**Схема нейропсихологического обследования ребёнка**

Опыт нейропсихологического консультирования детей с отклоняющимся развитием доказал адек­ватность и информативность именно такого подхода к данному контингенту. Во-первых, практически однозначно решается дифференциально-диагностическая задача: в результате обследования выявляются базисные патогенные факторы, а не актуальный уровень знаний и умений. Ведь внешне и патохарактерологические особенности ребенка, и педагогическая запущенность, и первичная несостоятельность фонематического слуха могут проявляться одинаково — «двойка по русскому». Во-вторых, только нейропсихологический анализ такой недостаточности может вскрыть механизмы, лежащие в ее основе, и подойти к разработке специфических, особым образом ориентированных коррекционных мер. Подчерк­нем это непременное условие: важен именно синдромный подход, иначе, как показывает опыт, неиз­бежны искажения, односторонность результатов, обилие артефактов.

Вся совокупность предлагаемых методов многократно апробирована на моделях нормального, субпатологического и патологического развития.

Отметим в самом общем виде несколько моментов, принципиальных для квалификации имеющей­ся у ребенка недостаточности.

**1. Психологу необходимо констатировать наличие или отсутствие у ребенка таких явлений, как:**

• гипо- или гипертонус, мышечные зажимы, синкинезии, тики, навязчивые движения, вычурные позы и ригидные телесные установки; полноценность глазодвигательных функций (конвергенции и ам­плитуды движения глаз)

• пластичность (или, напротив, ригидность) в ходе выполнения любого действия и при переходе от одного задания к другому, истощаемость, утомляемость; колебания внимания и эмоционального фона, аффективные эксцессы;

• выраженные вегетативные реакции, аллергии, энурез; сбои дыхания вплоть до его очевидных за­держек или шумных «преддыханий»; соматические дизритмии, нарушение формулы сна, дизэмбриогенетические стигмы и т.п.

Различные патофеномены такого круга, как и ряд иных, аналогичных всегда свидетельствуют о препатологическом состоянии подкорковых образований мозга, что с необходимостью требует направ­ленной коррекции. Ведь, перечисленное, по сути, является отражением базального, непроизвольно уровня саморегуляции человека. Причем уровня во многом жестко генетически запрограммированного, т.е. функционирующего помимо воли и желания ребенка. Между тем полноценный его статус предо­пределяет во многом весь последующий путь развития высших психических функций (ВПФ). Это обу­словлено тем, что к концу первого года жизни названные структуры практически достигают своего «взрослого» уровня и становятся точкой опоры для онтогенеза в целом.

**2. Прежде всего, используя нейропсихологическую методику, необходимо учитывать и строго фиксировать все индивидуальные свойства испытуемых**, все особенности их поведения во время проведения обследования. Это позволит более точно оценить характер имеющихся у них нарушений и даст возможность установить, какое влияние на процесс выполнения заданий оказывают личностные и другие внеинтеллектуальные факторы.

Наибольший интерес представляют следующие показатели:

**1. Особенности общения ребенка** с экспериментатором: легко ли вступает в контакт, задает ли вопросы и какие, рассказывает что-нибудь о себе и т. д. Если ребенок излишне застенчив, замкнут, плохо вступает в контакт, целесообразно начать его обследование с невербальной части методики. Яркие кубики, картинки обычно вызывают интерес у ребенка, снимают скованность и страх. Когда ребенок немного привыкнет и перестанет тормозиться, можно предложить ему для выполнения задания вербальной части. При этом не следует требовать от него развернутых ответов, важно выяснить лишь то, насколько он понимает, знает различные предметы и явления, умеет обобщать, сравнивать их между собой. При квалификации дефекта необходимо учитывать тот момент, что низкие количественные показатели, полученные ребенком по вербальным субтестам, в данном случае скорее всего являются следствием речевой заторможенности.

Дети общительные обычно очень бурно реагируют на все вопросы и задания, часто переспрашивают, уточняют, приводят примеры из собственной жизни и т. д. С одной стороны, все это может послужить дополнительной информацией для экспериментатора, а с другой — увеличивает время обследования, нарушает его ритм. В ряде случаев таких детей следует тактично останавливать, просить отвечать только по существу.

**2. Особенности мотивации**: вызывают ли задания интерес, какова реакция на неуспех, как ребенок оценивает свои возможности и достижения.

У детей с сильной познавательной мотивацией любое прерывание деятельности может вызвать переживание неуспеха, чувство неудовлетворенности. Поэтому в тех случаях, когда ребенок очень долго ориентируется в задании, ищет наиболее правильное решение и при этом не укладывается в отведенный лимит времени, надо позволить выполнить ему задание до конца и зафиксировать индивидуальный темп работы. Количественная оценка должна выводиться стандартным образом.

Необходимо отмечать, насколько склонен ребенок к упрощению программы, заданной извне; легко ли переключается он от одной программы к другой или инертно воспроизводит предыдущую. Вы­слушивает ли до конца инструкцию или импульсивно принимается за работу, не пытаясь понять, что же от него требуется? Как часто отвлекается он на побочные ассоциации и соскальзывает на регрессивные формы реагирования? Способен ли он к самостоятельному планомерному выполнению требуемого в условиях «глухой инструкции», или задание доступно ему только после наводящих вопросов и развер­нутых подсказок экспериментатора, т. е. после того, как изначальная задача будет раздроблена на под­программы.

Наконец, способен ли он сам дать себе или другим внятно сформулированное задание, проверить ход и итог его выполнения; оттормозить свои не адекватные данной ситуации эмоциональные реакции? Положительные ответы на эти вопросы наряду со способностью ребенка оценить и проконтролировать эффективность собственной деятельности (например, найти свои ошибки и самостоятельно попытаться их исправить), свидетельствуют об уровне сформированности его произвольной саморегуляции, т. е. в максимальной степени отражает степень его социализации в отличие от тех базальных процессов, о ко­торых говорилось выше.

Достаточность перечисленных параметров психической деятельности свидетельствует о функцио­нальной активности префронтальных (лобных) отделов мозга, прежде всего его левого полушария. И, хотя окончательное созревание этих мозговых структур растягивается по нейробиологическим законам до 12—15 лет, к 7 —8 годам в норме уже имеются все необходимые предпосылки для их оптимального в соответствующих возрастных рамках статуса.

Говоря о понимании ребенком инструкций и их выполнении, необходимо подчеркнуть, что перво­очередной задачей является дифференциация первичных трудностей от тех (вторичных), которые связа­ны у него, например, с недостаточностью памяти или фонематического слуха. Иными словами, вы должны быть абсолютно убеждены, что ребенок не только понял, но и запомнил все вами сказанное от­носительно предстоящего задания.

**3. Динамические характеристики деятельности**: импульсивность, расторможенность, поспешность в выполнении заданий или заторможенность, медлительность, истощаемость. Обследование детей с повышенной истощаемостью, низкой работоспособностью следует проводить в несколько этапов, давая им значительные перерывы для отдыха. Иногда имеет смысл перенести эксперимент на другой день. Такие дети выполняют заедания очень медленно и часто не укладываются в отведенный лимит времени. Поэтому целесообразно не прерывать ребенка, не ограничивать времени выполнения заданий, чтобы выяснить, способен ли он в принципе справиться с ними, но обязательно учитывать индивидуальное время выполнения. Низкие показатели по субтестам, имеющим временные лимиты, считать следствием замедленного темпа психической деятельности.

**4. Особенности внимания**: отвлекаемость, колебания внимания, показатели самоконтроля.

**5. Характеристики моторики**: быстрота движений, координация, сила мышечного тонуса, точность движений и т.п.

**6. Речевые особенности**: трудности произношения, неверное употребление слов, оговорки, несформированность фразы, речевая инертность, нарушение регулирующей функции речи и проч.

**7. Способы выполнения заданий**: решает методом проб и ошибок или применяет логические приемы анализа, переносит ли найденный способ на аналогичное задание и т.д.

Таким образом, в отличие от стандартной процедуры тестового исследования, когда отмечается только результат выполнения задания, имеет смысл подробно и тщательно протоколировать весь ход эксперимента, фиксируя, по возможности, все, что делает и говорит испытуемый. При этом большое значение имеет тот факт, что практически не нарушается чистота самого теста, а любые дополнения и изменения, внесенные экспериментатором, используются для качественного анализа полученных данных.

Например, при качественном анализе выполнения методики лабиринт можно выявить три основных типа нарушений.

1. Нарушение координации движений, расторможенность, плохой самоконтроль — ребенок быстро проходит практически все лабиринты, но с очень большим числом ошибок (часто отрывает карандаш от бумаги, пересекает линии, заходит за пределы лабиринта).

2. Медлительность, слабость мышечного тонуса — ребенок проходит все лабиринты почти без ошибок, но в очень медленном темпе, не укладываясь в отведенные лимиты времени.

3. Нарушение планирования деятельности, плохая экстраполяция — ребенок не может пройти лабиринт, не двигается с места или слепо заходит во все его участки.

В указанных выше случаях *количественная оценка*, получаемая испытуемым за тот или иной субтест, становится показателем степени выявленных у него качественных нарушений.

Существуют нарушения, которые можно выявить лишь путем качественного анализа выполнения ребенком заданий методики. Эти нарушения обычно приводят к снижению количественных показателей сразу по нескольким субтестам. Это — замедленность темпа мыслительной деятельности (страдает выполнение всех субтестов, имеющих временные лимиты), психомоторная расторможенность в сочетании с плохим самоконтролем (низкие показатели имеются по всем субтестам, где требуются сосредоточенность, аккуратность, хорошее внимание) и нарушение планирования, регулирования деятельности (ребенок с трудом справляется со всеми заданиями, где необходимы тщательный анализ условий, предварительная ориентировка в задании, составление программы действий).

Имеет место и обратное, когда низкий количественный балл по одному или нескольким субтестам сам по себе свидетельствует об определенном качественном типе нарушения.

**3. Как известно, развитие психических функций и отдельных их составляющих (факторов) проте­кает по законам гетерохронии и асинхронии**. В этой связи необходимо провести краткий обзор возрас­тной динамики («коэффициентов развития») наиболее важных психологических факторов (в соответст­вии с возрастными нормативами, которые были получены в ходе нейропсихологического обследования хорошо успевающих учеников массовых школ и дошкольных учреждений: обследовались дети от 4 до 12 лет).

При исследовании двигательных функций было установлено, что различные виды кинестетическо­го праксиса полностью доступны детям уже в 4 —5 лет, а кинетического лишь в 7 (причем проба на реципрокную координацию рук полностью автоматизируется лишь к 8 годам).

Тактильные функции достигают своей зрелости к 4 —5 годам, в то время как соматогностические — к 6. Различные виды предметного зрительного гнозиса перестают вызывать затруднения у ребенка к 4 —*5* годам; здесь необходимо подчеркнуть, что возникающее иногда замешательство связано не с пер­вичным дефицитом зрительного восприятия, а с медленным подбором слов. Это обстоятельство может обнаружить себя и в других пробах, поэтому крайне важно разделять эти две причины. До 6 —7 лет де­ти демонстрируют затруднения при восприятии и интерпретации сюжетных (особенно серийных) кар­тин.

В сфере пространственных представлений раньше всех созревают структурно-топологические и координатные факторы (6 — 7 лет), в то время как метрические представления и стратегия оптико-конструктивной деятельности — к 8 и 9 годам соответственно.

Объем как зрительной, так и слухоречевой памяти (т. е. удержание всех шести эталонных слов или фигур после трех предъявлений) достаточен у детей уже в 5 лет; к 6 годам достигает зрелости фактор прочности хранения необходимого количества элементов вне зависимости от ее модальности. Однако лишь к 7—8 годам достигает оптимального статуса избирательность мнестической деятельности.

Так, в зрительной памяти ребенок, хорошо удерживая нужное количество эталонных фигур, иска­жает их первоначальный образ, разворачивая его, не соблюдая пропорции, не дорисовывая какие-то де­тали (т. е. демонстрирует массу параграфий и реверсий), путая заданный порядок. То же в слухоречевой памяти: вплоть до 7-летнего возраста даже четырехкратное предъявление не всегда приводит к полно­ценному удержанию порядка вербальных элементов, имеет место много парафазии, т.е. замен эталонов словами, близкими по звучанию или значению.

Наиболее поздно из базовых факторов речевой деятельности созревают у ребенка: фонематический слух (7 лет), квазипространственные вербальные синтезы и программирование самостоятельного рече­вого высказывания (8 —9 лет). Особенно отчетливо это проявляется в тех случаях, когда указанные факторы должны служить опорой для таких комплексных психических функций, как письмо, решение смысловых задач, сочинение и т. п.

Отразив некоторые особенности развития нейропсихологических факторов в норме, остановимся на традиционной для нейропсихологии системе оценок продуктивности психической деятельности. В онтогенетическом ракурсе она прямо связана с понятием зоны ближайшего развития:

«О» — выставляется в тех случаях, когда ребенок без дополнительных разъяснений выполняет предложенную экспериментальную программу;

«1» — если отмечается ряд мелких погрешностей, исправляемых самим ребенком практически без участия экспериментатора; по сути «1» — это нижняя нормативная граница;

«2» — ребенок в состоянии выполнить задание после нескольких попыток, развернутых подсказок и наводящих вопросов;

«3» — задание недоступно даже после подробного многократного разъяснения со стороны экспе­риментатора.

**4. Следующее требование связано с необходимостью включения в нейропсихологическое обследо­вание сенсибилизированных условий** для получения более точной информации о состоянии того или иного параметра психической деятельности. К таковым относятся: увеличение скорости и времени вы­полнения задания; исключение зрительного (закрытые глаза) и речевого (зафиксированный язык) само­контроля.

Успешность выполнения любого задания в сенсибилизированных условиях (в том числе на следах памяти) в первую очередь свидетельствует о том, что изучаемый процесс у ребенка автоматизирован, а следовательно, помимо прочих преимуществ может быть опорой для ведения коррекционных меро­приятий.

Необходимым условием является также выполнение любых мануальных проб (двигательных, рису­ночных, письма) обеими руками поочередно. Хотелось бы подчеркнуть, что использование бимануальных проб приближается по информативности к дихотическому прослушиванию, тахистоскопическому эксперименту и т.п., а пренебрежение ими — к неадекватной квалификации имеющейся феноме­нологии.

**5. Во всех экспериментах**, требующих участия правой и левой руки испытуемого, не следует оговари­вать в инструкции, какой именно рукой начинать выполнение задания. Спонтанная активность той или иной руки в начале выполнения задания дает экспериментатору дополнительную, косвенную инфор­мацию о степени сформированности у ребенка мануального предпочтения. Эта же информация содер­жится в «языке жестов»: исследователь обязательно должен отмечать, какая рука «помогает» ребенку обогатить свою речь большей выразительностью.

**6. Большинство проб** даны в нескольких вариантах. Это позволяет, с одной стороны, использовать ряд из них для динамического исследования, а с другой — подобрать тестовый вариант, адекватный возрасту ребенка.

Задания должны чередоваться так, чтобы два идентичных (например, запоминание двух групп по 3 слова и запоминание 6 слов) не следовали одно за другим.

**7. Крайне важно как аксиому воспринимать тот факт**, что ребенок всегда включен в целую систему межличностных и социальных взаимоотношений (родители, учителя, друзья и т.д.). поэтому успеш­ность вашего обследования (и последующей коррекции) однозначно будет коррелировать с тем, на­сколько полно будут представлены в нем соответствующие данные. В первую очередь это означает ус­тановление партнерского контакта с родителями, особенно с матерью ребенка. Именно она способна дать вам важнейшую информацию о его проблемах, а в последующем — стать одним из центральных участников коррекционного процесса.

***Проведение психологического обследования детей имеет целый ряд особенностей***. Прежде всего, необходимо отметить, что маленькие дети, а особенно дети с нарушениями психического развития, не всегда легко и охотно вступают в контакт с экспериментатором и включаются в деятельность по выполнению заданий. Поэтому следует воздерживаться от отрицательной оценки психических возможностей ребенка в тех случаях, когда нет достаточной уверенности в том, что удалось наладить оптимальный контакт с ребенком, добиться его посильного участия в эксперименте и обеспечить необходимую мотивацию деятельности ребенка по выполнению за­даний.

Причинами целого ряда отказов ребенка от выполнения задания могут быть не столько его интеллектуальная недееспособность, сколько степень невротизации, наличие страхов, депрес­сивных настроений или определенных характерологических особенностей. Включение ребенка первого года жизни в ситуацию обследования достигается привлечением его внимания к ярким новым звучащим объектам, интенсивным эмоционально-речевым воздействием и устранением всех отвлекающих внимание ребенка объектов. До начала обследования необходимо дать ре­бенку привыкнуть к исследователю, иначе он может дать негативную реакцию на незнакомое лицо, что существенно осложнит возможность дальнейшего контакта.

Включение в ситуацию обследования более старших детей легче всего достигается приме­нением сюжетного объединения различных заданий в одну общую «игру». Для этого в обследо­вание вводится персонаж или ряд персонажей и все дальнейшие задания выполняются как бы для этих персонажей: для них строятся «домики, елочки, паровозики» и т. д. При этом персона­жи используются для оценки действий ребенка, они радуются или плачут, приближаются при одобрении или прячутся при неверном действии, а иногда что-то говорят, советуют, просят. Де­тей в возрасте от 1 года до 2 лет рекомендуется обследовать в непосредственной близости от ма­мы, желательно, чтобы ребенок сидел у нее на коленях. Иначе тревога, возникающая у детей этого возраста в незнакомой ситуации, может сильно осложнить обследование. Дети старше двух лет значительно быстрее адаптируются в экспериментальной ситуации, легче вступают в контакт с исследователем и охотно увлекаются деятельностью с новыми для них игрушками. При этом присутствие мамы часто бывает необязательным, а порой и нежелательным. Начинать исследование стоит с легких заданий, которые с наибольшей вероятностью могут оказаться ин­тересными для ребенка (типа вкладывания разных по размеру объектов один в другой). Затем ему можно предложить ряд сложных и более скучных заданий на запоминание, идентификацию, узнавание, внимание, а также на обобщение. Как только появятся первые признаки утомления, стоит переключить внимание ребенка на выполнение более легкого задания или даже дать ему отдохнуть. Если с течением времени ребенок все более растормаживается, можно попытаться ограничить свободу его движений или, наоборот, отвлечь его и переключить на выполнение не­сложных физических упражнений, успокаивающих нервную систему. В случаях отказа ребенка от выполнения заданий надо попытаться привлечь его к деятельности с помощью шепотной ре­чи или же продемонстрировать задания невербально, а также избегать употребления импера­тивных высказываний типа «сделай», «скажи» и др. в собственной речи. Для выяснения реакции ребенка на неудачи и трудности можно искусственно создать ситуацию неуспеха, однако следу­ет делать это с особенной осторожностью, чтобы не спровоцировать слишком сильный и плохо контролируемый аффект.

Наконец, исследование следует вести так, чтобы ребенок расставался с исследователем в хорошем настроении и стремился к продолжению занятий в следующий раз. Не должно быть определенного правила в порядке предъявления ребенку заданий. Важно удер­жание заинтересованности ребенка и быстрое проведение каждого задания. Следует заменять одно задание на другое, если проявляются признаки скуки. В специальных целях: определение состояния произвольной регуляции поведения и степени подчиняемости ребенка требованиям взрослого, а также для расширения представлений об особенностях эмоционального реа­гирования можно требовать доведения ребенком неинтересного задания до конца.

Интерпретация данных нейропсихологического исследования осуществляется в результате анализа протокольных записей, вычерчивания индивидуального с профиля» состояния психиче­ских функций.

Оценка потенциальных возможностей ребенка производится на основании следующих фактов:

1) интенсивность (тяжесть) и экстенсивность (распространенность) нарушений психиче­ских функций;

2) определение ведущего фактора, препятствующего выполнению *заданий* (см. критерии качественной оценки);

3) восприимчивость ребенка к помощи, предлагаемой в процессе проведения эксперимента.

На первые два вопроса экспериментатор может ответить в результате изучения так назы­ваемого индивидуального «профиля» нейропсихологических характеристик: выявление наибо­лее типичного, часто повторяющегося балла, выделение наиболее страдающих функций, обес­печивающих формирование того или иного школьного навыка.

Возможность ответа на третий вопрос изначально предусмотрена специальной организаци­ей нейропсихологического исследования. Большинство заданий, включенных в исследование, предъявляется в 2 вариантах. При первом — инструкция не отличается от применяемой в прак­тике исследования взрослых. При неправильном выполнении то же задание дается в ситуации игры, обеспечивающей не только эмоциональную стимуляцию, но и включение речевого и смы­слового опосредования действия (например: «Ты командир, а твои пальчики — солдаты, коман­дуй: раз, два...» и т.п.). После подобной организации, как правило, результаты выполнения зада­ния улучшаются, бальная оценка повышается. Этот новый результат вносится в протокол иссле­дования и соответственно отмечается на графике индивидуального «профиля». Таким образом, эффективность помощи и, что особенно важно, виды ее становятся важными данными для оцен­ки потенциальных возможностей ребенка.

При *качественном анализе* состояния ВПФ прежде всего необходимо выделение ведущего фактора, затрудняющего осуществление заданной психологической операции. Такими ведущи­ми факторами могут являться:

1) нарушение отдельных корковых функций. Кроме парциальных нарушений перечисленных выше специфических функций трудность обучения детей могут быть обусловлены общими неспецифическими расстройствами мозговой деятельности, отражающими дискоординацию корково-подкорковых функциональных отноше­ний.

2) нейродинамические нарушения; на первый план выступают расстройства общей нейродинамики, проявляющиеся в повышенной истощаемости, нарушении темпа и подвижности психических процессов, нарушении работоспособности по астеническому типу.

Критерий качественно-количественной оценки базировался на степени выраженности вы­деленных выше качественных показателей нарушений ВПФ. С этой целью была разработана пя­тибалльная шкала оценок.

**О баллов** — нейродинамические нарушения отсутствуют.

**1 балл** — нейродинамические нарушения легкой степени выраженности проявляются в бо­лее медленном темпе выполнения задания при сохранности структуры заданной психоло­гической операции.

**2 балла** — нейродинамические нарушения средней степени отражают большую степень истощаемости испытуемой функции, проявляющуюся в легкой дезавтоматизации двига­тельного стереотипа либо другого навыка, наличием нестойких и неспецифических по сво­ему характеру ошибок.

**3 балла** — грубые нейродинамические нарушения, проявляющиеся в персевераторных яв­лениях наличием структурных нарушений заданной операции (степень выраженности ко­торых еще отражает связь со степенью выраженности истощаемости общей нейродинамики).

**4 балл** — крайняя степень грубых нарушений нейродинамики, первичные нарушения структуры заданной операции (отсутствие связи с явлениями истощаемости общей нейро­динамики); практическая невозможность выполнения задания.

3) нарушения высших форм регуляции; при других клинических вариантах психического дизонтогенеза более значимы нарушения произвольности и целенаправленности познавательной деятельности: отсутствие или нестой­кость установки (мотивации) на познавательную деятельность, трудности планирования задан­ной психической операции, нестойкость произвольного внимания и контроля. Эти стороны соз­нательной деятельности, как известно, обеспечиваются прежде всего работой лобных и лобно-подкорковых мозговых систем.

При качественно-количественной оценке нарушений высших форм регуляции необхо­димо ориентироваться не только на характер нарушений произвольного контроля, про­граммирования и инициирования, но и на восприимчивость ребенка к помощи со стороны экспериментатора. Таким образом, содержание балла будет отражать как степень выражен­ности нарушений, так и содержание и эффективность вспомогательных мероприятий.

**О баллов** — нарушения отсутствуют.

**1 балл** — ребенок достаточно целенаправлен, при наличии затруднений самостоятельно находит способы их преодоления (замедляет темп, обводит изображения пальцем, сопро­вождает действие проговариванием и т. п.).

**2 балла** — вначале задание выполняется с интересом и правильно, но на истощении возни­кают ошибки из-за нестойкости контроля в процессе реализации первично сохранной про­граммы заданной операции; оптимальная мера помощи состоит в организации внимания и эмоциональной стимуляции; отказов от работы нет, помощь эффективна.

**3 балла** — на первый план выступают нарушения в процессе программирования: упроще­ние либо искажение содержательной стороны программы, соскальзывание на программу.

**4 балла** – невозможность выполнения задания в связи с грубыми нарушениями произвольной регуляции, опора на наглядность, импульсивные реакции, аффективные эксцессы.

Как следует из вышесказанного, данные нейропсихологического исследования аномально­го ребенка позволяют уточнить структуру нарушений познавательной деятельности, что чрез­вычайно важно при решении вопросов прогноза и индивидуализации психолого-педагогической коррекции.

**Анамнестические данные ребенка**

Паспортные данные, наличие фактора актуального и/или семейного левшества (правша, левша, амбидекстр, левшество в семье), жалобы родителей (законных представителей), отношение (реакции) ребенка к своим проблемам, наличие навязчивых вредных привычек.

Состав семьи (члены семьи), место работы родителей (образование, проф. статус).

Социальная среда (ребенок воспитывается дома, мамой, бабушкой; посещает ясли, детский сад, школу; находится в детском доме и т.п.).

Семейный анамнез: хронические заболевания (органы дыхания, сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, аллергические, эндокринные, онкологические, нервно-психические и др. заболевания), алкоголизм, профессиональные вредности, интоксикации, наркомания, склонность к депрессивным реакциям: мать (материнская линия), отец (отцовская линия).

Течение беременности: какая по счету, возраст матери и отца в начале данной беременности. Предыдущие беременности закончились (медицинский аборт, выкидыш ранний, поздний, смерть ребенка, роды (лет назад)). Течение беременности — токсикоз (слабый или выраженный), анемия, нефропатия, инфекционные заболевания, резус-конфликт, отеки, повышенное АД, кровотечения, угроза выкидыша (срок), ОРЗ, грипп, медицинское лечение (амбулаторное, стационар): 1-я половина беременности и 2-я половина беременности

Роды: какие по счету, на каком сроке (в срок, преждевременные, запоздалые). Самостоятельные, вызваны, оперативные (плановые, вынужденные). Родовая деятельность началась: с отхождения вод, со схваток. Родовспоможение: стимуляция, капельница, механическое выдавливание плода, щипцы, вакуум, кесарево сечение, наркоз. Длительность родов (стремительные, быстрые, затяжные, длительные, N). Длительность безводного периода, баллы по шкале Апгар.

Ребенок родился в головном, ягодичном, ножном предлежании , вес, рост ребенка. Ребенок закричал (сразу, после отсасывания слизи, после похлопывания, проводилась реанимация).

Характер крика (громкий, слабый, запищал). Цвет кожи (розовый, цианотичный, синюшный, белый). Имели место (обвитие пуповины вокруг шеи, короткая пуповина, узловая пуповина, кефалогематома, перелом ключицы, зеленые околоплодные воды и т. п.).

Диагноз при рождении (родовая травма, асфиксия в родах (степень), пренатальная энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, гипотрофия (степень) и т.п.).

1-е кормление: на какие сутки, грудь взял активно, вяло. Выписаны из роддома на какие сутки, позже (из-за матери, ребенка, переведен в отделение недоношенных, больницу). Стационарное лечение, заключение после стационара (лежал вместе с матерью, отдельно).

Вскармливание до года: грудное до какого месяца, искусственное с какого месяца, смешанное с какого месяца.

Развитие, характерное для ребенка до года: двигательное беспокойство, срыгивания (часто, редко), нарушение сна и бодрствования. Отмечались: гипер- или гипотонус, вздрагивания, тремор ручек, подбородка, «тянул голову назад». Моторные функции: когда начал держать голову, сидеть, ползать, ходить. Речевое развитие: когда гуление, лепет, слова, фраза.

Наблюдались ли трудности в овладении следующими навыками: пользова­ние горшком, самостоятельная ходьба, самостоятельная еда, самостоятельное одевание/раздевание, автономное засыпание, др.

Причины трудностей: госпитализация, переезд, развод, рождение второго ребенка, смерть близких и в каком возрасте. Наблюдались ли энурез, энкопрез, специфические пищевые предпочтения, нарушения в двигательной сфере, расстройства сна, др.в возрасте скольки лет.

Перенесенные заболевания в течение жизни, травмы головы, сотрясение головного мозга, лечение (стационарное, амбу­латорное) в каком возрасте.

Детские учреждения посещает (возраст), посещение спец. детского сада. При адаптации имели место: повышенная возбудимость, протестные реак­ции (активные, пассивные), стал часто болеть, др. Игровая деятельность: любил (не любил) играть с игрушками. Любимые игрушки, игры. Готовность к школе: не знал букв, читал по слогам, хорошо читал; считал до 3, 5, 10, больше, выполнял (не выполнял) арифметические действия; рисо­вать умел (не умел), плохо (хорошо), любил (не любил); хотел (не хотел) идти в школу. Программа обучения: 1—4, 1 — 3, КРО, вспомогательная школа, речевая школа, др. Адаптация к школе, интерес к учебе: имеется (не имеется), безразлично.