

Опыт воспитания и развития

5.3.7. Возрастная психология
УДК 159.97
DOI: 10.31862/2073-9788-2026-3-44-59

Светлана Лазуренко,
Наталья Павлова,
Евгения Медведева

ИДЕИ Л. С. ВЫГОТСКОГО В ВОСПИТАНИИ И ОБУЧЕНИИ МЛАДЕНЦЕВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Аннотация. *В статье изложены результаты сопоставления данных научного анализа динамики психического развития 1150 детей с перинатальной патологией разной степени тяжести с ключевыми положениями культурно-исторической концепции Л. С. Выготского как основы конструирования программы специальной психолого-педагогической помощи в комплексной реабилитации младенцев. Представлены краткие клинико-психолого-педагогические характеристики вариантов психического развития детей с перинатальной патологией первого года жизни: незначительное отставание психического развития от возрастного норматива, отставание, значительное отставание и стагнация психического развития. Подтверждено, что вариант психического развития детей с перинатальной патологией определяется биологическим потенциалом, социальными условиями среды, регулярностью эмоционально-развивающего общения с близкими взрослыми, содержанием воспитания и обучения в семье. Приводятся свидетельства эффективности междисциплинарного взаимодействия и системы ранней помощи за счет обеспечения единства научных подходов в подготовке кадров разного профиля и понимания роли воздействия на психическое и физическое состояние ребенка медицинских и немедицинских методов.*

Контент доступен по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 International License
The content is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Ключевые слова: *младенчество; ограниченные возможности здоровья; комплексная реабилитация; специальное образование; психическое развитие; семейное воспитание; культурно-историческая теория; ранняя помощь*

Для цитирования: *Лазуренко С. Б., Павлова Н. Н., Медведева Е. А.* Идеи Л. С. Выготского в воспитании и обучении младенцев с ограниченными возможностями здоровья // Развитие личности. 2026. № 3. С. 44–59. DOI: 10.31862/2073-9788-2026-3-44-59.

Abstract. *This article presents a comparative analysis of the mental development dynamics in 1,150 children with perinatal pathologies of varying severity, evaluated against the key principles of L. S. Vygotsky's cultural-historical theory. This comparison serves as the foundation for designing a targeted psycho-pedagogical intervention program for the comprehensive rehabilitation of infants. Furthermore, the study outlines brief clinical and psycho-pedagogical profiles of mental development trajectories in infants with perinatal pathology during their first year of life. These trajectories include a mild developmental lag, moderate developmental delay, severe lag compared to age norms, and developmental stagnation.*

The findings demonstrate that the mental development of these children is determined by their biological potential, social environment, the regularity of emotional and developmental interactions with primary caregivers, and the quality of family upbringing. Finally, the article provides evidence for the effectiveness of interdisciplinary collaboration within the early intervention system, which is achieved through a unified scientific approach to training specialists across various participating agencies.

Keywords: *infancy; disabilities; comprehensive rehabilitation; special education; mental development; family upbringing; cultural-historical theory; early intervention*

For citation: Lazurenko S. B., Pavlova N. N., Medvedeva E. A. L. S. Vygotsky's Ideas in the Upbringing and Education of Infants with Disabilities. *Development of Personality*. 2026. No. 3. Pp. 44–59 (in Russian). DOI: 10.31862/2073-9788-2026-3-44-59.

Введение. Социальная политика, современные достижения медицины

Наиболее значимым результатом социальной политики любого государства является обеспечение условий для поддержания оптимальной численности населения, забота о здоровье и сохранении трудового потенциала его граждан [1; 2]. В связи со сложной демографической ситуацией и стабильно высокими показателями детской заболеваемости, ростом частоты хронической патологии, изменением возрастной структуры и тяжести отдаленных социальных последствий [3] одним из основных приоритетов государственной политики становится поддержка семей с детьми раннего возраста, содействие восстановлению и укреплению здоровья младенцев с риском ограничения жизнедеятельности и со стойкими нарушениями здоровья. Достижение этого возможно за счет возобновления деятельности ясельных групп в дошкольных образовательных организациях и служб ранней помощи, интеграции коррекционно-педагогических

технологий в педагогический процесс и комплексную реабилитацию. Таким образом осуществляется повышение доступности системы специального образования и реализации психологических возможностей детей с особыми образовательными потребностями, имеющими нарушения здоровья, и обеспечение их последовательной социализацией [2; 4; 5].

Современные достижения медицины и объективные методы обследования позволяют выявить причину нарушения здоровья в первые месяцы жизни ребенка, оказать своевременную дифференцированную, высокотехнологичную медицинскую помощь, после которой длительное время младенцы с нарушениями здоровья проходят комплексную абилитацию/реабилитацию для восстановления функционирования организма и адаптации к условиям среды [1; 2]. Действующая система абилитации/реабилитации младенцев реализуется в стационарах второго и третьего этапов выхаживания, отделениях патологии раннего возраста, амбулаторно-поликлинических подразделениях, где применяются самые современные и необходимые для восстановления здоровья детей мероприятия, используются технические, фармакологические, физиотерапевтические, коррекционно-педагогические и специальные психологические средства [5; 6].

Теоретическую основу комплексной реабилитации составляет концепция единства биологического и социального факторов, одним из идеологов которой являлся Л. С. Выготский. Он указывал, что эта взаимосвязь реализуется не механически и линейно, так как факторы находятся в сложных взаимоотношениях и их влияние друг на друга в разные возрастные периоды различно [1; 6; 7].

Концепция Л. С. Выготского как теоретико-методологическая основа комплексной реабилитации

Исходя из понимания единства биологического и социального в развитии ребенка система восстановительной помощи детям с нарушениями здоровья одновременно направляет воздействие как на органическую природу болезни или патологическое состояние, так и на социальную составляющую психического развития в виде системы воспитания и обучения в семье, на педагогический потенциал родителей. В этом случае отношения с родителями и развивающая домашняя обстановка становятся «источником психического развития» и обеспечивают присвоение ребенком «социального опыта, воплощенного в орудиях труда, языке, произведениях науки и искусства и т. д.» в процессе общения и сотрудничества со взрослыми [8].

Цель статьи – представить результаты сопоставления данных научного анализа динамики психического развития 1150 детей с перинатальной патологией разной степени тяжести с ключевыми положениями культурно-исторической концепции Л. С. Выготского как основы конструирования программы специальной психолого-педагогической помощи в комплексной реабилитации младенцев. «Реальный уровень развития определяется тем возрастом, той стадией или фазой внутри данного возраста, которую сейчас переживает ребенок. Мы знаем уже, что паспортный возраст ребенка не может служить надежным критерием для установления реального

Специальная психолого-педагогическая помощь младенцам: методологические основания и практическая реализация в опоре на концепцию Л. С. Выготского

уровня его развития. Поэтому определение реального уровня развития всегда требует специального исследования, в результате которого может быть установлен диагноз развития» [9, с. 260].

Специальная психолого-педагогическая помощь в комплексной реабилитации младенцев на раннем этапе становления межличностных отношений в диаде «мать-дитя» направлена на просвещение родителей и обучение их позитивному управлению процессом психического развития ребенка с ограничениями жизнедеятельности, укрепление воспитательного потенциала семьи, имеющей самый длительный диапазон воздействия, благодаря чему удается осуществить гармоничную последовательную социализацию ребенка. «Лечение… больного ребенка растворяется в его воспитании» [7, с. 186]. Практическая психолого-педагогическая помощь, по мнению Л. С. Выготского, представляет собой реализацию теоретических представлений и методологических подходов в профессиональной деятельности специалистов с семьей ребенка раннего возраста, объединяя тем самым этапы филогенетического (исторического) и онтогенетического существования человека и претворяя их в объективной реальности. Место специального воспитания в системе общего воспитания Л. С. Выготский определял следующим образом: «…широчайшая ориентировка на нормальных детей должна служить исходной точкой нашего пересмотра специальной педагогики. …специальные знания и выучку нужно подчинить общему воспитанию… Специальная педагогика должна быть растворена в общей деятельности ребенка» [Там же, с. 56], «… педагогике приходится ориентироваться не столько на недостаток и болезнь, сколько на норму и на здоровье, сохранившееся у ребенка» [Там же, с. 62].

Методология и эмпирическая база исследования психического развития детей первого года жизни

Для сбора информации в ходе исследования использовалось структурированное наблюдение, беседа, анкетирование, анализ и статистическая обработка информации о состоянии здоровья 1150 детей с перинатальной патологией различной этиологии и степени тяжести (701 мальчик и 449 девочек), об условиях жизни семьи, о динамике психического развития: актуальных достижениях в основных линиях развития, характере и особенностях психологических взаимоотношений ребенка с внешней средой. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни осуществлялась с использованием методики Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт [10], методики С. Б. Лазуренко [11]. Актуальный психологический возраст ребенка определялся путем вычисления среднеарифметической суммы баллов выполненных заданий и сопоставлялся с онтогенетическим нормативом, указанным в возрастной периодизации Л. С. Выготского, согласно которой первой год жизни состоит из пяти возрастных периодов психического развития, отличающихся друг от друга сложностью психологических достижений и типом взаимоотношений ребенка с близким взрослым и предметным миром.

«Так, при переходе от одной ступени к другой перестраивается вся структура возраста. Каждый возраст обладает специфической для него, единственной и неповторимой структурой» [9, с. 257]:

- I период, возраст 30 дней, характеристика – допсихическая активность, психологические достижения: непроизвольные психологические ответы в виде простых двигательных актов (мимика сосредоточения, фиксация взгляда, прекращение двигательной активности, поворот головы и глаз в сторону раздражителя, плач);
- II период, возраст 1–3 месяца, характеристика – элементарная психическая активность, ориентировочная активность, психологические достижения: разнородность психологических ответов, первые социальные формы контакта;
- III период, возраст 3–6 месяцев, характеристика – поисковая активность, психологические достижения: социальная потребность в общении со взрослым и устойчивый интерес к внешнему воздействию, способность имитации простых социальных мимических и двигательных актов взрослого, интонаций и звуков речи;
- IV период, возраст 6–9 месяцев, характеристика – согласованная психическая активность, психологические достижения: появление ассоциации, копирование простых постоянно повторяющихся социальных действий и их самостоятельное применение в знакомой ситуации (произвольное управление движениями тела и руки, социальные способы влияния на поведение взрослых);
- V период, возраст 9–12 месяцев, характеристика – самостоятельная психическая активность, психологические достижения: произвольное управление движениями, подражание простой социальной последовательности действий, воспроизведение по памяти часто наблюдаемых социальных действий, ориентировка на внешний вид предметов и социально обусловленное поведение в знакомой социальной ситуации.

Сопоставление и статистическая обработка клинических данных и результатов психолого-педагогического обследования детей с перинатальной патологией в контрольных возрастах выявило общие и отличительные свойства динамики психического развития.

Обсуждение результатов исследования. Общие характеристики психического развития детей с последствиями перинатальной патологии

К общим следует отнести: гендерное распределение с незначительным преобладанием мальчиков в выборке (60/40), что подтверждает популяционную закономерность; несоответствие психологических достижений возраста показателям онтогенетического норматива у детей данной категории; особенности психологического взаимодействия с близкими взрослыми и окружающими людьми; повышенную чувствительность к внешнему воздействию и быстро истощающуюся психическую активность. Все это свидетельство особых психологических и образовательных потребностей и необходимости создания специальных условий среды, разработки индивидуальной программы воспитания и обучения в семье для активизации психологических возможностей и социальной адаптации [12]. Данную закономерность Л. С. Выготский объяснял так: болезнь, нарушение функционирования органа или системы организма, «дефект... вызывая выпадение отдельных функций, недостаток или повреждение органов, более или менее существенную перестройку всего развития на новых основаниях, по новому типу, естественно, нарушает тем самым нормальное течение процесса врастания ребенка в культуру» [7, с. 23].

Сегодня данный феномен мы понимаем так: этиология, течение и определенная структура нарушений здоровья – это первичные факторы, затрудняющие взаимодействие ребенка с внешней средой, ограничивающие реализацию имеющихся психических возможностей, накопление им разнообразного практического опыта, замедляющие процесс формирования новых более сложных психологических форм поведения. Причем наличие структурного нарушения здоровья, при котором пораженными оказались несколько органов или функциональных систем организма, становится значительным препятствием в осуществлении адекватного взаимодействия психики ребенка с окружающей средой, что, в свою очередь, крайне негативно влияет на сам процесс ее развития [1; 6].

Подтверждением этого стали результаты сопоставления анамнестических сведений, итогов клинических и лабораторных осмотров с данными психолого-педагогического обследования детей в возрасте 1 месяца, которое осуществлялось в стационаре второго этапа выхаживания. Установлено, что центральное психологическое достижение первого периода допсихической активности у детей с перинатальной патологией отличается качественной неоднородностью, что обусловлено разной степенью тяжести и структурой перинатальной патологии и, как следствие, незрелостью центральной нервной системы и безусловно-рефлекторных реакций [12]. Так, незрелые безусловно-рефлекторные реакции, соответствующие критерию 10–20 дней жизни, были зафиксированы у 461 (40%) доношенных или детей, рожденных с низкой массой тела, с функциональными отклонениями в работе нервной системы и одним-двумя соматическими заболеваниями, причем 84 (7,3%) имели снижение зрения в силу заболевания глаза и его придаточного аппарата, а 107 (9,93%) – нарушения мышечного тонуса. Крайне незрелые безусловно-рефлекторные реакции, соответствующие критерию 3–5 дням жизни, которые наблюдались однократно, после чего дети становились абсолютно пассивными, отмечены у 687 (58,9%) детей. Все они имели патологию структур и систем головного мозга, несколько соматических заболеваний, нарушение деятельности анализаторов. У остальных 63 (5,4%) младенцев безусловно-рефлекторные реакции не наблюдались в связи с сочетанием пороков развития головного мозга, врожденных аномалий развития и тяжелых отклонений в работе органов и систем детского организма, наследственных болезней. Изменение поведения или мимики возникало при чувстве физиологического дискомфорта: тихий, неритмичный плач, гримаса страдания, попытки изменить положение головы, рук или тела. Особенности психического развития стали основанием для дополнения структуры индивидуальной программы комплексной реабилитации специальными методами воспитания и обучения, а также для обучения родителей способам эмоционально-развивающего общения с ребенком. Для детей с незрелой и крайне незрелой допсихической активностью содержание специальной индивидуальной программы воспитания и обучения было направлено на совершенствование центральных психологических достижений допсихической активности и на создание условий для появления психологических достижений элементарной психической активности. Для детей

Вариативность динамики становления центрального психологического достижения возраста у новорожденных с перинатальной патологией

с отсутствием психологических ответов и угнетенной допсихической активностью психолого-педагогическая работа заключалась в практическом обучении матери развивающему уходу и общению с малышом, демонстрировании педагогических способов, положительно влияющих на его психофизическое состояние. Особое внимание в этот период психического развития детей уделялось образованию тесной эмоционально положительной связи матери с младенцем, которая являлась фактором, влияющим на дальнейшую социализацию ребенка. Форма и содержание взаимодействия специалиста с родителями ребенка определились исходя из их эмоционального состояния, жизненных мотивов и ценностей, образования, позиции в отношении его воспитания и опыта по воспитанию других детей [6].

Обнаруженная вариативность зрелости центрального психологического достижения периода новорожденности обусловлена следующей логикой: «Развитие ребенка есть единый, но не однородный, целостный, но не гомогенный процесс» [7, с. 273]. В общем, онтогенетически универсальный путь детей находит у каждого индивидуальные особенности в зависимости от множества внешних и внутренних условий.

Размышляя над проблемой взаимосвязи обучения и развития, Л. С. Выготский выделял два уровня развития ребенка: один относится к его самостоятельной деятельности (актуальный уровень развития), другой к сотрудничеству с другими людьми (зона ближайшего развития). Данная мысль имеет принципиальное значение для выбора содержания и структурирования специальной индивидуальной программы воспитания и обучения, оценки результативности коррекционно-развивающего воздействия. По мнению Л. С. Выготского, ребенок в сотрудничестве со взрослым способен достичь намного больше, чем самостоятельно. Концептуальный постулат Л. С. Выготского гласит: «…к началу каждого возрастного периода складывается совершенно своеобразное, специфическое для данного возраста, исключительное, единственное и неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной. Это отношение мы и назовем *социальной ситуацией развития* в данном возрасте. Социальная ситуация развития представляет собой исходный момент для всех динамических изменений, происходящих в развитии в течение данного периода. Она определяет целиком и полностью те формы и тот путь, следуя по которому ребенок приобретает новые и новые свойства личности» [9, с. 258]; «Путь через других, через взрослых – основной путь деятельности ребенка в этом возрасте… не иначе, как в ситуации сотрудничества» [Там же, с. 281]. Сотрудничество со взрослым является источником развития в онтогенезе. Если обучение здорового ребенка ведет за собой развитие, то у ребенка с ограниченными возможностями здоровья психическое развитие и реализация психического потенциала зависят от специально созданных для него условий обучения. Только при создании специальных условий обучения и воспитания могут быть реализованы потенциальные и компенсаторные возможности детской психики и установлены социальные взаимоотношения ребенка со средой: «…*всякий вопрос специального обучения есть в то же время вопрос специального воспитания в целом*» [7, с. 54].

Соотношение актуальных и потенциальных психологических достижений возраста как ориентир содержания воспитания и обучения ребенка

По результатам анализа данных медико-психолого-педагогических обследований в условиях круглосуточного стационара, куда дети поступали для восстановления здоровья в возрасте 3 месяцев, по состоянию психического развития они были распределены на две группы развития: с незрелыми психологическими достижениями возраста – 621 (54%) обследованных, у которых были выявлены функциональные отклонения деятельности или патология нервной системы, одно или несколько соматических заболеваний, нарушение деятельности анализаторов; с несоответствием психологических достижений онтогенетическим показателям возраста – 523 (45,4%) обследованных с сочетанной патологией головного мозга, врожденными аномалиями развития и тяжелыми отклонениями в работе органов и систем детского организма, наследственными болезнями. Причем несоответствующие возрасту психологические достижения соотносились с показателем 1 месяца у 345 (30%) детей, то есть по степени сложности были на уровне незрелой допсихической активности, а у 171 (14,8%) допсихическая активность осталась крайне незрелой, т. к. психологические ответы соответствовали показателю 10 дней только в специально созданных условиях сотрудничества со взрослым. Положительная динамика психического развития детей была обеспечена созданием специальных развивающих условий в период бодрствования и правильной организацией процесса воспитания в семье.

Прогностические критерии динамики психического развития младенцев с перинатальной патологией

Л. С. Выготский объяснял данный феномен так: «…с психологической точки зрения физический дефект вызывает нарушение социальных форм поведения» [7, с. 70], «слияния не наблюдается; оба плана развития обычно более или менее резко расходятся. Причиной расхождения служит органический дефект» [Там же, с. 22]. Сегодня благодаря высокотехнологичным методам обследования мы понимаем, что при всем разнообразии причин нарушения работы центральной нервной системы психологическое взаимодействие детей с тяжелыми сочетанными последствиями перинатальной патологии характеризуется относительной общностью психической активности и простых форм социального поведения, приводит к замедлению темпов созревания психических достижений возраста и несоответствию психического развития показателям возрастного норматива [1; 6].

Вариативность уровня психического развития и качества психологических ответов детей на внешнее воздействие была учтена при выборе содержания индивидуальной программы воспитания и обучения. Причем наиболее зрелые психологические проявления становились основой для совершенствования остальных, что обеспечивало гармоничное формирование центрального психологического достижения возраста: «…недоразвитие высших процессов не первично, но вторично обусловлено дефектом, и следовательно, они представляют собой то звено, которое является слабым местом всей цепи симптомов ненормального ребенка, следовательно, то место, куда должны быть направлены все усилия воспитания для того, чтобы в этом наиболее слабом месте разорвать цепь» [7, с. 206].

Алгоритм проектирования специальной индивидуальной программы воспитания и обучения младенцев с перинатальной патологией

Так, для детей с незрелой элементарной психической активностью содержание было направлено на ее развитие и формирование поисковой психической активности с помощью игрового инструментария повышенной интенсивности воздействия, регулярного, специальным образом организованного, направленного сенсорного воздействия в периоды бодрствования продолжительностью 5–10 минут с перерывами для отдыха в 1–2 минуты.

Родители детей с незрелой допсихической активностью продолжали занятия по содержанию ранее разработанной индивидуальной программы реабилитации (ИПР), в которую были внесены изменения и дополнения, а также в ней был уточнен специальный игровой инструментарий, специальные методы педагогического воздействия, режим занятий исходя из актуального психофизического состояния ребенка и функциональных возможностей анализаторов и двигательной сферы. В период бодрствования родители организовывали развивающие занятия с использованиями полифункциональных дидактических пособий, а в бодрствование предлагали ребенку как обычные игрушки, так и те, что имели повышенную силу воздействия [6].

Сопоставление данных контрольных психолого-педагогических обследований в возрасте 1, 3 и 12 месяцев выявило 27 (2,3%) детей, у которых центральное психологическое достижение периода допсихической активности совершенствовалось в течение всего года, а проявления незрелой элементарной психической активности были зафиксированы лишь в возрасте 12 месяцев. Все они имели сочетание пороков развития головного мозга, врожденные аномалии развития, наследственные болезни, нарушение работы анализаторов [1]. Их психофизическое состояние отличалось крайней неустойчивостью. Данный вариант обозначен нами как стагнация психического развития.

Л. С. Выготский определил основной тезис дефектологии: «…ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, ребенок, но *иначе* развитой… Специфичность органической и психологической структуры, тип развития и личности… отличают аномального ребенка от нормального» [7, с. 7]. Самое важное, по мнению Л. С. Выготского, что вместе с органическим дефектом организму даны силы, тенденции, стремления к его преодолению или выравниванию. «Компенсация, как реакция личности на дефект, дает начало новым, обходным процессам развития, замещает, надстраивает, выравнивает психологические функции» [Там же, с. 12], «…процесс развития дефективного ребенка двояким образом социально обусловлен: социальная реализация дефекта… есть одна сторона социальной обусловленности развития, социальная направленность компенсации на приспособление к тем условиям среды, что созданы и сложились в расчете на нормальный человеческий тип, составляет ее вторую сторону… От исхода социальной компенсации, то есть конечного формирования его личности в целом, зависит степень его дефективности и нормальности» [Там же, с. 15].

Факторы и условия психического развития детей с ограниченными возможностями здоровья

Мы исходили из рекомендаций ученого о том, что воспитание детей с различными, в том числе тяжелыми, нарушениями должно базироваться на том, что одновременно с дефектом существуют психологические тенденции противоположного направления, обнаруживаются компенсаторные возможности для преодоления

дефекта, и именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила [6]. «Построить весь воспитательный процесс по линии естественных тенденций к сверхкомпенсации – значит не смягчать те трудности, которые возникают из дефекта, а напрягать все силы для его компенсации, выдвигать только те задачи и в том порядке, какие отвечают постепенности становления всей личности под новым углом» [7, с. 40].

Организация специального обучения детей младенческого возраста

Специфика обучения в ранний период жизни проявляется и в том, что оно проходит при непосредственном участии взрослых не только на специальных занятиях, но и в повседневной жизни ребенка, а сам образовательный процесс не сводится к простым упражнениям, подстраивающимся под дефект. Напротив, это целая программа развития личности, вписывающаяся в систему всех жизненных отношений, в которых пребывает ребенок, в связи с чем помощь может быть как непосредственной, так и опосредованной, направленной на ближайшее окружение и, самое важное, семью. Меняя поведение и отношение окружающих людей, мы снимаем напряжение и фрустрацию ребенка, что выступает профилактирующим фактором социальной дезадаптации [7]. Обучение, по мнению Л. С. Выготского, должно опираться «…не столько на уже созревшие функции и свойства ребенка, сколько на созревающие. Период созревания соответствующих функций является самым благоприятным, или оптимальным, периодом для соответствующего вида обучения» [9, с. 266]. Психологические новообразования являются не предпосылкой, но результатом или продуктом возрастного развития. Вот почему созревание новообразований всегда относится не к началу, а к концу данного возраста.

В связи с тем что распределение в группы развития, установленное в возрасте 3 месяцев, в течение последующих 9 месяцев кардинальных изменений не претерпело, а различия были отмечены лишь в качестве психологических достижений у детей внутри одной группы, мы в дальнейшем представим краткую психолого-педагогическую характеристику лишь той группы детей, которая овладевала центральными психологическими достижениями данного возрастного периода.

Критерии дифференциации вариантов психического развития младенцев с перинатальной патологией в возрасте 6 месяцев

Центральное психологическое достижение в виде незрелой поисковой психической активности в качестве зоны ближайшего развития было выявлено в ходе контрольного психолого-педагогического обследования, которое проводилось в условиях диагностического приема в амбулаторно-поликлиническом отделении врача-педиатра. В нем приняли участие 757 (65,8%) детей с последствиями перинатальной патологии легкой и средней степени тяжести. Это являлось свидетельством незначительного отставания психического развития детей от возрастного норматива. Для них содержание ИПР было изменено и дополнено заданиями по формированию согласованной психической активности. Незрелость элементарной психической активности сохранялась у 305 (26,4%) детей со среднетяжелыми и тяжелыми последствиями перинатальной патологии. Специальным образом построенный процесс воспитания детей в семье и применение коррекционно-педагогических технологий способствовали самостоятельному использованию психологических достижений

в практике взаимодействия с родителями и окружающей средой, содействовали последовательному накоплению нового опыта и предобразованию психологических достижений возраста, находящихся в зоне ближайшего психического развития, актуальных психологических достижений [13]. Однако динамика психического развития детей с сочетанной перинатальной патологией значительно более медленная, а временной отрезок на это преобразование превышает тот, что демонстрируют условно здоровые дети. Научное объяснение данного феномена представлено выше. При конструировании содержания индивидуальной программы воспитания и обучения детей мы придерживались единой логики, в связи с чем дети этой группы продолжали осваивать содержание ранее разработанной ИПР с дополнениями и изменениями, которые были внесены исходя из актуального психофизического состояния и социального развития ребенка. Содержание ИПР для самой малой группы из 27 (2,3%) детей со стагнацией допсихической активности оставалось без изменений, обновлялись игровые пособия, расширялся спектр специальных педагогических методов, режим и продолжительность коррекционно-развивающих занятий. Совершенствование незрелой элементарной психической активности было зафиксировано лишь в возрасте 12 месяцев. Причина наблюдаемой закономерности в виде практического отсутствия динамики психического развития следующая: «Если компенсация не удается, перед нами обычно глубоко болезненный, резко ненормальный, тяжко дефективный ребенок» [7, с. 187], «…низшие, элементарные процессы, с одной стороны, наименее воспитуемы, наименее зависимы в построении от внешних воздействий, от социального развития ребенка. С другой стороны, они, являясь первичными симптомами, вытекающими непосредственно из самого ядра дефекта, настолько тесно связаны с этим ядром, что победить их не удается до тех пор, пока не будет устранен сам дефект» [Там же, с. 206].

Критерии дифференциации вариантов психического развития младенцев с перинатальной патологией в возрасте 9 месяцев

Психолого-педагогическое обследование в возрасте 9 месяцев реализовывалось в амбулаторно-поликлиническом отделении. Анализ результатов показал, что у 597 (51,9%) детей сформированы зрелая согласованная психическая активность и некоторые проявления самостоятельной психической активности. Для этой группы детей было изменено содержание ИПР. Для них она в большей степени была ориентирована на развитие завершающего младенческий возраст центрального психологического достижения и совершенствование психологических достижений предыдущего возраста. Содержание ИПР по формированию согласованной психической активности у 163 (14,1%) детей, у которых не произошло качественного совершенствования центрального психологического достижения этого периода, практически не менялось. Содержание ИПР для 305 (26,4%) детей со зрелой элементарной психической активностью также было изменено на содержание по формированию центрального психологического достижения согласованной психической активности. Содержание ИПР по развитию допсихической активности у 27 (2,3%) детей со стагнацией психического развития было изменено, и на этом этапе психического развития детей ее целью стало формирование следующего центрального достижения возраста – элементарной психической активности.

Таким образом, у детей с последствиями перинатальной патологии разной этиологии и степени тяжести во втором полугодии наблюдается разный темп освоения центральных психологических достижений возраста и количество вариантов психического развития увеличивается, что требует дифференциации содержания ИПР, технического оснащения и педагогического просвещения родителей в вопросах воспитания ребенка с учетом его индивидуальных и особых образовательных потребностей, ограничений жизнедеятельности. Л. С. Выготский объяснял эту закономерность так: «Всякий дефект следует рассматривать с точки зрения его отношения к центральной нервной системе и психическому аппарату ребенка» [7, с. 181]; «Динамика дефекта (компенсация, упражняемость функций, способность изменяться) определяется именно его социально-психологическими осложнениями (коэффициент воспитуемости)» [Там же, с. 178]; «Не только тип дефекта, но и тип компенсации во всех трех случаях будет различный» [Там же, с. 182].

Роль родителей в реализации психологического потенциала младенца с перинатальной патологией

Л. С. Выготский считал, что одна из основных задач взрослых (воспитателей и родителей) заключается в своевременной перестройке отношений с ребенком и поднятием их на качественно новый уровень [9]. «Взрослый человек – центр всякой ситуации в младенческом возрасте. Естественно поэтому, что простая близость или удаление человека сразу означает для ребенка резкое и коренное изменение ситуации, в которой он находится… Вот почему другой человек для младенца – всегда психологический центр всякой ситуации. Вот почему смысл всякой ситуации для младенца определяется в первую очередь этим центром, то есть его социальным содержанием, или, шире говоря, отношение ребенка к миру является зависимой и производной величиной от самых непосредственных и конкретных его отношений к взрослому человеку» [Там же, с. 302]. Необходимо удовлетворять развивающуюся у малыша потребность в освоении и познании окружающего мира, обеспечивать двигательную активность, питательную и насыщенную окружающую среду [7].

Критерии дифференциации вариантов психического развития младенцев с перинатальной патологией в возрасте 12 месяцев

В возрасте 12 месяцев в ходе планового углубленного комплексного обследования детей была проведена психолого-педагогическая диагностика. Анализ медико-психолого-педагогических данных показал, что лишь 521 (47,3%) ребенок с легкими и среднетяжелыми последствиями перинатальной патологии имел достаточно зрелую согласованную психическую активность и проявления центрального психологического достижения возраста в виде самостоятельной психической активности в качестве зоны ближайшего развития. Степень зрелости актуального психологического достижения возраста, характерного для согласованной психической активности, свидетельствовала о том, что «психическому аппарату» недостаточно трех месяцев для формирования более сложного способа отражения действительности и взаимодействия ребенка со средой, который появляется на следующем этапе психического развития, в связи с чем изменять содержание ИПР было несвоевременным [1; 6; 13].

Анализ динамики становления центральных психологических достижений возраста у детей, ее зависимость от последствий перинатальной патологии обеспечили возможность выявления вариантов психического развития и понимание их клинической характеристики, конструирования индивидуальной программы воспитания и обучения в комплексной реабилитации.

Варианты психического развития детей с перинатальной патологией и психолого-педагогическая помощь на этапе реабилитации

При раннем начале и регулярном специальном психолого-педагогическом сопровождении ребенка с перинатальной патологией и его родителей можно наблюдать четыре варианта психического развития: незначительное отставание психического развития от возрастного норматива, отставание, значительное отставание и стагнация психического развития. Вариант «незначительное отставание» и «отставание психического развития от возрастного норматива» характерен для детей с легкими и среднетяжелыми последствиями перинатальной патологии. Вариант «значительное отставание и стагнация» возникают вследствие сочетанной патологии центральной нервной системы, врожденных аномалий развития, тяжелых отклонений в работе органов и систем детского организма, наследственных болезнях [1; 13].

Ориентиром выбора содержания ИПР на каждом возрастном этапе являлись исходно доступные формы взаимодействия и показатели зоны ближайшего психического развития ребенка, выявленные в ходе психолого-педагогического обследования [6]. Специальные методы и приемы, игровой инструментарий и коррекционно-развивающая направленность воспитания и обучения дополняли содержание, исходя из состояния здоровья и ограничений функциональных возможностей органов и систем. Педагогическое просвещение родителей было направлено на знакомство с эмоционально-развивающим способом взаимодействия с ребенком, который соответствует его индивидуальным возможностям и потребностям, на расширение знаний в области ухода и совершенствования психологических достижений возраста. Результатом стало последовательное преобразование психологических достижений зоны ближайшего развития в актуальные психологические возможности детей в индивидуальной теме, обусловленной этиологией, структурой и тяжестью перинатальной патологии. Наряду с этим удалось предупредить возникновение устойчивых разнообразных патологических форм поведения и трудностей взаимодействия ребенка с внешним миром и, как следствие, обеспечить социализацию за счет расширения круга общения при стабильном психофизическом состоянии.

Выводы, опирающиеся на научные исследования, клиническую практику и нормативно-правовую базу

1. Решающим фактором, от которого зависит психофизическое развитие и успешная социализация ребенка с нарушениями развития, является своевременное, с момента обнаружения болезни, обеспечение комплексных лечебно-оздоровительных и специальных психолого-педагогических мер, а также создание особых развивающих условий в процессе воспитания ребенка в семье для последовательного гармоничного становления у него центрального психологического достижения возраста.

2. Дети с отклоняющимся развитием, как отмечал Л. С. Выготский, инвариантно ввиду нарушения обнаруживают как сходства, общие недостатки, так и уникальные для каждого сложности, зависящие от индивидуальной структуры дефекта в целом. Вторичные отклонения, возникая на базе первичных и в отличие от них, поддаются коррекционному и профилактическому воздействию при своевременной целенаправленной психолого-педагогической помощи [7].

3. В связи с тем что «взрослый человек – центр всякой ситуации в младенческом возрасте» [9, с. 302], а учебная деятельность не выступает как ведущая, только взрослый, организуя окружающую среду ребенка, может влиять на характер развития отношений ребенка и мира, раскрывать для него сущность его окружения. Ключевым направлением специальной психолого-педагогической помощи является обучение родителей детей с перинатальной патологией методам и приемам эмоционально-развивающего общения с малышом, соответствующего его психофизическим возможностям и психологическим потребностям. Педагогическое просвещение родителей способствует улучшению социальной ситуации развития ребенка, сохранению семейной формы воспитания и межличностных отношений.

4. Реализация психолого-педагогической помощи и конструирование ИПР могут считаться эффективными, если при проведении психолого-педагогического обследования в контрольных возрастах у ребенка актуальными психологическими достижениями в основных линиях развития стали или начинают становиться те, которые на предыдущем обследовании были определены как зона его ближайшего психического развития, число выявленных трудностей организации взаимодействия ребенка с внешним миром не увеличилось или их проявления стали менее устойчивы, увеличилась степень самостоятельности и продуктивность активности ребенка, расширился опыт социального взаимодействия.

5. Основные положения культурно-исторической теории Л. С. Выготского являются надежным ориентиром деятельности специалистов системы ранней помощи, которая в настоящее время регламентируется надежной законодательной базой и реализуется всеми социальными институтами, на которые государством возложена ответственность за жизнь, здоровье и психическое развитие детей, благодаря сетевому междисциплинарному взаимодействию.

6. Результативность междисциплинарного взаимодействия и эффективность системы ранней помощи обеспечивается единством научных подходов в подготовке кадров разного профиля для системы ранней помощи, реализуемой различными ведомствами.

7. Специалисты психолого-педагогического профиля, осуществляющие профессиональную деятельность с семьей ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, обязаны знать и уметь применять на практике основные положения культурно-исторической теории Л. С. Выготского.

Практическая применимость и перспективы исследования

Данные исследования в области ранней психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям в комплексной реабилитации демонстрируют практическое воплощение культурно-исторической теории в психолого-педагогической практике, ее соответствие современным достижениям наук о человеке и социальным ожиданиям общества. Выявленные факты могут быть использованы

при определении комплекса государственных мер по восстановлению и укреплению психического здоровья детей раннего возраста с перинатальной патологией различной этиологии и степени тяжести. Перспективы научного поиска заключаются в синтезе медицины, психологии, педагогики и социальной работы при исследовании сущности или «тезиса и антитезиса» психического развития [7, с. 75].

---

1. Нейробиологические основы возникновения и восстановительного лечения перинатального поражения центральной нервной системы у детей / Е. А. Акимова [и др.]. М., 2016.
2. *Фисенко А. П.* Актуализация направлений профилактики детской инвалидности: (обзор) / А. П. Фисенко, Д. И. Зелинская, Р. Н. Терлецкая, И. В. Винярская // Российский вестник перинатологии и педиатрии: научно-практический рецензируемый журнал. 2021. Т. 66. № 5. С. 15–20.
3. Федеральная служба государственной статистики. URL: https://rosstat.gov.ru/folder/13964 (дата обращения: 20.07.2026).
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 01.04.2020). URL: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201111220007 (дата обращения: 20.07.2026).
5. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (последняя редакция). URL: http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody&nd=102038362 (дата обращения: 20.07.2026).
6. *Лазуренко С. Б.* Ранняя психолого-педагогическая абилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. М., 2022.
7. *Выготский Л. С.* Собрание сочинений: в 6 т. Т. 5. Основы дефектологии. М., 1983.
8. *Запорожец А. В.* Условия и движущие причины психического развития ребенка // Вестник практической психологии образования. 2012. Т. 9. № 4. С. 70–72.
9. *Выготский Л. С.* Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4. Детская психология. М., 1982.
10. *Пантюхина Г. В., Печора К. Л., Фрухт Э. Л.* Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста / под ред. В. А. Доскина. М., 1996.
11. *Лазуренко С. Б.* Диагностика психологического возраста детей первых трех лет жизни. Методика «ЯСЛИ». М., 2014.
12. Диагностика психической активности младенцев: методическое пособие / С. Б. Лазуренко [и др.]. М., 2017.
13. *Лазуренко С. Б.* Психическое развитие детей с нарушениями здоровья в раннем возрасте: монография. М., 2014.

References

1. Akimova E. A. et al. *Neirobiologicheskie osnovy vozniknoveniya i vosstanovitel'nogo lecheniya perinatal'nogo porazheniya tsentral'noi nervnoi sistemy u detei*. Moscow, 2016 (in Russian).
2. Fisenko A. P., Zelinskaya D. I., Terletskaya R. N., Vinyarskaya I. V. Aktualizatsiya napravlenii profilaktiki detskoi invalidnosti: (obzor). *Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii: nauchno-prakticheskii retsenziruemyi zhurnal*. 2021. Vol. 66. No. 5. Pp. 15–20 (in Russian).
3. *Federal'naya sluzhba gosudarstvennoi statistiki*. Available at: https://rosstat.gov.ru/folder/13964 (data obrashcheniya: 20.07.2026) (in Russian).

4. *Federal'nyi zakon ot 21.11.2011 No. 323-FZ "Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii" (red. ot 01.04.2020)*. Available at: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201111220007 (accessed: 20.07.2026) (in Russian).
5. *Federal'nyi zakon ot 24.11.1995 No. 181-FZ "O sotsial'noi zashchite invalidov v Rossiiskoi Federatsii" (poslednyaya redaktsiya)*. Available at: http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody&nd=102038362 (accessed: 20.07.2026) (in Russian).
6. Lazurenko S. B. *Rannyaya psikhologo-pedagogicheskaya abilitatsiya detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya*. Moscow, 2022 (in Russian).
7. Vygotsky L. S. *Sobranie sochinenii: v 6 t. T. 5. Osnovy defektologii*. Moscow, 1983.
8. Zaporozhets A. V. Usloviya i dvizhushchie prichiny psikhicheskogo razvitiya rebenka. *Vestnik prakticheskoi psikhologii obrazovaniya*. 2012. Vol. 9. No. 4. Pp. 70–72 (in Russian).
9. Vygotsky L. S. *Sobranie sochinenii: v 6 t. T. 4. Detskaya psikhologiya*. Moscow, 1982 (in Russian).
10. Pantyukhina G. V., Pechora K. L., Frukht E. L. *Metody diagnostiki nervno-psikhicheskogo razvitiya detei rannego vozrasta*. Ed. by V. A. Doskin. Moscow, 1996 (in Russian).
11. Lazurenko S. B. *Diagnostika psikhologicheskogo vozrasta detei pervykh trekh let zhizni. Metodika "YASLI"*. Moscow, 2014 (in Russian).
12. Lazurenko S. B. et al. *Diagnostika psikhicheskoi aktivnosti mladentsev: metodicheskoe posobie*. Moscow, 2017 (in Russian).
13. Lazurenko S. B. *Psikhicheskoe razvitie detei s narusheniyami zdorov'ya v rannem vozraste: monografiya*. Moscow, 2014 (in Russian).

