллы					
	20.05.06	При выписке	04.10.06	При выписке	19.03.07	При выписке
Возраст	2 года 3 мес		2 года 7 мес		3 года	
Недоразвитие высших психических функций						
Грубая моторика	79	79	35	35	36	36
Тонкая моторика	33	33	13	13	11	11
Зрительное восприятие	73	73	66	30	12	12
Слуховое восприятие	0	0	0	0	0	0
Экспрессивная речь	31	31	42	30	8	8
Импрессивная речь	15	15	17	5	0	0
Интеллектуальная деятельность	6	6	5	5	0	0
Внимание	6	6	6	0	0	0
Пространственная организация движений	3	2	2	2	1	1
Общий фон настроения	0	0	2	0	0	0
Итого	246	245	188	120	68	68
Недоразвитие социальных навыков						
Познавательные интересы	2	1	1		1	0
Игра	27	12	11	11	5	5
Конструктивная деятельность	12	12	16	16	18	
Реагирование на трудности выполнения заданий	0	0	0	0	0	
Истощаемость	3	3	1	1	1	0
Социальное общение	22	17	18	18	6	6
Поведение	66	66	73	61	47	29
Адаптация	68	68	69	69	49	9
Самообслуживание	51	51	59	47	11	11
Способность к передвижению	1	1	1	1	1	1
Итого	252	231	249	225	139	61
Всего баллов до коррекции	246/8	252/9	188/9	249/9	68/5	139/10
Всего баллов после коррекции	245/8	231/9	120/7	225/9	68/ 5	61/6

Обследование по методике проводили на базе Гомельского областного детского медицинского центра реабилитации «Живица». Обследуемая группа состояла из 32 детей в возрасте от 1 года 1 мес до 3 лет 10 мес, в том числе 19 мальчиков и 13 девочек. Результаты диагностики ВПФ у детей с ДЦП приведены в табл. 1–3.

Из табл. 1 видно, что практически все ВПФ и СН при ДЦП являются нарушенными. Методика позволяет выделять и асимметричные.

Эффективность коррекционной и реабилитационной работы с детьми раннего возраста с ДЦП может определяться по следующим критериям: 1) уменьшение количества баллов по недоразвитию ВПФ или СН; 2) уменьшение количества ВПФ, имеющих нарушения, или количества СН, имеющих нарушения; 3) перевод ребенка из одного функционального класса в другой; 4) повышение реабилитационного потенциала; 5) отсутствие недоразвития ВПФ и СН.

Результаты коррекции показаны на примере девочки с ДЦП (табл. 3).

Из табл. 3 видно, что больная находилась на реабилитации трижды. Эффективность проводимых мероприятий отмечалась не только в период нахождения в центре, но и через 2–3 мес после проведенного курса. Такой же эффект отмечают и другие больные. В результате проведенной коррекции количество нарушенных ВПФ у больной снизилось с 8 до 5, количество баллов по нарушениям ВПФ – с 246 до 68, количество нарушенных СН – с 9 до 6, количество баллов по нарушению СН – с 252 до 61.

В центре дети проходят курс реабилитации в течение 24 дней. В курс реабилитации входит весь перечень лечебных мероприятий, предусмотренный инструкциями Министерства здравоохранения Республики Беларусь для этой группы больных. Результаты эффективности по всей группе требуют отдельного анализа и не

укладываются в тематику данной статьи. Отдельного анализа требует и эффективность реабилитационных мероприятий в зависимости от формы ДЦП.

Специалисты, занимающиеся коррекционной работой с детьми с ДЦП, знают, насколько сложно вывести ребенка из одного функционального класса в другой. Предлагаемая методика позволяет более углубленно подходить как к оценке реабилитационного потенциала, так и оценить эффективность коррекционной работы с ребенком на отдельных этапах перехода из одного функционального класса в другой. Проведение первичной диагностики по указанной методике занимает от 2 до 3 ч времени. При повторной диагностике количество затрачиваемого на диагностику времени уменьшается.

Таким образом, существующие методики диагностики развития ВПФ детей раннего возраста недостаточно дифференцируют недоразвитие отдельных ВПФ и СН, что не позволяет проводить количественную диагностику недоразвития ВПФ и СН при ДЦП. Предлагаемая методика диагностики недоразвития ВПФ и организменных нарушений у детей раннего возраста с ДЦП позволяет не только количественно оценить степень недоразвития ВПФ и организменных нарушений, но и контролировать эффективность проводимых коррекционных и реабилитационных мероприятий на всех этапах коррекционной работы. Методика позволяет более углубленно подходить к оценке реабилитационного потенциала ребенка раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шипицина Л.М.,Мамайчук И.И.* Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. М.: Владос, 2004: 368.

2. Клиническая психология и психофизиология. Под ред. Г.М. Яковлева. СПб.: ЭЛБИ – СПб., 2003: 296.

3. *Хелльбрюгге Т.,Лайоси Ф.,Линара Д. и др.* Мюнхенская функциональная диагностика развития: Пер. с нем. Мн.: Открытые двери, 1997.

4. *Смычек В.Б., Хулуп Г.Я., Милькаманович В.К.* Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Мн.: Юнипак, 2005.

5. *Осипенко Т.Н.* Психоневрологическое развитие дошкольников. М.: Медицина, 1996.

6. Медицинская психология. Под ред. Ф.М.Гайдука. Мн.: Вышэйшая школа, 2001.

7. *Исаев Д.Н.* Психическое недоразвитие у детей. Л.: Медицина, 1982.

© Коллектив авторов, 2008