Министерство образования Республики Беларусь

Учреждение образования
«Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина»

Валитова Ирина Евгеньевна

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Монография

Репозиторий БрГУ

Брест 2019

УДК 159.922.76
ББК 88.8я73
В15

Рекомендовано

Рецензенты:

С. А. Игумнов
доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры клинической и консультативной психологии УО «БГПУ им. М. Танка»

Кафедра общей и клинической психологии УО «Белорусский государственный университет»

Е. И. Медведская
кандидат психологических наук, доцент,
доцент кафедры психологии УО «БрГУ им. А. С. Пушкина»

Валитова И. Е. Клинико-психологическая концепция психического дизонтогенеза в раннем возрасте : Монография. – Брест : БрГУ, 2019. – 300 с.
ISBN 978-985-555-852-2

В монографии обосновывается междисциплинарная концепция психического дизонтогенеза в раннем возрасте. Представлена клинико-психологическая характеристика различных видов отклонений в развитии детей в раннем возрасте, а также авторская систематизация нарушений развития применительно к раннему возрасту. Результатом теоретического исследования явилась модель отклонений в развитии у детей в диадическом взаимодействия с матерью. Содержание монографии представлено в трех разделах. В первом разделе излагаются концептуальные основы рассмотрения раннего возраста в клинической психологии развития. Во втором разделе дается характеристика разных видов отклонений развития в раннем возрасте. В третьем разделе представлены результаты работы по систематизации отклонений в развитии ребенка раннего возраста в диадических отношениях. Основная идея, которая реализуется во всех главах монографии, – необходимость интегрированного подхода к отклонениям в развитии в раннем возрасте, который системно объединяет клинический взгляд на ребенка и взгляд с позиций закономерностей и механизмов его развития.

Монография предназначена для исследователей психологических и клинических специальностей, она будет интересна практикам, работающим в системе раннего вмешательства и ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии.

Репозиторий БрГУ

СОДЕРЖАНИЕ

Перечень сокращений 4
Введение 5
1 Ранний возраст в клинической психологии развития 9
1.1 Предметная область клинической психологии развития (ранний возраст) 9
1.2 Закономерности психического развития и возникновение ..... отклонений в развитии в раннем возрасте 20
1.3 Взаимодействие матери и ребенка в раннем детстве 41
2 Клинико-психологическая характеристика отклонений в развитии в раннем возрасте 73
2.1 Неврологическая патология 73
2.2 Варианты рождения детей: клинико-психологическая характеристика 82
2.2.1 Недоношенные дети 82
2.2.2 Дети, родившиеся в результате вспомогательных репродуктивных технологий 96
2.3 Трудный темперамент 98
2.4 Генетические синдромы (дети с синдромом Дауна) 106
2.5 Нарушения сна 119
2.6 Нарушения питания 136
2.6.1 Нарушения пищевого поведения 136
2.6.2 Клинико-психологические проблемы грудного вскармливания 152
2.7 Сенсорные нарушения 158
2.7.1 Нарушения слуха 158
2.7.2 Нарушения зрения 170
2.8 Нарушения обработки сенсорной информации 181
2.9 Нарушения двигательной сферы 187
2.10 Нарушения в когнитивной сфере 197
2.11 Нарушения речевого развития 206
2.12 Расстройства в спектре аутизма 215
2.13 Эмоционально-поведенческие расстройства 231
3 Систематизация отклонений в развитии в раннем возрасте 248
3.1 Классификация отклонений в развитии детей в раннем возрасте 248
3.2 Модель отклонений в развитии ребенка раннего возраста в диадических отношениях с матерью 255
Список использованной литературы 260

Репозиторий БрГУ

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

ВРТ – вспомогательные репродуктивные технологии
ЗВУР – задержка внутриутробного развития
ЗПР – задержка психического развития
ЗНПР – задержка нервно-психического развития
ЗПМР – задержка психомоторного развития
КИ – кохлеарный имплант (кохлеарная имплантация)
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ММД – Минимальная мозговая дисфункция
РАС – расстройство аутистического спектра (расстройства в спектре аутизма)
РВ – раннее вмешательство
РН – ретинопатия недоношенных
НСМ – нарушение сенсорной модуляции
НН – диада «неслышащий ребенок – неслышащая мать»
НС – диада «неслышащий ребенок – слышащая мать»
СС – диада «слышащий ребенок – слышащая мать»
НОСИ – нарушение обработки сенсорной информации
НТ – нормотипичный
ППНС – перинатальная патология нервной системы
ПРОП ЦНС – последствия раннего органического поражения центральной нервной системы
РКП – ранняя комплексная помощь
СД – синдром Дауна
СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью
ASD – Autism Spectrum Disorder (Расстройство аутистического спектра)
ЦНС – центральная нервная система
ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение
ЭНМТ – экстремально низкая масса тела
DC: 0–3 – Diagnostical Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood: from birth till 3 years old (Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и нарушений развития от рождения до 3 лет)
DC: 0–5 – Diagnostical Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood: from birth till 5 years old (Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и нарушений развития от рождения до 5 лет)
DSM-V – Diagnostical and Statistical Manual, 5th Revision (Диагностическое и статистическое руководство, 5-й пересмотр)
HET – Heidelberg Eltern Training (Хайдельбергский родительский тренинг)
LT – Late Talkers (поздноговорящие)

Репозиторий БрГУ

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с основными положениями программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы общенациональными задачами социальной политики государства являются поддержка семей с детьми и укрепление института семьи. Результаты ситуационного анализа, проведенного ЮНИСЕФ вместе с Правительством Республики Беларусь, выявили области, требующие повышенного внимания, инвестиций и совместной работы, к которым отнесены семья и безопасная среда для всех детей, а также раннее вмешательство. Теоретические и практические исследования особенностей психофизического развития и нарушений развития детей раннего возраста являются актуальными и практически значимыми в соответствии с реализацией национальных задач в области семьи, охраны материнства и детства.

Среди целей устойчивого развития на период до 2030 года ООН определила обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте. Важнейшей современной проблемой на пути решения этой задачи по определению Всемирной организации здравоохранения является психическое здоровье матери, что послужило основанием для учреждения Международного дня здоровья и прав матери. Благополучное развитие детей в раннем возрасте невозможно без благополучия в их отношениях с матерью.

Одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества является высокий уровень детской инвалидности вследствие психических расстройств, болезней нервной системы, врожденных аномалий развития. Большинство нервно-психических заболеваний, приводящих к инвалидизации и дезадаптации детей, обусловлены перинатальными факторами. Анализ заболеваемости детского населения Республики Беларусь за 1997–2015 годы показал слабовыраженную тенденцию к снижению общего показателя заболеваемости новорожденных, но умеренную и выраженную динамику роста показателя неврологических и психоневрологических заболеваний, что является признаком ухудшения нервно-психического здоровья и инвалидизации детского населения (Л. Н. Богданович, В. Б. Смычек).

Наблюдаемое в настоящее время увеличение числа детей с нарушениями психофизического развития и риском их возникновения ставит перед наукой задачи повышения эффективности выявления нарушений, их ранней диагностики, терапии и коррекции. Увеличение числа детей, требующих ранней помощи, связано с успехами медицины в области акушерства, неонатологии, детской неврологии, которые привели к значительному снижению смертности новорожденных и одновременно к повышению частоты неврологических нарушений у детей. Внедрение высокотехнологичных методов выхаживания детей, родившихся недоношенными, вспомогательных репродуктивных технологий привело к увеличению числа детей, отнесенных к категории риска по нарушениям развития.

Современный этап деятельности служб помощи детям в раннем периоде онтогенеза в Республике Беларусь характеризуется разработкой стандартов раннего вмешательства и его нормативного обеспечения. Одной из наиболее акту-

Репозиторий БрГУ

альных проблем является проблема научно-методического обеспечения деятельности междисциплинарной команды специалистов в системе раннего вмешательства, так как существует дефицит методических разработок для выявления, изучения, оценки развития, терапии и коррекционно-развивающей работы с детьми раннего возраста, как имеющими нарушения, так и группы риска нарушений в развитии. Реализация современного семейно-центрированного подхода к раннему вмешательству порождает потребность в методических разработках для реализации идеи о роли семейного контекста в возникновении и преодолении нарушений развития маленьких детей.

Решение задач, отражающих запросы практики раннего вмешательства, затруднено из-за недостаточной теоретической разработанности основных проблем психофизического развития детей на протяжении раннего возраста. Ранний возраст в контексте нарушений развития еще не получил целостного систематического рассмотрения в существующей научной литературе. Одна из проблем – фактическое отсутствие классификаций видов нарушений развития детей в раннем периоде онтогенеза. Классификация нарушений развития является итогом систематизации научных данных и инструментом научного познания. Отнесение нарушений развития к определенному классу уточняет наши познания об отдельных разновидностях, позволяет раскрыть не только особенности данного вида нарушений, но и внутренние связи между разными видами нарушений. Классификация является также инструментом реализации практической деятельности, а именно определения конкретного вида нарушения у ребенка, диагностики структуры нарушений, определения направлений терапии и коррекционно-развивающей работы с ребенком и его родителями. Когда ребенок раннего возраста поступает в центр раннего вмешательства, у специалистов должна складываться однозначная картина того, какой вид нарушений развития наблюдается у данного ребенка и с каким нарушением необходимо работать, определив задачи профессиональной деятельности.

Ранний возраст – период от одного года до трех лет – традиционно рассматривается как сензитивный период для развития ребенка, отличающийся высоким темпом психофизического развития; ребенок в этом возрасте легко подвергается вредоносному воздействию биологических и психологических факторов. В то же время ранний период онтогенеза получил название диадного возраста, что означает неразрывную связь ребенка и матери (или другого близкого взрослого), а также существенную роль матери в возникновении или закреплении имеющегося нарушения у ребенка. Традиционно психическое развитие ребенка в период раннего возраста описывается как возрастной и индивидуальный процесс, при том что роль матери для развития ребенка заявляется как особенно важная. В современных исследованиях, посвященных развитию детей и его нарушениям в раннем возрасте, рассматриваются отдельные феномены влияния матери на развитие ребенка, а также влияния матери на возникновение нарушений в развитии ребенка. Однако целостная картина закономерностей нарушений развития ребенка в раннем возрасте в условиях диадических отношений ребенка с матерью еще не представлена.

Репозиторий БрГУ

Неврологическая патология в раннем детстве, в том числе перинатальная патология, является одним из приоритетов исследований и практики детской неврологии (Л. О. Бадалян, Ю. И. Барашнев, А. В. Пальчик, А. С. Петрухин, Г. Г. Шанько и др.). Интерес к раннему возрасту наблюдается и в российской детской психиатрии (Д. Н. Исаев, В. В. Ковалев, В. Е. Каган, А. Г. Кощавцев, Е. М. Мастюкова, Б. Е. Микиртумов, Г. В. Скобло и др.). В советской, российской и белорусской специальной психологии и коррекционной педагогике исследования проводятся преимущественно на концептуальных основаниях теории культурно-исторического развития Л. С. Выготского. Однако в специальной психологии ранний возраст исследован крайне мало по сравнению с дошкольным и школьным возрастами, на что указывает В. И. Лубовский в предисловии к фундаментальному руководству по специальной психологии. Имеются лишь единичные указания на особенности развития детей с разными видами нарушений в раннем возрасте и в пособии по специальной психологии под редакцией Е. С. Слепович и А. М. Полякова. В отношении исследованности выгодно отличается ранний период аутистического дизонтогенеза (Е. Р. Баенская, К. С. Лебединская, О. С. Никольская). Цикл психолого-педагогических исследований, посвященных анализу взаимодействия матери и ребенка раннего возраста с разными видами нарушений развития, выполнен под руководством Ю. А. Разенковой. Значительно более выраженный интерес к раннему возрасту наблюдается в коррекционной педагогике, однако, основной акцент в работах делается на педагогических подходах и методах оказания коррекционно-педагогической помощи детям раннего возраста с различными видами нарушений развития (Е. И. Исенина, А. А. Катаева, О. Г. Приходько, Е. А. Стребелева, Н. Д. Шматко). Фактически анализ нарушений развития у детей раннего возраста представлен отдельными группами работ, в которых используется разный понятийный аппарат, и полученные данные достаточно сложно соотносятся между собой.

В зарубежных исследованиях ранний возраст рассмотрен достаточно подробно и разносторонне. При анализе исследований обращает на себя внимание, во-первых, отсутствие жестких разграничений между психопатологией (как разделом психиатрии) и психологией развития в рассмотрении отклонений в развитии в раннем возрасте. Во-вторых, преобладающая часть исследований раннего возраста выполнена на концептуальных основах психоанализа и теории привязанности, и главным фактором возникновения отклонений в развитии у детей признается нарушение отношений матери и ребенка. В-третьих, для зарубежных работ типично использование лонгитюдной стратегии исследования, поэтому возраст исследованных детей не всегда очерчен строгими рамками раннего возраста и включает детей первого года жизни и детей дошкольного возраста. Это позволяет увидеть перспективу развития и его нарушений у детей. В наше исследование также включаются данные о детях смежных с ранним возрастов. В-четвертых, в зарубежных исследованиях используется терминология, не совсем типичная для российских и белорусских исследований и в некоторых случаях даже неприемлемая без дополнительных разъяснений. Поэтому мы посчитали необходимым в содержание некоторых глав ввести анализ используемой

Репозиторий БрГУ

зарубежными авторами терминологии с обоснованием перевода терминов на русский язык. Мы полагаем, что это необходимо для достижения терминологического единообразия, важного для преодоления научного изоляционизма и расширения возможностей реализации международных проектов.

Ранний возраст в контексте нарушений развития оказался в поле зрения клинической науки и практики в первую очередь благодаря тому, что этот возраст является наиболее сензитивным к лечебно-коррекционным воздействиям. Эффективность вмешательства при одних и тех же дополнительных факторах неизбежно выше при раннем его начале. Поэтому в системе раннего вмешательства клиническая составляющая представлена достаточно широко. В свою очередь, данный факт свидетельствует о необходимости установления междисциплинарных связей клинических и психологических дисциплин в исследованиях и практике раннего вмешательства. Решение междисциплинарных научных и практических задач требует разработки проблем раннего возраста в предметном поле клинической психологии развития. Клиническая психология развития – частная психологическая дисциплина, пограничная между психологией развития, клинической психологией, неврологией и психиатрией.

Цель исследования, представленного в данной монографии – рассмотреть особенности отклонений в развитии детей, или психического дизонтогенеза, в период раннего возраста с позиций клинической психологии, дать клинико-психологическую характеристику раннего возраста. Достижение поставленной цели возможно при интеграции научных данных по раннему возрасту, полученных в медицине, психологии развития, клинической и специальной психологии. Поэтому будут решаться следующие задачи: 1) охарактеризовать закономерности психического развития ребенка в раннем возрасте и механизмы возникновения отклонений в развитии; 2) рассмотреть роль матери в развитии ребенка раннего возраста и в возникновении отклонений в развитии; 3) дать клинико-психологическую характеристику разных видов отклонений в развитии, которые наблюдаются в раннем возрасте; 4) обосновать классификацию отклонений в развитии в раннем возрасте на основе психологических критериев; 5) разработать модель возникновения отклонений в развитии в раннем возрасте в диадических отношениях матери и ребенка.

Содержание монографии отражает последовательность решения задач исследования и представлено в трех разделах. В первом разделе рассматриваются концептуальные основы рассмотрения раннего возраста в клинической психологии развития. Во втором разделе дается характеристика разных видов отклонений развития в раннем возрасте. В третьем разделе систематизируются нарушения развития ребенка раннего возраста в диадических отношениях. Основная идея, которая реализуется во всех главах монографии, – необходимость интегрированного подхода к отклонениям в развитии в раннем возрасте, в котором системно объединяются клинический взгляд на ребенка и взгляд с позиций закономерностей и механизмов его развития.

Репозиторий БрГУ

1 РАННИЙ ВОЗРАСТ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ

1.1 Предметная область клинической психологии развития (ранний возраст)

Клиническая психология развития в настоящее время переживает период становления, что позволяет по отношению к ней применить известный тезис о том, что у этой дисциплины короткая история, но длинная предыстория. Первые работы, в которых рассматривалась предметная область клинической психологии развития, появились более 100 лет назад, а отдельные идеи, концепции, наблюдения и эксперименты включены в работы по психологии развития, клинической психологии, специальной психологии, психиатрии, коррекционной педагогике. Ряд исследований, выполненных в рамках других близких клинико-психологических дисциплин, могут быть непосредственно отнесены к клинической психологии развития, так как в них рассматриваются специфичные для нее проблемы, а практическое применение этой дисциплины также отличается широтой охвата проблем развития в детском возрасте. И хотя эта дисциплина еще не включена в рубрикации отраслей психологии, она представлена учебными и исследовательскими программами в разных университетах, как в России, так и за рубежом (в США, Канаде, Австралии) [50].

Исторический очерк становления клинической психологии развития, представленный в первом учебном пособии по данной дисциплине [50], включает описание четырех различных этапов ее становления. Первый этап – зарождение научного подхода к изучению отклонений в развитии (Л. Уитмер, З. Фрейд, А. Бине, М. Монтессори). Второй этап – создание концептуальных основ клинической психологии развития (А. Адлер, Л. С. Выготский, А. Гезелл, М. Кляйн, К. Левин, Ж. Пиаже, А. Фрейд). Третий этап характеризуется разработкой проблематики клинической психологии развития в рамках других психологических дисциплин (А. Бандура, Дж. Боулби, Л. Каннер, Э. Эриксон, Д. Н. Исаев, В. В. Ковалев, В. И. Лубовский, Г. Е. Сухарева и др.).

Начало четвертого этапа авторы относят к 80-м годам XX века, и он продолжается в настоящее время, а его особенностью является оформление клинической психологии развития в самостоятельную дисциплину.

Главной характеристикой четвертого этапа называется институционализация клинической психологии развития, которая предполагает реализацию учебных программ и программ исследований, а также издание научных журналов. Так, в настоящее время издаются журналы «Клиническая психология развития» (Developmental Clinical Psychology), «Клиническая детская психология и психиатрия» (Clinical Child Psychology and Psychiatry) и др. Важной тенденцией развития науки на современном этапе является дифференциация, которая проявляется в выделении и обособлении частных дисциплин и определении более четких границ их компетентности. С другой стороны, прослеживается противоположный процесс интеграции, который проявляется в междисциплинарных подходах

Репозиторий БрГУ

к решению актуальных задач, в преодолении национального и теоретического изоляционизма, свойственного предшествующим периодам, особенно в советской научной традиции.

Клиническая психология развития «выросла» из других научных дисциплин, определив и ограничив собственную проблемную и предметную области. Клиническая психология развития имеет корни в психологии развития, специальной (коррекционной) психологии, клинической психологии, психиатрии детского возраста, психопатологии развития.

Психология развития изучает закономерности и механизмы процессов психического развития человека от рождения до старости, причем главной задачей психологии развития является описание универсальных законов развития человека на разных возрастных этапах. Психология развития рассматривает развитие в «идеальных» условиях, когда сам индивид не подвергается воздействию различных вредностей, и когда отсутствуют искаженные или измененные условия для реализации процесса развития. Универсальные обобщенные законы развития ребенка на разных возрастных этапах востребованы в клинической психологии развития, так как она пытается понять, как и под влиянием каких факторов нормальный (типичный) процесс развития ребенка нарушается.

В фундаментальные зарубежные руководства по психологии развития включаются главы по психопатологии развития [330], причем авторы обосновываются это необходимостью рассматривать психопатологию с позиций теорий развития, а также толкованием психопатологии как вариантов нейроразнообразия и вариантов развития.

Клиническая психология как признанная отрасль психологии призвана установить «мостик» между психологией и медициной. Клиническая психология изучает весь комплекс психологических явлений, которые возникают в особых условиях, в условиях болезни, но изначально категория развития не являлась органичной в понятийной системе клинической психологии. В *медицине (неврология, психиатрия)* изучаются конкретные клинические симптомы, история возникновения заболевания (этиология и патогенез), ход течения болезни, клинические проявления, или симптомы, отдельные синдромы, или симптомокомплексы, способы лечения заболевания, а также его исходы.

Проблемами нарушений развития у детей занимаются детская неврология [161; 256], детская психиатрия [107], детская психоневрология [77; 168]. Объединение в одном руководстве описания неврологических заболеваний и психических расстройств не является общепринятым, так как медицинские науки стремятся к обозначению границ собственной компетентности, и до сих пор принадлежность отдельных расстройств к неврологии или психиатрии является предметом дискуссий (например, это относится к эпилепсии). Применительно к детской популяции жесткое разграничение полномочий неврологии и психиатрии и вовсе является невозможным, так как любая неврологическая патология у детей практически всегда сопровождается нарушениями психического развития или психическими расстройствами. Для примера можно рассмотреть умственную отсталость, синдром дефицита внимания с гиперактивностью или расстрой-

Репозиторий БрГУ

ства аутистического спектра. Вряд ли возможно строгое определение каждого из указанных расстройств как неврологических или психических. Вероятно, нерешаемость задачи разграничения и привела к использованию понятий «психоневрология» или «психоневрологическая патология».

Клиническая психология оперирует психологическими понятиями и категориями, к числу которых относятся восприятие болезни и отношение к болезни, изменения психических функций и личности вследствие заболевания, психологические факторы возникновения болезни и лечения, отношения между пациентом и врачом и др.

Клиническая психология детей и подростков рассматривается как часть клинической психологии, как междисциплинарная область знаний и практической деятельности (Н. В. Зверева, Т. Г. Горячева [90]), которая связана с психологией аномального развития и специальной психологией. Предметом клинической психологии детей и подростков являются закономерности нарушенного развития (дизонтогенеза), вызванного органической патологией ЦНС, соматической патологией, психическими расстройствами и заболеваниями, нарушением условий созревания и воспитания. Категория развития в таком понимании предмета включена в понятийную систему клинической психологии детей и подростков. В структуру клинической психологии детей и подростков авторы включают учение об общих закономерностях дизонтогенеза, детскую нейропсихологию, детскую патопсихологию, психосоматику детей и подростков, психотерапию и психологическую коррекцию при нарушениях развития. В клинической психологии детей и подростков патологическое развитие сопоставляется с нормативным развитием, притом предполагается, что основные законы в норме и при патологии являются сходными, но имеют своеобразие.

Ученые-клиницисты, которые занимаются проблемами детской патопсихологии, предлагаются свои оригинальные названия для этой области знаний. Например, Д. Н. Исаев предлагает название «детская медицинская психология» [94], рассматривая такие проблемы, как психосоматические расстройства у детей, психические расстройства, встречающиеся при разных заболеваниях детского возраста. В. Д. Менделевич [147] называет один из разделов клинической и медицинской психологии «Детская клиническая психология», предлагая рассматривать психологические особенности детей с различными заболеваниями, в том числе с психическими расстройствами. Зарубежные авторы Ч. Венар и П. Кериг вводят термин «педиатрическая психология», определяя ее предмет как «изучение взаимодействия между органическими факторами, с одной стороны, и психологическими, социальными и культурными факторами, с другой, в этиологии, течении и лечении болезни» [48, с. 376]. Педиатрическая психология занимается также профилактикой заболеваний и поддержанием здоровья детей.

Зарубежными авторами используется термин «психопатология развития» (*developmental psychopathology*) – это «изучение процессов развития, которые способствуют формированию психопатологии или противодействуют ей» [48, с. 377]. Психопатология развития трактуется как интегративная научная дисциплина, объединяющая данные психопатологии, неврологии и психологии

Репозиторий БрГУ

развития: «Подход с позиции закономерностей развития может рассматриваться как своего рода связующий мост между разными дисциплинами или как объединяющая концепция, способная интегрировать данные научных исследований и практики, касающиеся нормы и психопатологии не только у детей, но и у взрослых» [193, с. 48].

Психопатология развития – это подход к описанию и изучению психологических нарушений в детском и подростковом возрасте, при котором подчеркивается значимость основных процессов развития ребенка и связанных с ними задач [159]. Этот подход предполагает использование знаний о патологическом развитии с целью более глубокого понимания особенностей нормотипичного развития и наоборот, а также служит базовой схемой для организации исследований в области детской психопатологии, связанных с изучением основных этапов детского развития и составляющих его физических, когнитивных, социоэмоциональных и учебных процессов. Таким образом, в психопатологии развития придается особое значение процессам развития, роли контекста и влияниям разнообразных взаимосвязанных факторов, участвующих в формировании как адаптивного, так и неадаптивного развития.

Специальная психология изучает закономерности психического развития детей, которое выходит за границы нормального (или нормативного) развития, то есть отклоняется от нормы [44; 220]. Без знаний о нормативном развитии невозможно установить закономерности отклоняющегося развития, поэтому психология развития является научной основой специальной психологии. Исторически в специальной психологии выделяются разделы в соответствии с видами нарушений развития у детей: психология детей с умственной отсталостью, сурдопсихология, тифлопсихология, логопсихология, психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и др. Специальная психология занимается изучением закономерностей психического развития детей с разными видами нарушений, а также разрабатывает методы диагностики и коррекции данных нарушений.

В учебные планы по подготовке психологов ранее была включена учебная дисциплина под названием «психология аномального развития», вероятно, получившая свое название от англоязычного «Abnormal child development» [557]. В настоящее время «психология аномального развития» заменена дисциплиной «специальная психология». Изменение названия зафиксировало и изменение основной направленности этих дисциплин. Психологию аномального развития интересует, каким образом имеющиеся у ребенка дефициты влияют на процесс его развития, как изменяются процессы развития у ребенка в условиях расстройства или заболевания. Все эти данные позволяют делать психологически обоснованный прогноз развития ребенка, искать пути оптимизации процессов развития в тех условиях, в которых развивается ребенок. При этом содержание двух дисциплин остается в основном одинаковым.

Нарушения психического развития и нарушения функционирования психики, психической деятельности изучаются в специальной психологической дисциплине – *патопсихологии*, которая рассматривается как раздел клинической

Репозиторий БрГУ

психологии. Предметом патопсихологии являются нарушения психической деятельности, или психологические особенности людей с нарушениями психики. *Детская психиатрия и психопатология* изучают такие психические расстройства у детей, как шизофрения, эпилепсия, олигофрения, детские психозы и др., рассматривает их причины, этиопатогенез, клинические проявления, течение, исходы, разрабатывает методы лечения этих заболеваний. У всех детей с психическими расстройствами, если рассматривать с психологических позиций, наблюдается и специфика процесса психического развития. Поэтому дети с психическими нарушениями изучаются также такой дисциплиной как *детская патопсихология*. Патопсихология занимается изучением закономерностей «изменений психической деятельности при патологических состояниях мозга и закономерностей распада психической деятельности и личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме» [247, с. 36]. Таким образом, детская патопсихология и специальная психология несколько различаются по своему содержанию и методам, по направленности своих научных интересов, хотя по сути представляют два разных названия одной и той же области психологической науки и практики. По мнению Е. С. Слепович и А. М. Полякова, «при определенных допущениях специальную психологию можно рассматривать как детскую патопсихологию, входящую в структуру медицинской (клинической) психологии» [220, с. 16]. В то же время детская патопсихология нередко рассматривается как дисциплина, полностью покрывающая область клинической психологии развития. Предмет детской патосихологии Н. Л. Белопольская определяет как « … изучение любых возможных нарушений психического развития детей. Причины этих нарушений могут быть самыми разными, поэтому патопсихолог всегда учитывает всю совокупность сведений о ребенке, охватывающую как биологические, так и социальные факторы его развития» [18, с. 5].

В связи с имеющимися разночтениями в понимании содержания разных по названиям, но сходных по проблематике и предмету исследований дисциплин, целесообразно использовать для их разграничения *критерий соотношения с практикой*. Специальная психология в первую очередь ориентирована на систему образования, в том числе на научное обеспечение психологической практики с детьми, обучающимися в учреждениях образования. Детская патопсихология ориентирована преимущественно на медицинскую практику и тесно связана с детской психиатрией, поэтому очевидна связь и клинической психологии развития с медицинской практикой.

Проведенный нами анализ содержания предметной и проблемной области научных дисциплин, изучающих детей с отклонениями в развитии, показывает отсутствие четких и однозначных разграничений между дисциплинами, имеющими разные названия. Названия призваны скорее обозначить акценты и приоритеты, которые имеются в разных дисциплинах, а также изначальные профессионально ориентированные традиции в исследованиях и практической деятельности, направленной на работу с детьми с отклонениями в развитии.

Репозиторий БрГУ

Для целей нашего исследования и практики, направленной на детей раннего возраста с отклонениями в развитии, в наибольшей степени соответствует определение предметной области *клинической психологии развития*. «Клиническая психология развития – это частная психологическая дисциплина, пограничная между психологией развития, клинической психологией и психиатрией. Ее предмет – варианты психического развития, отклоняющиеся от нормы или создающие высокий риск таких отклонений в будущем. К компетенции клинической психологии развития относится изучение видов отклонений, их причин и предпосылок, а также разработка методов их диагностики, коррекции и профилактики» [50, с. 17]. Таким образом, клиническая психология развития рассмтривает проблемы психического дизонтогенеза в раннем возрасте.

К задачам клинической психологии развития относится систематизация вариантов как нормального, так и отклоняющегося развития, с ориентацией на то, что психологический подход к систематизации вариантов развития не сводится к медицинской классификации болезней. При решении задачи выявления этиологии и патогенеза отклонений в развитии, исследования условий и факторов, определяющих их возникновение, клиническая психология развития сосредоточивается в первую очередь на изучении собственной активности ребенка в форме деятельности и общения, системы отношений ребенка со взрослыми и сверстниками, влияния социальных условий на развитие ребенка. Большое значение имеет также выявление саногенных факторов, способствующих преодолению или смягчению отклонений в развитии. К прикладным задачам клинической психологии развития относится также обеспечение профессиональной подготовки психологов к работе с детьми раннего возраста с проблемами развития [91].

Клиническая психология развития направляет свои усилия на исследования отклонений в развитии в разных возрастах на протяжении детства. Каждый возрастной период имеет специфические характеристики, которые результируются в возрастных особенностях детей. *Наложение основных теоретических положений психологии развития и выявленных ею закономерностей, то есть принятие возрастно-психологической точки зрения в рассмотрении каждого возрастного периода, с необходимостью требует анализа отклонений в развитии детей в каждом возрастном периоде отдельно*.

Предметом нашего анализа являются ранний возраст с позиций клинической психологии развития, закономерности психического дизонтогенеза в раннем возрасте. Рассмотрение предмета исследования обеспечивается интеграцией психологии развития ребенка в раннем возрасте (или детской психологии), детской психиатрии и детской неврологии.

Понятийный ряд клинической психологии развития. В клинической психологии развития используется терминология, принятая в детской психологии, а также в медицине (детской неврологии и психиатрии), с учетом клинически ориентированного подхода к ребенку.

Развитие (в философии) – необратимое, направленное, закономерное изменение материальных и идеальных объектов.

Репозиторий БрГУ

Психическое развитие – это процесс необратимых, направленных, закономерных изменений во времени психики человека в процессе его жизни. Психическое развитие характеризуется своим темпом, ритмом, имеет количественные и качественные характеристики. В термине «психофизическое развитие» подчеркивается единство развития физических и психических качеств.

Нормотипичное (НТ) развитие – развитие, которое осуществляется в соответствии с возрастными нормативами, благополучное развитие.

Отклонение в развитии. Отклонение – разница между запланированными (нормативными) и фактическими результатами, различают благоприятные и неблагоприятные отклонения; некоторая ненормальность, отклонение от нормы, или нарушение.

Отклоняющееся развитие означает, что развитие ребенка отклоняется от того пути, по которому, развиваясь, проходит большинство детей. Отклоняющееся психическое развитие – это нарушение как самого процесса психического развития, так и его результатов, отклонение в сторону от нормального хода психического развития.

Нарушение – негативные изменения в какой-либо системе, устройстве, органе, которые препятствуют их нормальной работе. В психологии используется также в значении «существенное отклонение от нормы».

Нарушения психического развития – это нарушения процесса и результатов развития вследствие изменения закономерностей психического развития, его предпосылок, условий, источников. Понятия «отклоняющееся развитие» и «нарушения психического развития» могут использоваться как синонимы, хотя и имеют некоторые смысловые оттенки. Термин «нарушение развития» используется вместо устаревшего термина «дефект».

Психический дизонтогенез (диз- – нарушение, расстройство; онтогенез – индивидуальное развитие ребенка) – отклонение от хода нормального онтогенетического развития ребенка. Термином «дизонтогения» изначально обозначались отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Впоследствии под этим термином стали понимать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости. В специальной психологии термин «дизонтогенез» начали использовать с прилагательным «психический», обозначая тем самым нарушения психического развития, отклонения от его нормального хода.

Патоло́гия (от греч. παθος ‘страдание, боль, болезнь + λογος‘ «изучение» – болезненное отклонение от нормального состояния или процесса развития. К патологиям относят широкий круг явлений и процессов: отклонение от нормы, процессы, нарушающие гомеостаз, болезни, дисфункции (патогенез).

В медицине термин патология часто используется как синоним заболевания, как ненормальное состояние, при котором правильное функционирование становится невозможным. Специфический медицинский способ использования этого понятия подразумевает не функциональное расстройство, а органическую дисфункцию или болезнь. Однако в клинической психологии и психиатрии этот

Репозиторий БрГУ

способ употребления был расширен, и в него начали включать расстройства, в которых нет никаких понятных биологических компонентов, – так возник термин «психопатология» (патология психической сферы).

Перинатальная патология – патология, или нарушения, возникшие в перинатальный период.

Неврологическая патология – патология нервной системы.

Психоневрологическая патология – патология нервной системы и психической сферы (психопатология).

Расстройство – неисправное состояние вследствие ущерба, дезорганизации, заболевание, нарушающее нормальные функции какого-нибудь органа. Психическое расстройство в широком смысле – состояние психики, отличное от нормального, здорового.

Болезнь – это состояние организма, выраженное в нарушении его нормальной жизнедеятельности, продолжительности жизни, и его способности поддерживать свой гомеостаз. Является следствием ограниченных энергетических и функциональных возможностей живой системы в противопоставлении патогенным факторам.

Заболевание – это нарушения нормальной жизнедеятельности, возникающие в ответ на действие патогенных факторов, нарушения работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов.

Терапия (др.-греч. θερᾰπείᾰ ‘врачебный уход, лечение’) – процесс, целью которого является облегчение, снятие или устранение симптомов и проявлений того или иного заболевания или травмы, патологического состояния или иного нарушения жизнедеятельности, нормализация нарушенных процессов жизнедеятельности и выздоровление, восстановление здоровья.

Вмешательство – вторжение в чьи-либо дела, отношения, деятельное участие в них. Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований (или) медицинских манипуляций.

Многие исследовательские работы, посвященные *нарушениям развития и психического здоровья в раннем возрасте*, выполнены детским психиатрами, которые ориентируется на классификацию DC:0-3 (Международная диагностическая классификация нарушений психического здоровья и нарушений развития от рождения до трех лет) [571]. Эта классификация впервые была опубликована в1994 году и стала наиболее заметным явлением в области диагностики ранних нарушений психического здоровья. На основе многочисленных исследований и клинической практики возникла необходимость пересмотра данной классификации, и в 2005 году вышло ее новое издание [572]. Вторая, пересмотренная версия

Репозиторий БрГУ

и в настоящее время действует как диагностический стандарт в большинстве стран [206].

После опубликования в 2011 году 5-го пересмотра Диагностического и статистического руководства DSM-5 возникла необходимость согласования подходов к диагностике и описанию психических расстройств раннего возраста, описанных в этих классификациях. В 2016 году DC:0-3-R была снова пересмотрена и существенно дополнена и модифицирована [570; 573]. В нее внесены глобальные изменения, к которым относятся: расширение возраста детей до 5 лет; включение диагностического алгоритма для каждого расстройства, требование при выставлении диагноза обязательного наличия у детей дистресса или функционального нарушения с целью избежать патологизации поведенческих аномалий и типичных индивидуальных различий; включение всех возможных видов психических расстройств и нарушений развития, что позволяет клиницистам не обращаться к другим классификациям, включение культуральных аспектов. Были внесены также дополнительные диагностические категории, которые будут нами упомянуты при описании отдельных видов нарушений развития.

Достаточно сложно разграничить психиатрические (медицинские) исследования раннего возраста от исследований, выполненных в психологических традициях. Детская психиатрия на Западе ориентирована не только на диагностику и лечение психических расстройств в раннем возрасте, но и на понимание психологических закономерностей возникновения расстройств и нарушений развития, которые лежат в их основе. В частности, при характеристике большинства расстройств обязательным является рассмотрение задач развития, или возрастных задач, что фактически является рассмотрением фактов, закономерностей и механизмов нормотипичного развития ребенка. Особенностью российской клинической психиатрии раннего возраста, по свидетельству Д. Н. Исаева [93], также является ее тесная связь с экспериментальными психологическими исследованиями возрастных закономерностей раннего онтогенеза.

Важной тенденцией развития психиатрии детского возраста является выделение в ней отраслей, в которых изучаются проблемы психических расстройств у детей в разные периоды детства. В частности, существует такой раздел как перинатальная психиатрия. Во многих западных странах перинатальная психиатрия и психическое здоровье младенцев (Infant Mental Health) являются устоявшимися субспециальностями в области психиатрии.

Психиатрия раннего детского возраста не ограничивается описанием расстройств, которые наблюдаются у самих детей, их этиологии, клинических симптомов, патогенеза, течения и исходов. Неотъемлемой составляющей детской психиатрии является исследование детско-родительских отношений, которые рассматриваются как важнейший этиологический фактор психических расстройств в раннем возрасте. Важной проблемой психиатрии является изучение влияния психических расстройств родителей на психическое развитие маленьких детей, на возникновение нарушений в развитии и психических расстройств у детей. Поэтому был выделен отдельный класс психических расстройств, который получил название «материнские психические расстройства» (maternal

Репозиторий БрГУ

mentall illnesses) [414], которые свидетельствуют о существовании психических расстройств, возникающих вследствие приобретения женщиной материнской роли и выполнения ею материнских функций.

Фактически психиатрия раннего детского возраста неотделима от психиатрии детско-родительских отношений и в определенном смысле тождественна ей, что обосновывается огромной ролью близкого взрослого как в благополучном развитии ребенка в первые годы жизни, так и в возникновении отклонений в развитии. Тесная связь ребенка и близкого взрослого в первые годы жизни дала основание называть период раннего онтогенеза «диадным возрастом» [232].

Хронологические рамки раннего возраста. К периоду раннего возраста в советской психологической традиции относят *возрастной период от одного до трех лет*. Этот период получает содержательную характеристику в возрастных периодизациях, разработанных Л. С. Выготским и его последователями А. В. Запорожцем, А. Н. Леонтьевым, Д. Б. Элькониным. В соответствии с основополагающими идеями анализа возраста, высказанными Л. С. Выготским в его работе «Проблемы возраста» [61], психологическая характеристика каждого возрастного периода осуществляется на основе трех взаимосвязанных критериев: социальная ситуация развития, ведущая деятельность и психологические новообразования возраста. Для каждого возрастного периода существует специфическое, типичное именно для него отношение между ребенком и окружающей его средой, которое реализуется в системе отношений ребенка со значимыми взрослыми и в его активной деятельности, что приводит к появлению в конце периода возрастных психологических новообразований. Именно по этим критериям ранний возраст отделяется от предыдущего периода младенчества и последующего за ним периода дошкольного возраста. Значимым для понимания психологических особенностей возрастного периода является характеристика кризисных периодов развития ребенка, как переходных периодов между возрастами. Для раннего возраста такими кризисами являются кризис одного года и кризис трех лет.

Проведенные в рамках данного подхода исследования различных проблем психического развития ребенка раннего возраста свидетельствуют о существовании специфических характеристик общения ребенка со взрослыми (М. И. Лисина, А. Г. Рузская, Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова), возрастно-специфических видов деятельности (П. Я. Гальперин, Д. Б. Эльконин, Л. Г. Лысюк, Н. Н. Палагина), психических процессов (Л. А. Венгер, Л. Н. Павлова, С. Л. Новоселова), речи (Д. Б. Эльконин, В. В. Ветрова; А. Э. Рейнстейн; А. Г. Рузская), эмоционально-волевой сферы (В. С. Мухина). Описаны также яркие особенности нормативных кризисов развития: кризиса одного года (Л. С. Выготский), кризиса трех лет (Л. С. Выготский, М. Г. Елагина). Проведенные исследования позволяют говорить об обоснованности выделения раннего возраста в качестве отдельного периода возрастного развития ребенка.

Хронологические рамки раннего возраста в зарубежной психологии рассматриваются с двух противоположных позиций. Согласно первой позиции, совпадающей с позицией советскойй детской психологии, термином babyhood (возраст, когда ребенок является младенцем) обозначается период от рождения

Репозиторий БрГУ

до одного года, а термин toddlerhood охватывает период от 12 до 36 месяцев, то есть от одного года до трех лет. Обозначение детей данного возраста термином тоддлер (toddler) преобладает в исследованиях как нормотипичного развития, так и нарушений в развитии. В последнее время этот термин начал использоваться также в некоторых русскоязычных и в переводных работах. Слово toddler производно от английского глагола to toddle – неустойчиво ходить, ковылять, что характеризует двигательные возможности ребенка в начале данного возраста, то есть на втором году жизни. Период тоддлерства описывается в зарубежных источниках как время особенно интенсивного развития, выдающегося по сравнению со средними показателями развития в других возрастах по широте, объему и интенсивности.

Термин early childhood (раннее детство) обозначает возрастной период, который включает в себя toddlerhood и некоторый период после него. Возраст до одного года предпочитают называть infancy – период, когда ребенок очень маленький, когда он является младенцем; изредка используют термин very early childhood (очень раннее детство), акцентируя внимание на том, что это период до появления у ребенка способности ходить. В то же время к периоду раннего детства относят лишь первый год жизни, считая термины early childhood и babyhood синонимами: это период, когда ребенок является младенцем, или очень маленьким ребенком.

В соответствии со второй позицией термин infancy используется для обозначения периода развития ребенка от рождения до двух лет, и тогда ребенок считается младенцем. Период после двух лет при таком подходе принято относить к дошкольному возрасту. В современных зарубежных и в некоторых русскоязычных учебниках период от рождения до двух лет называется младенчеством, а период от двух до шести лет – ранним детством. Так, в классификации Дж. Биррена выделяются восемь фаз жизненного развития человека: первая фаза – младенчество, охватывает период до 2 лет; вторая фаза – дошкольный возраст, от 2 до 5 лет (излагается по [188]). В одной из распространенных современных международных периодизаций В. Квинн [102] выделяются следующие возрастные этапы: младенческий возраст – от рождения до 3 лет, раннее детство – от 3 до 6 лет. В фундаментальном издании по психологии развития Г. Крайг [115] приводится периодизация, близкая к периодизации В. Квинн, и в ней выделяются следующие возрастные этапы: младенческий возраст – от рождения до 2 лет, раннее детство – от 2 до 6 лет.

Различия в возрастной периодизации раннего периода онтогенеза свидетельствуют о признании авторами существенного сходства младенчества и раннего возраста с одной стороны, раннего и дошкольного возраста с другой стороны. Ранний возраст в такой трактовке занимает промежуточное положение между младенческим и дошкольным возрастами, и он фактически лишается самостоятельного статуса как возрастной период. Однако вторая из рассмотренных позиций, когда граница раннего и дошкольного возраста относится к двум годам, позволяет разделить период раннего детства на два микропериода, которые

Репозиторий БрГУ

психологически различаются: второй год жизни (с 1 года до 2 лет) и третий год жизни (с 2 лет до 3 лет).

Проведенный терминологический обзор позволяет ориентироваться в обширной зарубежной литературе, отражающей результаты научных исследований и практики в области раннего детства. Во многих зарубежных исследованиях зачастую младенчество и ранний возраст не разделяются, и в таких исследованиях участвуют дети обоих возрастов. Особенно часто это можно увидеть в тех работах, в которых лонгитюдно прослеживается динамика развития ребенка в первые годы жизни.

1.2 Закономерности психического развития и возникновение отклонений в развитии в раннем возрасте

Исследования, проводимые в области клинической психологии раннего возраста, эксплицитно или имплицитно основываются на определенной теории развития ребенка. Как правило, теории развития описывают и объясняют благополучное, нормотипичное развитие ребенка, и большинство теорий развития могут служить лишь отправной точкой для понимания нарушений развития. Поэтому требуется провести анализ возникновения нарушений развития у детей, основываясь на закономерностях и механизмах нормотипичного развития, экстраполируя закономерности нормотипичного развития на закономерности отклоняющегося развития.

При этом необходимо понимать, что ни одна из теорий развития ребенка не описывает его развитие абсолютно полно и точно, многопланово и разносторонне, и поэтому взгляд на ребенка с позиций только одной теории является недостаточным. Теория развития ребенка задает определенный вектор его рассмотрения, накладывая ограничения на анализ сферы развития ребенка и инструменты анализа. Поэтому логично рассматривать различные теории развития ребенка как разные точки зрения на него, и каждая теория – это взгляд на развитие ребенка только с одной стороны, поэтому ни одна из теорий развития не может трактоваться как абсолютно истинная или абсолютно ложная.

Закономерности психического развития ребенка в раннем возрасте анализируются представителями различных теорий, при этом теоретическая ориентация авторов находит отражение как в выявлении и описании феноменов, так и в трактовке процесса развития и определяющих его факторов. Аналогично представлены и подходы к рассмотрению нарушений развития у детей. Теории развития ребенка, начиная с начальных этапов истории детской психологии, концептуально были организованы вокруг дихотомий «биологическое–социальное», «врожденное–приобретенное», «спонтанное–воспитанное», «объектность–субъектность ребенка». Различия между теориями сводились либо к приоритету одного из факторов в развитии ребенка, либо в разном количественном соотношении между ними.

Психоаналитические теории детского развития обосновали ряд положений о роли близкого взрослого в развитии ребенка, особенно в период раннего

Репозиторий БрГУ

детства. Теория привязанности явилась отправной точкой для многочисленных исследований нарушений детско-материнского взаимодействия и возникновения нарушений развития в раннем возрасте. Эмоционально-поведенческие нарушения в раннем детстве традиционно рассматриваются с позиций психоаналитических теорий развития.

Теория стадий психосексуального развития. З. Фрейд создал теорию развития, основываясь на идее о законах и стадиях развития ребенка, которая восходит к изначальной психоаналитической идее о решающей роли детского опыта для взрослой личности [119]. З. Фрейд сформулировал первую психоаналитическую теорию развития, предположив, что существуют последовательные стадии сексуального развития. В этой теории он сформулировал не только теорию детского сексуального развития, но и теорию взаимодействия между конституцией (природными стадиями созревания) и пережитым опытом.

Согласно структурной теории Фрейда разум состоит из трех гипотетических психических структур – Ид, Эго и Супер-эго. Оно (Ид) – это источник всей психической энергии, которая извлекается из биологических влечений, среди которых либидо и агрессия играют важнейшую роль в развитии ребенка. Влечения Оно алогичны, требуют незамедлительного и полного удовлетворения. С этой точки зрения младенец – это существо, в котором доминирует Оно, озабоченное уменьшением напряжения, порождаемого физиологическими потребностями, и не обладающее ни способностью откладывать их исполнение, ни осознанием реальных параметров мира, в котором он существует.

Примерно в полугодовалом возрасте у ребенка формируется Я (Эго) из потребности Оно сбалансировать удовольствие и реальность. Я наделено функциями, которые позволяют ему научиться реалистичным способам удовлетворения Оно. Я становится источником защитных механизмов, которые помогают ребенку выносить сильные эмоции и справляться с тревогой. Структура Сверх-Я (Супер-эго) появляется впервые в пятилетнем возрасте. Сверх-Я содержит моральные нормы, которые становятся внутренним судьей добра и зла. В случае совершения проступка Сверх-Я наказывает ребенка чувством вины. Сверх-Я требует неукоснительного подчинения нормам и правилам должного поведения. Я должно изыскивать способы максимального удовлетворения Оно, не пробуждая при этом Сверх-Я.

Теория развития ребенка, разработанная Фрейдом, носит название теории психосексуального развития, так как З. Фрейд считал, что сексуальные переживания присутствуют уже в детском возрасте. Под сексуальными переживаниями понимается все, что является источником физического удовольствия, и в период детства сексуальные ощущения носят особенно общий и расплывчатый характер. Сексуальность может выражаться в таких действиях, как сосание с целью получения удовольствия, детский онанизм, демонстрация собственного тела или разглядывание тела другого человека, акт дефекации или его сдерживание, телодвижения – покачивания, раскачивания – или такие агрессивные действия, как щипание или кусание. Такие формы поведения приносят ребенку удовольствие,

Репозиторий БрГУ

а в дальнейшем у взрослых они появляются повторно уже в качестве взрослого сексуального поведения.

Движущей силой развития ребенка З. Фрейд считал внутренние биологические факторы. Он разработал периодизацию развития, описав последовательность стадий, которые сменяют друг друга. Название и содержание развития на каждой стадии определяются одной из основных эрогенных зон, или тех частей тела, в которых концентрируется сексуальная энергия, – это области рта, ануса и гениталий, и эти зоны одна за другой оказываются в центре внимания ребенка.

Оральная стадия хронологически охватывает первый год жизни. Ведущая эрогенная область этой стадии – рот как орудие питания, сосания и первичного обследования предметов. Оральная стадия состоит из двух фаз – ранней и поздней, занимающих первое и второе полугодия жизни и соответствующих двум последовательно возникающим действиям – сосанию и кусанию.

В первые месяцы жизни сосание материнской груди превосходит по важности все другие события в жизни ребенка. Сосание, кроме обеспечения питания ребенка, также доставляет младенцу удовольствие, имеющее для него самостоятельную ценность. Поэтому младенцы любят сосать свой палец или какой-либо другой предмет даже тогда, когда они не голодны. Такое состояние с целью получения удовольствия Фрейд назвал «аутоэротичным»: когда младенец сосет палец, его энергия направлена не на других людей, а на получение удовольствия, источником которого служит его собственное тело. На протяжении первых шести месяцев для младенца мир является «безобъектным», то есть у младенцев отсутствует представление о других людях или предметах как имеющих независимое существование. И хотя младенцы полностью зависимы от окружающих, они не осознают этого факта, не связывают возникающие у них приятные и неприятные ощущения с участием других людей, поскольку не имеют представления о самостоятельном существовании других людей.

Ранний этап жизни ребенка Фрейд называл также термином «нарциссизм», который обозначает любовь к самому себе. Этот термин точно передает мысль о том, что первоначальное внимание младенцев направлено на внутренний мир и сфокусировано на собственном теле. Исходным нарциссическим состоянием является сон ребенка, когда он испытывает исключительно приятные ощущения и не проявляет никакого интереса к внешнему миру. Фрейд считал, что у новорожденного еще нет Эго, но оно постепенно вычленяется из Оно, изменяясь под влиянием внешнего мира. Его функционирование связано с принципом «удовлетворение – отсутствие удовлетворения».

Во второй части оральной стадии у младенца начинает формироваться представление о других людях, и особенно о матери, как о необходимом, но отдельном от него существе. Он испытывает беспокойство, когда матери нет рядом или когда вместо матери рядом оказывается другой человек. В этот же период в связи с ростом зубов появляется инстинкт кусания, и у младенца появляется смутное представление о том, что именно зубы (кусание) являются причиной того, что мать его может покинуть, и с этого момента жизнь младенца становится все более сложной и проблемной. Мать не позволяет ребенку кусать свою грудь,

Репозиторий БрГУ

даже если он недоволен или расстроен, и его стремление к наслаждению начинает вступать в конфликт с реальностью. Повышается опасность со стороны внешнего мира, и значительно возрастает значение матери как объекта, который может защитить от опасностей и как бы возместить потерянную внутриутробную жизнь.

Анальная стадия охватывает период от 18 месяцев до 3 лет. На этой стадии энергия либидо концентрируется вокруг ануса, который становится объектом внимания и интереса ребенка, так как он в это время приучается к опрятности и чистоплотности. Дети все больше обращают внимание на приятные ощущения, возникающие вследствие раздражения слизистой оболочки анальной области. Дети часто проявляют интерес к продуктам своих усилий и испытывают удовольствие, когда трогают и нюхают их. Во время анальной стадии ребенок впервые научается контролировать свои телесные функции, прежде всего связанные с выделением. В этот период детская сексуальность удовлетворяется через выполнение функций дефекации, но именно в это время ребенок впервые сталкивается с серьезными запретами, то есть с требованиями отказаться от своих инстинктивных удовольствий, поэтому развитие приобретает ярко выраженный конфликтный характер.

Попытки приучить детей к туалету вызывают у большинства из них чувство страха и протест. Некоторые дети активно сопротивляются, намеренно пачкая свою постель, они могут выражать свой протест тем, что становятся неаккуратными и нечистоплотными. Некоторые дети, наоборот, становятся образцово послушными, и у них развивается навязчивая потребность в чистоте и порядке. Такие люди становятся пассивно упрямыми, испытывая внутренний протест против требований родителей, они не смеют проявлять его открыто.

На этой стадии уже полностью образована инстанция Я (Эго), и она уже способна контролировать импульсы, которые идут от бессознательного Оно (Ид). Обучение ребенка правилам туалета мешает ребенку получать удовольствие, которое он испытывает от процессов опорожнения или задержки опорожнения кишечника, и поэтому именно в это время в его поведении появляются агрессия, зависть, упрямство, собственнические чувства. Детское Я научается разрешать конфликты и находит компромиссы между стремлением к удовольствию и требованиями действительности. У ребенка начинает формироваться и Супер-эго как хранитель запретов и родительских наставлений, так как страх утратить любовь родителей, принуждение и страх перед родителями приводят к интериоризации запретов. На этой стадии формируются такие качества будущей личности, как аккуратность, опрятность, пунктуальность, великодушие и гибкость мышления, так же как и упрямство, скрытность, агрессивность, склонность к накопительству.

Для понимания возникновения нарушений в развитии ребенка в раннем возрасте ключевое значение имеют идеи З. Фрейда о застревании, или фиксации, которое возникает, если потребности ребенка на соответствующей стадии не удовлетворяются или удовлетворяются избыточно. Застревание (фиксация) на оральной стадии приводит в будущем к зависимостям от пищи, к сосанию паль-

Репозиторий БрГУ

цев или грызению ногтей, так как застревание на оральной стадии делает область рта особенно привлекательной для ребенка даже на поздних стадиях развития. Быстрое и насильственное приучение к горшку приводит к возникновению проблем в развитии ребенка, таким как застреваемость на проблемах гигиены, а невнимание родителей к приучению ребенка к горшку создает основу для формирования негативизма и агрессивности.

Развитие идей психоанализа применительно к детскому возрасту было осуществлено в работах А. Фрейд и М. Кляйн, но так как в их теориях рассматривается не столько развитие ребенка, сколько отношения ребенка с матерью и роль матери в развитии ребенка в первые годы жизни, изложение взглядов этих авторов представлено в главе 1.3.

Эпигенетическая теория стадий психосоциального развития Э. Эриксона. Э. Эриксон ввел два основных понятия: 1) *групповая идентичность* – формируется благодаря тому, что с первого дня жизни воспитание ребенка ориентировано на включение его в определенную социальную группу, на выработку мировоззрения и мироощущения, присущего данной группе; 2) *эго-идентичность* – формируется параллельно с групповой идентичностью и создает у ребенка чувство устойчивости и непрерывности своего Я, несмотря на возрастные изменения. Формирование эго-идентичности продолжается на протяжении всей жизни человека и проходит восемь возрастных стадий. Согласно эпигенетической теории развитие ребенка представляется как прерывный процесс. На протяжении детства (до 18 лет) человек проходит пять стадий, которые названы *стадиями психосоциального развития*. Наиболее общая особенность каждой стадии – противостояние между созревающим эго ребенка и социальным миром. Для понимания роли взрослых в развитии ребенка ценной является идея о возможности двойственного пути развития ребенка на каждой стадии, что отражено в ее названии [257].

Стадия базового доверия против базового недоверия хронологически соответствует первому году жизни. На этой стадии дети взаимодействуют со взрослыми людьми, которые следуют традициям ухода за детьми. Младенцы постепенно начинают обнаруживать определенную последовательность, предсказуемость и надежность в действиях своих опекунов. Когда они чувствуют, что родитель последователен и надежен, у них вырабатывается чувство базового доверия к нему. Альтернативой является ощущение недоверия, чувство, что родитель ненадежен и непредсказуем. На этой основе малыши также научаются доверять (или не доверять) себе.

Когда у малышей выработалось ощущение доверия к своим опекунам, они демонстрируют это своим поведением. Первый признак доверия – это готовность младенца позволить матери удалиться, не испытывая при этом чрезмерной тревоги. Если родители надежны, ребенок может научиться переносить их отсутствие. Если же они ненадежны, малыши не могут им позволить уйти и пугаются, когда те пытаются это сделать. Таким образом, доверие – это ощущение, что другие люди надежны и предсказуемы. В конечном счете, как считал Э. Эриксон, доверие ребенка зависит от собственной уверенности родителей, что

Репозиторий БрГУ

они все делают правильно, что их поступки наполнены смыслом, основанным на вере в то, что «наши действия приносят нашим детям пользу».

Стадия автономии против стыда и сомнения хронологически соответствует периоду до трех лет. На этой стадии ребенок практикует выбор, упражняя свою волю. Двухлетние дети, например, держат объект и не отпускают его, если он им нравится, и отбрасывают его, теряя к нему интерес, если он им не нравится. Тем самым дети упражняют свою волю, отстаивают свою автономию. На втором и третьем годах жизни дети уже стоят на собственных ногах, самостоятельно исследуют мир. У них появляется чувство самости, что отражается в их языке: появляются слова «мне – мое» и слово «нет» как вызов всякому внешнему контролю. Эриксон считает, что двухлетние дети вообще неспособны сказать «да», так как любое согласие означает полную потерю своей независимости.

В этом возрасте происходит все большее увеличение физических возможностей ребенка за счет созревания. Осознавая это, ребенок стремится действовать в окружающем мире самостоятельно. Он становится своевольным и протестует против всякого контроля, то есть автономия ребенка возрастает. Родители же пытаются привить ребенку социальные нормы и правила поведения, побуждая его испытывать чувство стыда в результате невыполнения какой-либо нормы.

Положительным исходом данного противоречивого периода является приспособление ребенка к социальным нормам без окончательной утраты своего первичного чувства автономии. Здесь опять же велика роль родителей. В этом случае они ненавязчиво помогают ребенку научиться социальному поведению, не лишая его независимости. Отрицательная альтернатива наблюдается в тех случаях, когда родители чрезмерно стыдят ребенка, подавляют всякие оппозиционные действия с его стороны. В подобных ситуациях у детей вырабатывается стойкое чувство стыда и сомнения, которое будет препятствовать их импульсивному стремлению к самостоятельности.

Взрослые считают, что, когда дети достигают этого возраста, их следует приучать к правильным способам поведения. Родители приучают детей к горшку, заставляя их испытывать стыд от неопрятного и неподобающего поведения. Дети могут противиться обучению в течение короткого времени, но, в конце концов, вынуждены подчиниться. Столкновения этого периода между автономией ребенка и нормами общества происходят во многих областях. Например, это наблюдается в ситуации, когда дети настаивают на том, чтобы им позволили есть самостоятельно и устроить беспорядок. И такой конфликт определяется как противостояние автономии стыду и сомнению. Если детям удастся разрешить этот кризис позитивным образом, то они выработают такое качество, как рудиментарная воля – решимость осуществлять свободный выбор и сдерживать себя.

Теория психосоциального развития Э. Эриксона достаточно продуктивно работает при объяснении нарушений поведения у детей в раннем возрасте. Противостояние автономии чувству стыда и сомнению объясняет многие трудные проблемы, с которыми сталкиваются родители маленьких детей, в том числе при проблемах сна и питания в раннем возрасте. Например, ребенок отказывается от

Репозиторий БрГУ

определенной пищи, так как он настаивает на собственных предпочтениях, демонстрируя появившееся чувство автономии. Так же объясняются и проблемы, возникающие при отходе ребенка ко сну. Подробнее об этом написано в главах 2.5 и 2.6 монографии.

Теория интеллектуального развития ребенка Ж. Пиаже. Значительная часть работ Жана Пиаже сфокусирована на развитии интеллекта, то есть когнитивных способностей у детей [115; 119]. Интеллектуальное развитие ребенка, как считал Пиаже, необходимо для успешной адаптации ребенка в среде. Адаптация к среде осуществляется посредством двух психологических процессов: ассимиляции и аккомодации. Ассимиляция – это включение новой информации в уже существующую схему; в интеллектуальной сфере мы ассимилируем информацию, способы действий и т. д. Под аккомодацией понимается изменение схемы (поведения) с учетом новой информации. Интеллектуальное развитие характеризуется уравновешиванием ассимиляции и аккомодации. Ассимиляция придает миру определенную предсказуемость, дает ребенку возможность приобретать новый опыт. Аккомодация позволяет ребенку впитывать новую информацию и расширять свое понимание мира.

Жан Пиаже не был сторонником теории научения, но нельзя сказать, что он был приверженцем теории созревания интеллектуальных структур, то есть он не считал, что мышление детей формируется посредством обучения, проводимого взрослыми, или других влияний со стороны среды. Дети должны взаимодействовать со средой, чтобы развиваться, но выстраивают новые когнитивные структуры именно они, а не внешняя среда.

Интеллектуальное развитие ребенка происходит в виде последовательности упорядоченных стадий, которые следуют друг за другом в строгом порядке. Развитие ребенка на каждой стадии глубоко специфично и качественно отлично от хода развития на других стадиях. Пока ребенок не прошел через все предыдущие стадии, более высокий уровень мышления у ребенка не появится. Фундаментом интеллектуального развития ребенка является схема – это своего рода чертеж, который помогает ребенку понять и спрогнозировать окружающую среду.

В течение первых двух лет жизни ребенок находится на *сенсомоторной стадии* интеллектуального развития. Ребенок на этой стадии осваивает окружающий мир с помощью ощущений и действий (движений). Дети исследуют среду и воздействуют на нее, используя свои ощущения и движения. Дети выстраивают собственные схемы действий, такие как сосание, хватание, удары, чтобы установить контакт с миром и познать его. Значимым достижением в этот период является развитие понимания постоянства объектов. Если до возникновения постоянства объектов ребенок думал, что предметы существуют только тогда, когда он их видит и ощущает, то после этого он уже понимает, что предметы существуют постоянно, независимо от его ощущений. Понятие постоянства объектов свидетельствует о начинающемся обособлении «Я» ребенка от «не-Я».

Дооперациональная стадия продолжается от 2 до 7 лет. Самым главным достижением на этой стадии является возникновение у ребенка *символической*

Репозиторий БрГУ

функции. Проявления символической функции – это игра, рисунок и речь. В этих видах активности ребенок использует символы – то, чем можно заменить какой-либо предмет или явление. На этой стадии дети используют символы и внутренние образы, но их мышление еще не систематично и не логично.

Предпосылки нарушений развития могут быть объяснены с помощью последовательности стадий, предложенной Ж. Пиаже.

Во-первых, нарушения интеллектуального развития могут проявляться в том, что ребенок отстает в развитии в рамках стадии сенсомоторного интеллекта, не продвигаясь от одной подстадии к другой, и показатели интеллектуального развития не будут соответствовать возрастным. Например, если ребенок в конце первого года жизни не использует шнурок, чтобы приблизить к себе машинку, можно говорить, что он остается на подстадии первичных, а не вторичных циркулярных реакций. Если ребенок к 2 годам не овладел первичной символической функцией и имитацией, он остался на подстадии третичных циркулярных реакций, типичной для возраста 12-18 месяцев. Подобная картина отставания в развитии выявлена у детей раннего возраста с интеллектуальными нарушениями: дети проходят те же стадии когнитивного развития и в том же порядке, что и нормально развивающиеся дети, но в другие возрастные сроки.

Во-вторых, проблемы в развитии детей возникают, если процессы ассимиляции и аккомодации не уравновешены. Преобладание ассимиляции может препятствовать приобретению новых навыков, так как ребенок будет делать ошибочные выводы, стремясь подогнать новое знание к имеющимся у него схемам, что объясняет задержки в развитии у детей. Преобладание аккомодации приведет к тому, что ребенок будет постоянно изменять схемы своего поведения, чтобы она соответствовала новым стимулам, и это будет создавать препятствия для становления чувства «Я» [48].

Теории научения (модель развития ребенка в бихевиоризме). В бихевиоризме человек рассматривается как то, что делает из него окружающая среда (Дж. Уотсон). И ребенок развивается по таким же законам: его формирует окружающая среда, воздействуя стимулами и вызывая определенное поведение. В бихевиоризме развитие ребенка отождествлялось с научением, с приобретением ребенком нового опыта. В наиболее ранних исследованиях научения на передний план выступила идея сочетания стимула и реакции.

Теоретики бихевиоризма считали, что объяснить широкий спектр поведения человека можно с помощью некоторого набора принципов научения. Базис поведенческого подхода образуют три основных принципа научения: классическое обусловливание, оперантное обусловливание и подражание (моделирование или обсервационное научение).

При классическом обусловливании раздражитель сочетают с безусловным, врожденным рефлексом, а затем к нему присоединяют нейтральный раздражитель. Со временем нейтральный стимул вызывает у животного или человека такую же реакцию, как и врожденный стимул. Так, у маленького ребенка аппетит может появляться не только при виде и запахе самой пищи, но и при помещении его в привычную обстановку, где он обычно принимает пищу. Клас-

Репозиторий БрГУ

сическое обусловливание рассматривается и как механизм возникновения различных страхов у детей, которые возникают в связи с объектом, который сам по себе источником страха не является.

При оперантном обусловливании (Б. Скиннер) человек научается связывать определенные результаты с определенными действиями, которые он совершил. Так ребенок, например, научается определенному поведению в отношениях с родителями. Он знает, что если он заплачет, к нему кто-либо подойдет и обратит на него внимание. Поэтому если ребенку необходимо внимание взрослого, он каждый раз будет плакать. Таким же образом ребенок может добиваться получения желаемого. Если взрослые не всегда реагируют на плач или крик ребенка, выполняя его требование, то это поведение не будет проявляться столь часто. Таким образом, результаты могут увеличивать или уменьшать вероятность повторения поведения.

Повышение вероятности определенного поведения осуществляется при использовании подкрепления. При положительном подкреплении за поведением следует вознаграждение (отец покупает ребенку сладости после того, как тот выполнил домашнее задание). При отрицательном подкреплении удаляется стимул, вызывающий у ребенка отрицательную реакцию. Например, ребенка освобождают от выполнения ежедневной обязанности в течение месяца (выносить мусор) после того, как он начал получать хорошие отметки в четверти.

Снижение вероятности повторения какого-либо поведения объясняется с помощью приемов угасания и наказания. При угасании удаляется подкрепление, поддерживающее реакцию: мать перестает уступать требованиям 4-летнего сына всегда, когда у него бывают вспышки раздражения, и вспышки постепенно исчезают. При наказании за реакцией следует отвращающий стимул: 3-летнюю девочку лишают десерта всякий раз, когда она начинает рисовать на стенах цветными мелками. Ребенок при использовании наказания стремится впоследствии избегать нового наказания, и таким образом происходит научение избеганию.

Как считает Б. Скиннер, наказание может лишать положительного подкрепления или осуществлять отрицательное, а награда не всегда усиливает поведение. Предпочтение все-таки отдается положительному подкреплению. Наказание дает быстрый, но непродолжительный эффект, в то время как дети охотнее ведут себя правильно, если их поведение замечается и одобряется взрослыми.

Третий принцип научения – подражание, которое предполагает научение новому путем наблюдения за выполнением подобных действий другим человеком. Этот вид научения называют также моделированием, так как в своем поведении ребенок моделирует поведение другого человека. Для обозначения этого типа научения используется также термин «обсервационное подражание», что обозначает подражание в условиях наблюдения. Так, дети научаются выполнению работы по дому, только наблюдая за тем, как это делают родители, или отвечают на телефонный звонок в той же манере, как это делают взрослые. У детей, чьи родители, сверстники или соседи демонстрируют неконструктивное поведение, чаще формируются неконструктивные модели поведения.

Репозиторий БрГУ

Идеи бихевиоризма используют при объяснении нарушений в поведении ребенка, которые вызваны определенным поведением взрослого, что изложено в соответствующих главах монографии.

Концепция задач развития. Психическое развитие ребенка в современных теориях рассматривается в связи с *задачами развития*. Понятие «задачи развития» было предложено американским педагогом Р. Дж. Хэвигхарстом [371]. Он утверждал, что развитие осуществляется непрерывно на протяжении всего периода жизни, и оно проходит несколько этапов. Индивид перемещается от одного этапа к другому с помощью успешного решения задач в области развития: задачи развития обозначают умения и навыки, которые должны быть присвоены ребенком в том или ином возрасте. С этими задачами сталкивается большинство людей в культуре, к которой принадлежит данный индивид. Задача развития определяется как стимул, «который имеет индивид в определенный момент своей жизни и успешное достижение которого делает его счастливым и ведет к успешному решению последующих задач. И, напротив, неудача делает индивида несчастным и приводит к неодобрению общества в решении следующих задач» [193, с. 50]. Понятие задачи развития обозначает достижения ребенка в развитии, которые обязательны в определенном возрасте и которые свидетельствуют о благополучном процессе его развития. В период раннего детства задачи развития включают привязанность, формирование постоянства объектов, сенсомоторный интеллект, понимание простой причинности, моторные функции и их самоконтроль, развитие речи, игры и воображения. Таким образом, Р. Дж. Хэвигхарст представляет человека как активного индивида, который постоянно взаимодействует с активной социальной средой. Автор реализует биопсихосоциальную модель [371], согласно которой задачи развития на каждой стадии находятся под влиянием биологии индивида (генетической основы и физиологического созревания), его психологии (личностные ценности и цели) и социологии (конкретной культуры, к которой индивид принадлежит).

Транзакционная модель динамических систем А. Самероффа (A. Sameroff) в зарубежной психологии рассматривается как метатеория психического развития. Формулировка транзакционной модели явилась результатом метаисследования работ, в которых рассматривались факторы, нарушающие развитие детей. Результаты метаисследования позволили сделать вывод о существовании сложных отношений между ребенком и его окружением, а также о сложных отношениях между биологическими, социальными факторами и особенностями самого ребенка, которые способны либо привести к нарушениям в развитии, либо способствовать благополучному развитию. В качестве одной из проблем в проанализированных исследованиях были выбраны исследования трудного темперамента у детей, в которых было обнаружено, что трудный темперамент мог оказаться предпосылкой для дальнейших проблем с поведением, однако в действительности возможные сложности полностью зависели от отношения родителей к своим детям. В другой группе исследований было установлено, что осложнения в родах при рождении ребенка не являлись непосредственной причиной отклонений в развитии и влияние родовых осложнений на откло-

Репозиторий БрГУ

нения в развитии у детей в значительной степени зависело от отношения окружающих. Не столь важно, с какими трудностями сталкивались дети при рождении, сколь важно реагирование на это их родителей. У родителей, которые считали, что их дети предрасположены к возможным проблемам, дети чаще вырастали действительно к ним предрасположенными.

Нельзя объяснить возникновение нарушений развития, основываясь только на одном действующем факторе: «Результаты психологического развития ребенка проистекают из сложной взаимосвязи между особенностями ребенка и особенностями людей, его окружающих» [78, с. 360]. Транзакционная модель развития ребенка принимает во внимание как способность окружения детей изменяться, так и вклад самих детей в их собственное психологическое развитие.

Метатеория включает четыре составляющих: модель персональных изменений, контекстуальная модель, модель регуляции и модель репрезентации [499]. *Модель персональных изменений* позволяет понять прогресс компетенций человека от младенчества до смерти. Персональные изменения как стадиальный процесс имеют описательные и теоретические характеристики. *Контекстуальная модель* необходима для учета опыта, который способствует индивидуальному развитию или ограничивает его. Развивающийся ребенок вовлечен в социальные воздействия и взаимодействия нарастающей интенсивности, в социальные установки и институты, воздействующие на процесс развития.

Экологическая системная модель социально-психологических предикторов развития У. Бронфенбреннера рассматривает разноуровневые влияния среды на развитие ребенка. Модель среды, состоит из четырех концентрических структур:

- микросистема – структура деятельностей, ролей и межличностных взаимодействий ребенка в данном конкретном окружении, включает также требования и ожидания окружающих по отношению к ребенку;
- мезосистема – структура взаимоотношений двух и более сред (семья и работа, дом и группа сверстников);
- экзосистема – среда, в пространстве которой происходят значимые события (круг общения, значимая референтная группа);
- макросистема – субкультура (ценности, законы и традиции, которым следует человек), играющая решающую роль в образе жизни человека, подчиняющая себе все «внутренние» системы. Но независимо от частных внешних условий, основные составляющие образа жизни и мировоззрения сохраняются в субкультуре. По мнению У. Бронфенбреннера, среда содержит два основных измерения: это виды деятельности, в которые вовлечен человек, и характеристики наставников (учителей), которых он выбирает для себя в течение всей жизни. На разных стадиях развития человек выбирает и изменяет свою среду, причем в течение жизни роль его собственной активности в формировании среды постоянно увеличивается.

Модель регуляции связывает изменения в индивиде и условия контекста (окружения) в динамические системные взаимодействия. В процессе развития

Репозиторий БрГУ

все более сложные уровни участвуют в процессе развития, начиная от регуляции внутренних состояний к регуляции поведения и социальных взаимодействий.

Модель репрезентации – это ментальная представленность мира. Утверждается, что ментальные репрезентации позволяют декодировать опыт в абстрактные уровни, что дает возможность интерпретировать свой опыт и опыт другого человека. Репрезентации всегда избирательны: одни характеристики окружения воспринимаются, другие игнорируются, что распространяется как на физический, так и на социальный мир. Родители создают репрезентации своих детей, подчеркивая определенные аспекты и игнорируя другие, и эти репрезентации относительно стабильны во времени, независимо от актуальных характеристик ребенка.

В общей модели развития, кроме описания составляющих субсистем, А. Самерофф определяет *сквозную структуру и процессы развития*. Сквозной структурой индивидуального развития является структура Я (Self), состоящая из биологических и психологических процессов. Психологические процессы образуются перекрывающимися областями: когнитивными и эмоциональными составляющими интеллекта, психологического здоровья, социальной компетенции, идентичности и др.

Идеи А. Самерофф созвучны биопсихосоциальной модели возникновения расстройств и заболеваний (А. Энжел [339]). Каждая область психического взаимосвязана и взаимодействует с биологическими процессами, включающими нейропсихологические, нейроэндокринные, протеиновые особенности, характеристики эпигенома и генома. Вместе обе подсистемы – биологическая и психологическая – составляют биопсихологическое Я. Система саморегуляции взаимодействует с системой, объединяющей социальную экологию: семью, школу, окружение, общество, геополитику, влияющих прямо или опосредованно на процессы индивидуального развития через регуляцию поведения и состояний. Вместе все три области составляют биопсихосоциальные аспекты индивидуального развития.

Современные теории развития, основанные на принципе системности, при объяснении закономерностей развития ребенка включают многочисленные разноуровневые факторы и взаимодействие между ними. Наиболее актуальной в настоящее время является *теория каскадов развития* [424], где развитие ребенка описано как закономерный процесс, в котором предшествующие условия могут быть связаны с различными вероятностями конкретных результатов: функция на одном уровне или в одной области поведения влияет на появление функции в последующих областях. Каскады развития относятся к совокупным последствиям для развития многих взаимодействий и транзакций, происходящих в развивающихся системах, которые приводят к распределению эффектов по уровням, между разными областями на одном уровне и между различными системами. Теоретически эти эффекты могут быть прямыми и однонаправленными, прямыми и двунаправленными или косвенными, которые осуществляются разными путями. Но эти последствия не являются временными: каскады развития изменяют ход развития. Такие эффекты были названы в литературе по-разному: цепные

Репозиторий БрГУ

реакции, снежный ком, обогащение, избыточность, или прогрессивные эффекты, а также каскады развития.

Эффективность в одной области компетенции в одном возрастном периоде жизни становится «подпоркой», на которой развиваются заново формирующиеся области: другими словами, одна компетенция порождает другую. Понятие каскада развития включает серию взаимодействий между многочисленными факторами, кумуляцию последствий и эффекты распространения результатов взаимодействия. В теории каскадов выделяется так много взаимодействующих факторов, определяющих развитие ребенка, что наглядная модель представляет собой густую сеть линий, обозначающих их взаимное влияние.

Психическое развитие ребенка в теории культурно-исторического развития (Л. С. Выготский). Выдающийся психолог современности Л. С. Выготский предложил новое понимание хода, условий, источника, формы, специфики, движущих сил психического развития ребенка; он описал стадии детского развития и переходы между ними, выявил и сформулировал основные законы психического развития ребенка. Он предложил учение о возрасте как единице детского развития и показал его структуру и динамику, которое позволило избежать биологического и средового редукционизма при рассмотрении развития ребенка в детстве.

Структура возраста включает в себя характеристику социальной ситуации развития ребенка, ведущего типа деятельности и основных психологических новообразований возраста. В каждом возрасте социальная ситуация развития содержит в себе противоречие как задачу развития, которая должна быть решена в специфическом для данного возраста ведущем типе деятельности. Разрешение противоречия проявляется в возникновении психологических новообразований возраста.

Детское развитие имеет сложную организацию во времени: свой ритм и темп, которые изменяются в разные годы жизни, что объясняет высокий темп развития ребенка в младенчестве и раннем возрасте.

Закон метаморфозы в детском развитии трактует процесс развития ребенка как цепь качественных изменений, которые объясняют, что ребенок отличается качественно специфическими по сравнению со взрослыми свойствами психики.

Закон неравномерности детского развития объясняет наличие оптимального периода развития каждой психической функции в процессе онтогенеза.

Закон развития высших психических функций гласит, что высшие психические функции возникают первоначально как форма коллективного поведения, как форма сотрудничества с другими людьми и лишь впоследствии они становятся внутренними индивидуальными (формами) функциями самого ребенка. У человека отсутствуют врожденные формы поведения в среде, так как его развитие происходит путем присвоения исторически выработанных форм и способов деятельности.

Репозиторий БрГУ

Закономерный характер психического развития ребенка обеспечивается целостной системой иерархически организованных факторов: предпосылок, источников, условий и причин, составляющих движущие силы развития:

- предпосылки психического развития – биологические особенности организма, нервной системы ребенка, индивидуально-типологические особенности;
- источник психического развития – социальная среда, окружающая ребенка; в нее включаются предметная среда и социальное окружение;
- условие психического развития – собственная активность ребенка, проявляющаяся в двух формах – его деятельности и общении с окружающими;
- движущие причины – создание и разрешение противоречий между потребностями и возможностями ребенка в процессе развития.

Для клинической психологии развития важно рассмотреть один из аспектов психического развития – психосоматическое развитие, в процессе которого реализуется связь телесных и психических функций. Концепция психосоматического развития в онтогенезе представлена В. Ю. Коноваловым [111] в методологической парадигме культурно-исторической теории. Автор выделяет ряд последовательных этапов, и каждый этап характеризуется созданием особой иерархии психических и физиологических элементов, определяемой целью и результатом, которых необходимо достигнуть на данном этапе психического развития. Цель каждого этапа развития психосоматических отношений – это закономерная, закрепленная в культурно-историческом опыте форма социально приемлемого поведения, реализацию которого и призвана обеспечить развивающаяся психосоматическая организация.

К соматическим функциям автор относит свойства тела, осуществляющие разные стороны жизнедеятельности организма, которые обеспечивают различные стороны гомеостаза – это трофика, моторика и регенерация тканей, а также иммунитет. Соматические функции рассматриваются как материальные средства развития психики.

На каждом этапе психосоматического развития выделяются целесообразные соматические элементы, достигающие определенного уровня биологической зрелости, и создаются средства их психической регуляции, что объясняет наличие сензитивных периодов, когда биологическое по своей сути психофизиологическое созревание требует новых средств организации и готово к морфофункциональным перестройкам. Сформированные психические качества берут на себя управление соматическими функциями, которые при отсутствии социальных воздействий развивались бы как биологические функции в соответствии с генетической программой. Новый уровень психосоматической иерархии представляет собой средство реализации ведущей деятельности, подчиняющей своим задачам новообразования предыдущих этапов.

Общий механизм развития психосоматических отношений представляет собой социальное взаимодействие, при котором выделяется социально значимый соматический элемент биологической функциональной системы как основное средство обеспечения ведущей деятельности. Фактически задача формирования культурной психики и состоит в последовательном выделении значимых сома-

Репозиторий БрГУ

топсихических элементов из их биологического контекста и придании им социальных свойств и качеств.

Таким образом, психосоматические отношения могут быть представлены как основание нормативного психического развития. Их становление, с одной стороны, подчиняется закономерностям натурального соматического созревания, характеризующегося морфофункциональной гетерохронностью, а с другой стороны, определяется последовательностью социальных формирующих воздействий, придающих физиологическим системам социальное направление развития.

Психологическая характеристика раннего возраста. В детской психологии определены и исследуются следующие сферы (области) развития ребенка в раннем возрасте:

- двигательное (психомоторное) развитие, в котором выделяются развитие общей (грубой) моторики, то есть развитие основных движений туловища и головы, и развитие тонкой моторики, то есть развитие ручных движений, движений кисти и пальцев рук, а также развитие двигательных навыков;
- развитие деятельности и действий ребенка с предметами;
- познавательное (умственное) развитие ребенка – развитие восприятия, мышления и воображения, а также внимания и памяти, с помощью которых ребенок познает окружающий мир и накапливает запас представлений об окружающем;
- речевое развитие, или развитие речи, традиционно разделяется на развитие понимания речи других людей (пассивная речь) и развитие активной речи, то есть говорения, или собственной речи ребенка;
- социальное развитие – развитие отношений ребенка с другими людьми, со взрослыми и со сверстниками, становление общения ребенка с окружающими в его различных формах;
- эмоциональное и личностное развитие – развитие мотивационно-потребностной, волевой и эмоциональной сфер и самосознания ребенка.

Самой яркой характеристикой развития ребенка в раннем возрасте является высокий темп развития, который не наблюдается в более поздние возрастные периоды. Высокий темп развития ребенка в раннем онтогенезе приводит к нескольким последствиям, важным для формулировки законов развития в этот период, а именно:

- взаимосвязь и взаимозависимость в развитии разных сторон (сфер, областей) в структуре развития ребенка;
- высокая сензитивность раннего онтогенеза для развития ребенка, что обеспечивает высокую восприимчивость ребенка к социальным и развивающим влияниям;
- высокая сензитивность к действию биологических и социальных вредных факторов на ребенка, зависимость ребенка от социального окружения и близких взрослых;

Репозиторий БрГУ

- высокая чувствительность детей к лечебно-коррекционным воздействиям и влияниям, высокая эффективность специальной комплексной помощи при наличии отклонений в развитии детей.

Характеристика раннего возраста составлена на основе результатов исследований, проведенных в рамках теоретико-методологической парадигмы культурно-исторического подхода (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин, А. С. Запорожец, М. И. Лисина, Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова). В этот период происходят фундаментальные изменения в деятельности и сознании ребенка, формируются важнейшие предпосылки личности.

По психологическим основаниям данный период можно разделить на два микропериода: второй год жизни и третий год жизни, что означает существование психологических отличий между детьми второго и третьего года жизни. Относительная непродолжительность периода раннего возраста – свидетельство быстрого темпа развития. Годовалый ребенок в начале раннего возраста существенно отличается от трехлетнего к концу раннего возраста: ребенок свободно передвигается в пространстве, активно познает мир вокруг себя, он превращается в довольно самостоятельного человека, который способен обращаться с разными предметами, знает их свойства, качества и назначение. Ребенок способен использовать речь как средство общения, и его речь уже мало отличается от обыденной речи взрослых. Он начинает играть и рисовать, его уже интересуют игры со сверстниками, и он знает, как он выглядит, осознает себя как умеющего человека, как мальчика или девочку, а также знает, что был маленьким и будет большим.

Ребенок умеет самостоятельно передвигаться в пространстве с помощью ходьбы, он овладевает предметами в пространстве, залезая на них, может ходить по лестнице и спускаться с нее, начинает бегать и прыгать. Для изучения окружающего мира ребенок передвигает предметы, открывает и закрывает шкафы, шкафчики и ящики, исследует, высыпает и вкладывает обратно содержимое емкостей и пакетов. На улице ребенок неустанно, много и подолгу ходит и бегает, забирается на разные предметы, копается в песке, ходит по лужам, обследует все, что попадает в поле его зрения.

Поведение ребенка целиком и полностью связано с наличной ситуацией, его мало привлекает то, что находится за пределами этой ситуации, его захватывает только то, что находится перед его глазами «здесь и теперь». Увидев предмет, ребенок сразу стремится выяснить, для чего он нужен и что с ним можно делать. Ребенок любит также листать детские книжки, рассматривать картинки в них и слушать чтение небольших стихов и сказок, он сам просит взрослого почитать ему книжку. Ему нравится слушать речь и музыку по радио, записи детских песен, он начинает осваивать понимание речи-рассказа. Он берет карандаши и пытается рисовать ими, а также строить из кубиков простые сооружения.

В первой половине раннего возраста ребенок явно предпочитает общение со взрослым, дети еще мало интересуют его. Во второй половине данного периода ребенок начинает интересоваться сверстниками, направляет на них свое внимание, эмоционально заражаясь и радуясь общим играм и забавам, подражая

Репозиторий БрГУ

тому, что делает другой ребенок, играя сначала рядом, а затем и вместе с другими детьми.

Внутренняя сторона социальной ситуации развития ребенка отражает новое содержание потребности в общении со взрослым, направленное на освоение действий с предметами, появление деловых, познавательных и личностных мотивов общения со взрослыми, появление автономности в передвижении и ориентации в пространстве, самостоятельности в деятельности, интерес к миру предметов и вещей, подчиненность поведения внешнему миру, наличной конкретной ситуации и эмоциям. Внешняя сторона социальной ситуации развития ребенка проявляется в том, что взрослые начинают предъявлять требования к поведению ребенка, чтобы оно соответствовало нормам, взрослые начинают оценивать детские достижения, приучают ребенка к опрятности и обучают навыкам самообслуживания; у взрослых появляются представления о ребенке как способном понять требования, усвоить нормы поведения и управлять собой на элементарном уровне.

Базовые психологические потребности ребенка раннего возраста, побуждающие его поведение, объединяются в две группы (И. В. Шматкова [251]). К первичным потребностям отнесены потребность в безопасности, потребность в любви и принятии, к возрастно-специфическим потребностям – потребность в активном познании окружающего мира и потребность в самостоятельности.

Ведущей деятельностью является предметно-манипулятивная деятельность, в которой выражается стремление ребенка к самостоятельности и к овладению разнообразными действиями с предметами, а также освоение действий с предметами в сотрудничестве со взрослыми, что требует освоения речевых средств общения. К другим видам деятельности относится двигательная активность по освоению сложных видов движений (бег, лазание и т. п.); предпосылки игры и продуктивной деятельности (конструирование и рисование), возникающие внутри ведущей деятельности. Ведущей формой общения ребенка со взрослым является ситуативно-деловая, появляются внеситуативно-познавательная и внеситуативно-личностная формы общения (М. И. Лисина). В раннем возрасте впервые зарождается общение ребенка со сверстниками.

К психологическим новообразованиям раннего возраста относится 1) системное и смысловое строение сознания, и главной функцией становится восприятие, вещи приобретают для ребенка определенное значение благодаря речи, предметы становятся для ребенка общественными предметами; 2) система «Я»: осознание себя как отдельного человека, как источника разнообразных желаний и действий, то есть как субъекта действий, психологическое отделение себя от взрослых, самостоятельность в деятельности. В конце раннего возраста возникает новое целостное видение ребенком мира и себя в мире: предметный мир выступает для ребенка как сфера его самореализации, взрослый рассматривается ребенком как помощник в деятельности и ценитель детских достижений, у ребенка возникает чувство гордости за собственные достижения, и психологически ребенок отделяется от взрослого мира.

Репозиторий БрГУ

Закономерности отклонений в развитии в раннем возрасте. Теории и подходы к характеристике психического развития ребенка в раннем возрасте дают основания рассматривать закономерности нарушений (отклонений) развития у детей. Те причины, факторы, условия и переменные, которые способствуют нормальному психическому развитию, способны помешать его течению, другими словами, привести к отклоняющемуся развитию. Цель психопатологии развития – понять процессы, которые приводят к успехам в развитии или к дисфункциям развития (Ч. Венар, П. Кериг; Э. Мэш, А. Самерофф).

В русскоязычной специальной психологии длительное время использовалось понятие аномального развития, но в последнее годы этот термин перестал удовлетворять ученых и практиков. Прежде всего, это связано с непринятием терминологии, которая используется по отношению к детям с проблемами в развитии и носит оценочный характер. При использовании термина «аномальный» акцент делается скорее на необычности ребенка, а не на особенностях процессов развития, которые наблюдаются при данной аномалии.

В работах Л. С. Выготского встречается другой термин – «уклонение развития» [60, с. 15], где он ссылается на заимствование этого термина у немецкого детского психолога В. Штерна. Термин «уклонение» обозначает любое изменение в направлении развития ребенка. Этот термин не получил применения в психологии.

В последнее время был предложен термин «отклоняющееся развитие», который обозначает, что развитие ребенка отклоняется от того пути, по которому, развиваясь, проходит большинство детей. Используется также термин «психический дизонтогенез» (диз – нарушение, расстройство; онтогенез – индивидуальное развитие ребенка), который понимается как отклонение от хода нормального онтогенетического развития ребенка. *В качестве синонимов отклоняющегося развития допустимо использовать термины «нарушения в психическом развитии», «отклонения в развитии ребенка», «психический дизонтогенез».*

Европейская ассоциация раннего вмешательства приняла определения нарушения, отставания и риска отставания в развитии, эти определения приняты и Российской Ассоциацией раннего вмешательства [224]. Нарушение развития означает существенные отклонения от нормальных (типичных) образцов развития и является последствием тех или иных изменений в состоянии здоровья или неблагоприятного влияния среды. Нарушение может выражаться в форме отставания и/или нарушения функций физической, когнитивной или эмоционально-аффективной природы. Отставание в развитии определяется с помощью нормированных шкал, позволяющих определить уровень развития ребенка. Отставание – это недостаточное развитие ребенка по сравнению со средним развитием детей в данном обществе. Когда говорится о риске отставания в развитии, предполагается, что существуют очевидные доказательства высокой вероятности появления отставания. Известны три типа факторов риска, которые не исключают друг друга: (1) установленный риск, связанный с наличием специфического медицинского диагноза или синдрома; (2) социальный риск, связанный с окружением; (3)

Репозиторий БрГУ

биологический риск, связанный с пренатальными, перинатальными и неонатальными факторами.

Закономерности психического развития ребенка при наличии у него отклонений в развитии также рассматривались в работах Л. С. Выготского: « … дефектология изучает развитие, у которого есть свои законы, свой темп, свои циклы, свои диспропорции, свои метаморфозы, свое перемещение центров, свои структуры; … это есть особая и относительно самостоятельная область знания о глубоко своеобразном предмете» [62, с. 33]. Существуют общие закономерности нормального и отклоняющегося (аномального) развития: «Признание общности законов развития в нормальной и патологической сфере – краеугольный камень всякого сравнительного изучения ребенка. Но эти общие закономерности находят своеобразное конкретное выражение в одном и в другом случае. Там, где мы имеем дело с нормальным развитием, эти закономерности реализуются при одном комплексе условий. Там, где перед нами развертывается атипичное, уклоняющееся от нормы развитие, те же самые закономерности, реализуясь в совершенно другом комплексе условий, приобретают качественно своеобразное, специфическое выражение, не являющееся мертвым слепком, фотографическим снимком с типичного детского развития» [62, с. 196].

Утверждая, что нормальное и отклоняющееся развитие ребенка имеют сходные закономерности, Л. С. Выготский, тем не менее, описывал особенности отклоняющегося развития: «Ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, но иначе развитой» [62, с. 7]. В этой простой формулировке сконцентрированы основные положения о закономерностях аномального развития ребенка. Словосочетание *«иначе развитой»* – краеугольный камень в понимании закономерностей отклоняющегося развития. «Мы никогда не получим по методу вычитания психологии слепого ребенка, если из психологии зрячего вычтем зрительное восприятие и все, что с ним связано. Точно так же и глухой ребенок не есть нормальный ребенок минус слух и речь», «…дефективный ребенок представляет качественно отличный, своеобразный тип развития», «…личность слабоумного ребенка есть нечто качественно иное, чем просто сумма недоразвитых функций и свойств» [62, с. 7].

Л. С. Выготский подчеркивал, что особенности психического развития ребенка с отклонениями в развитии определяются, в частности, особыми условиями социальной и предметной среды, в которой растет такой ребенок. При нормальном психическом развитии сложившиеся культурные формы, присваиваемые ребенком, конгруэнтны нормальной психофизической организации, другими словами, условия социальной среды соответствуют психофизиологическим возможностям ребенка. Для ребенка с отклонениями в развитии необходимы особые, соответствующие его природной организации, культурные формы, специфические условия среды. Для таких детей обычная среда не подходит, она не соответствует их потребностям и возможностям, и поэтому не является полноценным источником их развития.

Особенно важным и ценным вкладом Л. С. Выготского в психологию и дефектологию является положение о структуре дефекта. Структура дефекта

Репозиторий БрГУ

включает в себя нарушения психических функций разного порядка и времени возникновения. Первичный дефект – это нарушения, которые вытекают непосредственно из биологической природы болезни, которые отражают сущность, характер и степень поражения головного мозга и анализаторов. Вторичный дефект возникает опосредованно как результат развития ребенка в условиях первичного дефекта. Были выявлены два основных фактора, определяющих отклоняющееся развитие: время возникновения первичного дефекта и степень выраженности первичного дефекта. Чем раньше обнаруживает себя первичный дефект, когда еще не сформировалась вся система функций, тем более тяжелыми будут вторичные отклонения. Глубина поражения или степень выраженности первичного дефекта определяет разные условия отклоняющегося развития. Чем глубже первичный дефект, тем больше страдают другие функции. Так как психика имеет системное строение, вторичные отклонения, в свою очередь, становятся причиной недоразвития других психических функций.

Главной областью компенсации и коррекции развития аномального ребенка Л. С. Выготский считал повышение культурного развития – развития высших психических функций, общения, усиление социально-трудовых отношений. Чем дальше отстоит нарушение от пораженного органа и связанного с ним первичного отклонения, тем легче это нарушение поддается лечебно-педагогическому воздействию. Рассматривая динамику развития так называемого «дефективного, умственного отсталого и трудновоспитуемого» ребенка, ученый показал и положительные стороны личности этих детей. Оптимистическая установка на поиск положительного у детей является одной из ведущих во всех его дефектологических работах. Сохранные функции составляют основу для развертывания потенциала детей.

В. В. Лебединский [131] раскрывает механизмы возникновения вторичных дефектов у детей, развивающихся в условиях первичных дефектов: вторичный дефект может иметь определенную структуру, включая в себя не одну, а несколько функций, нарушение которых взаимосвязано или протекает последовательно, когда из нарушения одной функции вытекает нарушение других функций, и это рассматривается как вторичный дефект разного порядка. Третичный дефект отражает социальную ситуацию развития ребенка и характеризует особенности его отношений с окружающими и развитие личности ребенка.

Идеи о структуре дефекта необходимо конкретизировать применительно к раннему возрасту. Мы полагаем, что описанные В. В. Лебединским механизмы вторичных нарушений не всегда «успевают» реализовываться на протяжении раннего возраста, так как возникновение вторичных нарушений относится к более старшим возрастам (например, нарушение словесно-логического мышления возможно только лишь в школьном возрасте; нарушение регулятивной функции речи также может появиться лишь в дошкольном возрасте и т. п.). Однако высокий темп развития ребенка в раннем возрасте способствует быстрому накоплению нарушений в развитии, особенно отставаний в развитии отдельных функций. Логично предположить, что механизмом вторичного и третичного дефектов в развитии ребенка раннего возраста является материнское воздействие как опо-

Репозиторий БрГУ

средующее звено во взаимовлияниях психических функций в структуре развивающейся психики. Именно поэтому необходимо говорить о *возникновении нарушений развития и о процессе разворачивания этих нарушений*, которое происходит во взаимодействии ребенка с матерью, или в диадическом взаимодействии.

Для анализа процесса отклоняющегося развития и разработки типологии вариантов нормально развивающегося ребенка А. Л. Венгер [49] использует синдромный подход, в котором конкретизируется идея о социальной ситуации развития как единице анализа возраста (Л. С. Выготский). Синдромный подход основан на понимании психологического синдрома как комплекса взаимосвязанных проявлений, или психологических симптомов, и он характеризуется определенными условиями своего происхождения и высокой устойчивостью. Более того, психологический синдром понимается как «частный вариант психического развития» [49, с. 42]. Психологический синдром разворачивается внутри межличностной ситуации развития ребенка, то есть ситуации его отношений с близкими взрослыми. Ядро психологического синдрома составляет взаимодействие психологического профиля ребенка, особенностей его активности и реакций социального окружения, которое рассматривается как функционирование взрослого. Реакции социального окружения понимаются как ответ социальной среды на особенности функционирования данного ребенка. Она состоит в поощрении одних форм поведения и наказании за другие, общей оценки ребенка, интенсивности общения с ним. Эта реакция зависит от взглядов, привычек, личностных особенностей и педагогических установок взрослых.

Зарубежные исследователи в области психопатологии развития ориентированы на рассмотрение многофакторной обусловленности нарушений развития. Э. Мэш [159], рассматривая нарушения развития ребенка, проблемы его психического здоровья, говорит о необходимости их анализа в контексте трех основных уровней влияния – индивидуального, семейного и социального, а не только в контексте влияния факторов, относящихся лишь к одному из этих уровней. Биологические факторы включают, в числе прочих, генетические и нейробиологические влияния; к психологическим влияниям относятся поведенческие и когнитивные, а также влияния, связанные со сферой эмоций и взаимоотношений; к основным социальным факторам относятся типичные паттерны поведения в семье и культурные нормы.

Рассматривая отклонения в развитии, психопатология развития использует широкий круг понятий. Психопатологические расстройства понимаются как количественное и качественное отличие от нормы, хотя признается и наличие «континуума между нормальным и аномальным развитием» [48, с. 32]. Это факторы риска и уязвимость, предохраняющие факторы и жизнеспособность, предохраняющие механизмы, к которым относятся снижение влияния факторов риска, ослабление негативных цепных реакций, использование возможностей, предоставляемых средой, повышение самооценки и самоэффективности. Анализируя пути развития ребенка, пользуются понятиями множественного детерминизма, факторов риска, коморбидности (совместное проявление двух факторов),

Репозиторий БрГУ

трансакции как серии динамический взаимодействий между ребенком и его социальным окружением, мультифинальности и эквифинальности в описании последствий развития психопатологии. «Ход развития следует рассматривать в терминах сложного и меняющегося взаимодействия между ребенком и его окружением, и именно при такой концептуализации оказывается возможным изучение природы недостатков развития и влияния на его ход» [155, с. 179].

1.3 Взаимодействие матери и ребенка в раннем детстве

Рассмотрение различных теоретических подходов к развитию ребенка в раннем детстве приводит к выводу о значимой роли близкого взрослого, в первую очередь матери, в обеспечении процессов как нормотипичного развития, так и в возникновении отклонений в развитии ребенка. Ранний период онтогенеза называют «диадным возрастом», что означает неразрывную связь ребенка и матери, а также существенную роль матери в возникновении или закреплении имеющегося нарушения у ребенка: фактически функции матери присутствуют во всех случаях при описании процесса развития ребенка [234].

Проблема отношений близкого взрослого и ребенка в ранний период онтогенеза попала в поле зрения исследователей еще в первой половине XX века. Основаниями для разработки этой проблематики были наблюдения Р. Спитца [221] за детьми, которые росли в условиях отсутствия материнской заботы и воспитания в закрытых учреждениях, и в первых исследованиях было подтверждено влияние матери на возникновение у ребенка различных отклонений в развитии. Так, в работе Р. Спитца и В. Г. Коблинера [222] показано, что целый ряд соматических и поведенческих нарушений у маленького ребенка могут возникать вследствие «психотоксических» влияний со стороны матери. В качестве психотоксических влияний выступают первичное открытое пассивное отвержение ребенка матерью, тревожная гиперопека, враждебность в форме тревоги, колебание между баловством ребенка и враждебностью по отношению к нему, циклические смены настроения. В исследованиях Х. Харлоу и М. Харлоу было доказано, что одним из наиболее важных условий формирования эмоциональной связи между матерью и младенцем является физический контакт, дающий ощущение комфорта и защищенности [78]. Исследования детей в ситуации материнской депривации [127; 236] особенно ярко показали, что роль матери в первые годы жизни ребенка состоит не только в удовлетворении его физиологических потребностей, но и потребностей эмоционального характера (обеспечение эмоционального комфорта, чувства безопасности).

Понимание роли матери в развитии ребенка раннего возраста основывается на анализе феномена и концепта материнства. В. С. Мухина трактует материнство как психологическое состояние и социальную ответственность женщины, как составную часть ее ментальности: «Каждая женщина как уникальная личность сама может определять свое отношение к материнству. Но если у женщины специфически осложненные особенности, если она живет во времени, когда благодаря новым достижениям науки материнство вольно или невольно де-

Репозиторий БрГУ

вальвируется, ей может быть чрезвычайно сложно обрести себя в материнстве. Материнство – культурный феномен, и его смысл и значение могут меняться вместе с культурой» [158, с. 143]. Рождение ребенка является для женщины настолько важным и ответственным событием, что изменяет ее жизнь в целом, перестраивает отношения во всех аспектах ее бытия: от семейного, бытового до профессионального и личностного. Включенность женщины в постоянные взаимодействия со своим ребенком, ограниченность психологического пространства диадных отношений «мать–ребенок» формируют совершенно особенную среду бытия матери.

Биологической основой материнства выступает биологический родительский инстинкт – один из основных инстинктов живых существ, направленный на рождение и сохранение потомства, обеспечивающий его выживание и развитие. Одной из проблем в исследованиях материнства является проблема соотношения его биологической и социально-исторической обусловленности, особенно остро встающая при рассмотрении девиантного материнства [37].

С позиций эволюционно-системного подхода Г. Г. Филиппова [233] рассматривает материнство как системное явление, принадлежащее матери (мать как субъект материнства) и реализующееся в системе материнско-детского взаимодействия. Этот подход позволяет объединить мать как субъекта материнства и ребенка как объект материнства, без потери их собственной «самости» как самостоятельных субъектов. Мать рассматривается как субъект собственных потребностей и переживаний, реализующая в своей активности ценности и смыслы материнства через систему мотиваций и целей деятельности по воспитанию и развитию ребенка. Существенную роль в материнской сфере личности играют ценностные ориентации матери, что позволяет выделить особый ценностно-смысловой блок материнства, главное место в котором занимают самостоятельные ценности ребенка и ценности материнства как состояния быть матерью [17]. Основным психологическим новообразованием в сфере самосознания женщины, принявшей на себя родительскую роль, становится «смысловое переживание материнства», которое отражает ее специфические мотивы и потребности [233].

Во взаимодействии с ребенком мать выполняет разнообразные функции, что обеспечивает условия для благополучного развития ребенка, так как закономерности развития включают соответствующие им по содержанию реализации материнские функции. Материнство, таким образом, рассматривается и как личностная сфера женщины, и как обеспечение условий для развития ребенка. В исследованиях анализируются различные материнские качества и характеристики материнского поведения, а также их культурные, социальные, эволюционные, физиологические и психологические основы. Все эти характеристики рассматриваются в аспекте определенного возраста ребенка, так как требуемые материнские качества и компетенции различаются в зависимости от возрастных потребностей и закономерностей развития ребенка в разных возрастах. В обобщенном виде функции матери в развитии ребенка состоят в удовлетворении всех базовых потребностей ребенка, обеспечении его эмоционального благополучия,

Репозиторий БрГУ

его отношения к миру, общения с окружающими, структуры деятельности и личностных качеств.

Функция родителя в современной культуре – передать культуру будущему поколению – не только с целью ее сохранения, но и развития [98]. Н. Н. Васягина [47] рассматривает мать как первого педагога, как проводника ребенка в мир социокультурной реальности, как посредника между ребенком и социокультурным пространством, по силе педагогического воздействия имеющей преимущество по сравнению с иными субъектами образования. Субъектное становление матери происходит в проблемных ситуациях, где заостряются противоречия между той или иной плоскостью социокультурного пространства, необходимостью реализации воспитательной деятельности и возможностями матери.

Проблема отношений между матерью и ребенком включает рассмотрение материнских качеств, которые формируются у женщины, ставшей матерью, и которые являются условием реализации функций матери. Проблема материнских качеств и их соответствия материнским функциям становится одной из центральных в исследованиях материнства.

К «базовым качествам матери» применительно к ранним периодам онтогенеза, которые Е. И. Исенина [98] понимает как особые личностные качества матери, отражающие ее отношение к себе, к миру и к другим людям, относятся принятие и отзывчивость. Принятие включает безусловное эмоционально теплое отношение к ребенку, отзывчивость включает внимание матери, ее эмпатию к ребенку, адекватное реагирование, уважение его индивидуальности, содействие в предметных действиях с ребенком и в общении. Качество матери «субъект обучения общению» включает мотивацию матери, умение развивать ребенка, устанавливать его внимание к предмету разговора, организовывать очередность в разговоре с ним, правильно дозировать порцию самостоятельного разговора ребенка (соответственно его возможностям), исправлять ошибки малыша и поддерживать его, побуждать к продолжению разговора, обучать принципам обработки лингвистической информации и развивать его лингвистические умения. Качество матери «субъект обучения действиям с предметами» включает в себя мотивацию матери развивать ребенка, умение устанавливать внимание ребенка к предмету деятельности, правильно дозировать новую информацию, давать указания соответственно уровню развития и возможностям ребенка, исправлять ошибки, поощрять его действия, побуждать к самостоятельному решению поставленной задачи.

Для исследований материнского отношения к ребенку целесообразно обратиться и к понятию «внутренняя материнская позиция» (Е. И. Захарова). Внутренняя материнская позиция определяется как форма отражения, принятия и освоения женщиной своей социальной позиции матери, которая выполняет функции планирования и регуляции собственной деятельности и общения. Как показывает Г. Ю. Одинокова[165], данное понятие позволяет изучать в целостности и взаимовлиянии ряд феноменов, регулирующих материнское поведение в детско-родительских отношениях: личностные смыслы материнства и их место в системе актуальных мотивов; эмоциональное отношение к материнству, к себе в

Репозиторий БрГУ

роли матери и к ребенку; образ ребенка, образ себя в роли матери; представления о воспитании ребенка и отношениях с ним. Женщине предстоит решить задачу распределения представлений о структуре своего Я, в которую необходимо включить образ себя как матери и свое представление о ребенке. Как установлено в ряде исследований автора, включение материнского образа в структуру Я-концепции происходит либо на поздних сроках беременности, либо сразу после рождения ребенка. Таким образом, образ себя в материнской роли и образ ребенка – это важные составляющие внутренней материнской позиции, которые определяют восприятие и понимание матерью ребенка и себя, ее чувства по отношению к ребенку и себе и реальное поведение матери во взаимодействии с ребенком.

Взаимный характер влияния матери и ребенка проявляется в феномене удовлетворенности женщины материнством. Т. С. Богомоловой с соавт. [27] установлена достоверная связь между уровнем развития ребенка раннего возраста и уровнем удовлетворенности материнством у женщины, однако жестко детерминированная зависимость отсутствует. Матери хорошо развивающихся детей раннего возраста значительно чаще бывают удовлетворены собой в материнской роли, чем матери отстающих в развитии детей. Были определены диады, в которых матери имеют высокую степень удовлетворенности собой как родителем, а дети отстают в развитии; в то же время есть диады, где дети развиваются в соответствии с возрастом, не имеют отставаний в развитии, а матери воспринимают себя как недостаточно успешных и характеризуются низкой степенью удовлетворенности собой как родителем. Таким образом, с повышением уровня удовлетворенности матери собой как родителем возрастает вероятность успешного развития ее ребенка.

Разнообразные теории психического развития ребенка, рассматривая процесс развития на ранних стадиях онтогенеза, не могли обойти вниманием и роль близкого взрослого в обеспечении благоприятного развития ребенка. Любая теория прямо либо имплицитно отвечает на вопрос о том, оказывают ли взрослые влияние на развитие ребенка, и какую роль они играют в его развитии. Далее представлен обзор теорий, в которых рассматриваются отношения ребенка и близкого взрослого в ранний период онтогенеза.

Психоаналитические теории детского развития лежат в основе системы представлений о роли близкого взрослого в развитии ребенка, особенно в период раннего детства [227]. Д. В. Винникотт [53] сосредоточивает свое внимание на качестве заботы матери в первые месяцы жизни ребенка. Одним из центральных понятий его теории является понятие «обычная преданная мать», или «достаточно хорошая мать». Мать понимается как идеальная среда для ребенка в силу своего особого психического состояния, возникающего после родов и обеспечивающее ей интуитивное переживание состояний ребенка. На основе этого она способна оптимально удовлетворять все потребности ребенка и переживать при этом чувство любви и глубокой удовлетворенности. Таким образом, Д. В. Винникотт подчеркивает инстинктивную, биологически обусловленную природу материнского отношения к ребенку.

Репозиторий БрГУ

Ребенок в условиях адекватного, «достаточно хорошего» материнского отношения получает хорошо сбалансированный опыт удовольствий и фрустраций, позволяющий ему выстраивать образ внешнего мира и себя. Качества матери, сначала осваиваемые ребенком «по отдельности», впоследствии «собираются» в целостный образ матери («материнский объект»). Промежуточный этап, когда мать еще не является целостным объектом, представляет собой для ребенка весь внешний мир в его положительных и отрицательных качествах. Значение соотношения этих качеств для ребенка является основой построения всей модели мира и себя. Оптимальным для развития личности содержанием, получающимся в результате построения этой модели, является усвоение ребенком «хороших» качеств первичного объекта – матери. Для этого мать должна полностью отдаться своим эмоциям и некоторое время жить с ребенком единой жизнью, в которой удовлетворение потребностей ребенка переживается матерью как ее собственное удовольствие.

Идеи психоанализа получили развитие в работах Анны Фрейд [235], которая сосредоточила внимание на законах развития ребенка в детстве. Структуру личности Оно (Id) она разделяла на две составляющие: сексуальную (либидо) и агрессивную (мортидо). Проявления у ребенка агрессивности соответствуют стадиям психосексуального развития, описанным З. Фрейдом, поэтому соответствующие симптомы агрессивности проявляются на разных стадиях в виде кусания, плевания, цепляния (это оральная агрессивность), разрушения и жестокости (анальная агрессивность), властолюбия, хвастовства, зазнайства (фаллическая стадия), асоциальных проявлений (пубертат).

Развитие ребенка А. Фрейд понимала как процесс постепенной социализации, который подчиняется закону перехода от принципа удовольствия к принципу реальности. Возможности ребенка развиваться нормально, вырасти психологически благополучным и психически здоровым человеком зависят от его способности переносить лишения, то есть справляться с ситуациями отсрочки выполнения немедленных желаний, доставляющих удовольствие. Развитие ребенка по закону перехода от принципа удовольствия к принципу реальности напрямую связано с развитием его памяти и мышления, а освоение речи делает ребенка полноправным членом человеческого общества.

Важным вкладом А. Фрейд в теорию детской психологии является описание ею отдельных линий развития ребенка с позиций психоанализа. На каждой фазе развития ребенка отношения между принципом удовольствия и принципом реальности имеют свою специфику, так же как и результат разрешения конфликта между внутренними инстинктивными желаниями и ограничительными требованиями социального окружения.

Основная линия развития – это последовательность фаз, которая ведет к эмоциональной самодостаточности и взрослым объектным отношениям за счет освобождения от выраженной зависимости ребенка от материнской заботы. Характер патологических последствий разлучения ребенка с матерью зависит от фазы развития, в которой находится ребенок.

Репозиторий БрГУ

1-я фаза – фаза биологического единства матери и младенца: взаимоотношения ребенка с матерью окрашены для него его собственными потребностями, и мать не выделяется как отдельный человек. Мать в этой фазе также обращается с ребенком как с продолжением самой себя. 2-я фаза – фаза частичного объекта: в этой фазе отношения ребенка с частью объекта (матери) основаны на неотложности требований детского организма и производных влечений. Эти отношения скачкообразны и прерывисты, поскольку вложение энергии в объект производится только под воздействием требований организма и прекращается, когда удовлетворение достигнуто. В данной фазе происходит формирование у ребенка образа хорошей и плохой матери. 3-я фаза – фаза постоянства объекта: у ребенка, независимо от удовлетворенности и неудовлетворенности, поддерживается положительный внутренний образ объекта (матери). Ребенок начинает понимать, что «хорошая» и «плохая» мать – это один и тот же человек. 4-я фаза – анально-садическая: амбивалентные отношения ребенка к матери характеризуются такими проявлениями, как прилипчивость, доминантность и контроль.

А. Фрейд подробно описала развитие линию кормления (от младенческого питания до привычек взрослого питания), линию опрятности (от воспитательной программы взрослых до самостоятельного контроля выделительных функций), линию развития физической самостоятельности и линию отношения к старшим.

У истоков теории объектных отношений стояла Мелани Кляйн [106]. Ее теория во многом возникла из наблюдений за детьми, которые страдали психическими расстройствами. Одним из базовых положений теории объектных отношений является врожденный конфликт, исходящий из изначальной борьбы между инстинктами жизни и смерти. Так же как и влечение к смерти, влечение к жизни или либидо связанно с грудью, с первым внешним объектом. Борьба между влечением к смерти и влечением к жизни представляется как борьба между питающей и пожирающей грудью. Так у ребенка формируется сердцевина Супер-Эго в его хорошем и плохом аспектах.

По М. Кляйн, рождение само по себе – это серьезная травма, которая дает начало постоянно сопутствующей тревожности в отношениях ребенка с окружающим миром. М. Кляйн в своих работах подчеркивает первостепенную важность влечений, которые представляют собой объектные взаимоотношения. Первым объектом ребенка, изначально присутствующим в его уме и отделеным от Я, является материнская грудь, которая, в силу сопровождающей ее тревоги, воспринимается как враждебный объект.

Периодически повторяющиеся у ребенка переживания удовлетворения и фрустрации являются мощным стимулом для либидозных и агрессивных импульсов. В результате получается, что грудь, в ввиду того, что она удовлетворяет, оказывается любимой и ощущается как «хорошая»; а поскольку грудь является и источником фрустрации, она ненавидится и ощущается как «плохая». Этот сильный контраст между «хорошей» и «плохой» грудью существует во многом благодаря недостаточной интегрированности Эго, процессам расщепления внутри Эго. Материнская грудь, как в своем хорошем, так и в плохом аспек-

Репозиторий БрГУ

тах сливается для ребенка с ее телесным присутствием, а отношение к матери как к личности устанавливается постепенно, начиная от самых ранних стадий.

Теория привязанности (Дж. Боулби и М. Эйнсуорт). Теория привязанности, в которой рассматриваются глубинные основы эмоциональных отношений матери и маленького ребенка, явилась отправной точкой для многочисленных исследований нарушений детско-материнских отношений и возникновения нарушений развития в раннем возрасте [30; 119; 263].

Теория привязанности зародилась в процессе наблюдений за детьми, которые растут в детских домах и сиротских приютах. Дж. Боулби обнаружил, что эти дети часто страдают различными эмоциональными проблемами, включая неспособность установить близкие и продолжительные отношения с окружающими. Он предположил, что такие дети неспособны любить потому, что на раннем этапе жизни у них не было возможности крепко привязаться к матери. Он также наблюдал подобные симптомы у детей, которые в течение некоторого времени росли в обычных семьях, но затем были надолго разлучены с родителями. Подобные наблюдения убедили Дж. Боулби, что нельзя понять развитие ребенка, не уделив пристального внимания связи «мать – ребенок». Обобщив результаты наблюдений за детьми, которые подверглись длительной разлуке с матерью, Джон Боулби выделил три фазы в ответных реакциях ребенка: 1) протест (плач, крик и отвержение всех видов заботы, предлагаемой взамен); 2) отчаяние (уход в себя, пассивность); 3) отчужденность (ребенок оживлен и может принять заботу других людей). Когда мать возвращается, ребенок не хочет ее признавать. Однако большинство детей спустя какое-то время устанавливают свою связь с матерью. Но бывают случаи (при продолжительной разлуке и отсутствии других постоянных и заботливых опекунов), когда ребенок утрачивает чувство доверия.

Теория привязанности возникла на стыке психоанализа и этологического подхода, хотя сами авторы считают теорию привязанности этологической теорией. В результате знакомства с данными этологических исследований Дж. Боулби пришел к противоречащей классическому психоанализу точке зрения, что любовь ребенка к матери не исходит из чувственного орального удовлетворения, и формирование социальной связи не обусловлено только кормлением. Внимание Дж. Боулби привлекло исследуемое в этологии явление импринтинга у животных. Данный феномен проявляется во врожденных поведенческих актах детенышей животных, которые направлены на обеспечение близости со взрослой особью (следование, цепляние и т. д.). Основная функция подобного поведения – обеспечение защиты от опасностей и выживания. По мнению Дж. Боулби, ребенку также присуща инстинктивная потребность оставаться рядом с родителем, на которого у него выработался импринтинг. На основе данной потребности и возникает привязанность ребенка к близкому взрослому.

В процессе эволюции у детей должны были сформироваться привязывающие модели поведения – жесты и сигналы, которые обеспечивают и поддерживают их близость к опекунам, без которых дети могут погибнуть в мире, полном опасностей. Один из явных сигналов – это плач, который является сигналом бедствия: ведь когда ребенок плачет, родитель спешит на помощь. Еще одним при-

Репозиторий БрГУ

вязывающим действием является улыбка малыша: когда малыш улыбается, глядя на родителя, родитель испытывает к нему любовь и хочет быть рядом. К другим привязывающим действиям относятя лепет, цепляние, сосание и следование.

Привязанность понимается как длительная эмоциональная связь, формирующаяся между матерью и ребенком. Данная связь характеризуется тем, что ребенок стремится сохранять близость с матерью, и это особенно ярко проявляется в стрессовой для ребенка ситуации. Основное назначение привязанности – получение ребенком от матери необходимой психологической защиты и эмоционального комфорта. Близкий взрослый может стать объектом привязанности при условии, что он является доступным в ситуациях, когда ребенку нужна защита и комфорт. Дж. Боулби определил последовательность развития привязанности в раннем детстве, которая проходит три стадии, или фазы.

1-я фаза – неразборчивая реакция на людей (0–3 мес.).

2-я фаза – фокусирование внимания на знакомых людях.

3-я фаза – интенсивная привязанность и активный поиск близости (6 мес. – 3 года). Важным показателем привязанности в этот период является использование ребенком матери в качестве надежной отправной точки своих исследований (базы безопасности), что особенно ярко проявляется в ситуациях, когда мать и ребенок находятся в незнакомом ребенку месте. Ребенок постепенно начинает отдаляться от матери для того, чтобы обследовать окружающие объекты, при этом он периодически инициирует короткие контакты с ней, как будто пытаясь удостовериться, что мать по-прежнему здесь. Если ребенок ощущает какую-либо угрозу, он будет стремиться оказаться рядом с матерью. К концу первого года жизни благодаря интериоризации отношений с матерью (или лицом, ее заменяющим) у ребенка формируется так называемая рабочая модель – общее представление о доступности и отзывчивости объекта привязанности. Если у ребенка возникли сомнения относительно доступности его матери, он будет испытывать тревогу при исследовании нового пространства, находясь на любом расстоянии от нее. Если же ребенок уверен в материнской любви и ее доступности, он будет довольно смело и активно исследовать окружающий мир, лишь периодически проверяя присутствие матери.

Линию исследований Дж. Боулби продолжила Мэри Эйнсворт [263], но она изучала привязанность с помощью экспериментальных методов. Одним из центральных понятий теории привязанности является понятие качества привязанности. Для выявления качества привязанности М. Эйнсворт и ее коллеги разработали специальную методику «Незнакомая ситуация». Ребенок, его мама и незнакомый человек наблюдались в новой для ребенка обстановке – в незнакомой комнате, наполненной игрушками. Исследователь заинтересовалась, как маленькие дети будут использовать свою маму в новой обстановке, будут ли они использовать ее в качестве отправной точки своих исследований и как они будут реагировать на разлучения с мамой. Во время первого разлучения мать оставляла малыша с приветливым незнакомцем, во время второго разлучения ребенок оставался в одиночестве.

Репозиторий БрГУ

На основе использования методики «Незнакомая ситуация» М. Эйнсворт и ее коллегами были предложены критерии для классификации паттернов привязанности детей, а система классификации получила название ABC. В своем исследовании М. Эйнсворт обнаружила три типа, или группы паттернов привязанности – A, B, C.

1-й тип – надежная привязанность (группа B). После прихода в комнату дети начинали использовать мать как отправную точку для своих исследований, но когда мать покидала комнату, их познавательная активность уменьшалась, и они проявляли заметную обеспокоенность. Однако когда мать возвращалась, они активно приветствовали ее, некоторое время оставались рядом с ней. Когда к ним возвращалась уверенность, они с готовностью возобновляли обследование окружающей обстановки. Этот тип привязанности характерен в исследованиях М. Эйнсворт для 65–70 % детей (на выборке США).

2-й тип – неуверенная, избегающая привязанность (группа A). В незнакомой ситуации дети выглядели довольно независимыми, а в новой обстановке они сразу же начинали изучать игрушки. Во время игры дети не использовали мать в качестве отправной точки исследований, они не подходили к ней, казалось, даже не замечали ее. Когда мать уходила, они не проявляли беспокойства, и не искали близости с ней, когда она возвращалась. Если она пыталась взять их на руки, они старались этого избежать, вырываясь из ее объятий, отводя взгляд. В американской выборке этот паттерн наблюдался в 20% случаев. Основная особенность поведения этих детей – желание не обращаться к матери в ситуации, когда они чувствуют себя некомфортно. Хотя эти дети выглядят эмоционально благополучными, на самом деле они испытывают серьезные эмоциональные проблемы.

3-й тип – неуверенная, амбивалентная привязанность (группа C). В незнакомой ситуации дети держались настолько близко к матери и так беспокоились по поводу ее местонахождения, что практически не занимались исследованием окружающего. Они приходили в крайнее волнение, когда мать покидала комнату, и проявляли выраженную амбивалентность по отношению к ней, когда она возвращалась. Они то тянулись к ней, то сердито отталкивали ее. Этот паттерн привязанности характерен для 10–15% детей (в выборке США). Общая особенность детей паттерна C – использование негативного аффекта (гнева, страха) для достижения близости с матерью.

Позднее в классификацию паттернов привязанности М. Мэйн и Дж. Соломон [421; 516] включили еще один тип привязанности – тип D, для которого характерно выраженное проявление поведения привязанности в сочетании с проявлением гнева по отношению к матери; при этом гнев и поведение привязанности следуют вскоре после того, как ребенок явно избегал взаимодействия со взрослым. Признаком дезорганизованного поведения является также наличие стереотипных движений, странных, вычурных, неудобных поз, которые принимает ребенок. Определяющим фактором в формировании данного паттерна является материнское поведение и состояние – например, матери часто имеют неблагоприятный опыт своего детства.

Репозиторий БрГУ

Так как для детей данной группы характерно беспорядочное, непоследовательное поведение (смена приближения к матери неожиданным избеганием), угнетенность и тревожность, то этот тип был охарактеризован как «тревожно-дезорганизованно-дезориентированная привязанность». Необычное, противоречивое поведение детей расценивается в этом случае как распад организованной стратегии привязанности ребенка по отношению к крайне противоречивому и пугающему поведению фигуры привязанности. Причиной этого является неспособность маленького ребенка разрешить конфликт между стремлением получить заботу и утешение от матери и страхом перед ней.

Анализируя поведение детей раннего возраста с различными неврологическими симптомами, С. Пипп-Сигель с соавт. [472] ставят вопрос о необходимости дифференциации между ними и детьми, имеющими нарушения привязанности типа D. Они подчеркивают вклад неврологических расстройств в категорию дезорганизованной/дезориентированной привязанности, особенно у детей из группы высокого риска. К неврологическим симптомам относятся непроизвольные движения типа хореи и тиков, стереотипные движения, диспраксии, атипичные движения, судороги, и они могут быть отнесены к признакам привязанности типа D, так как различия между ними не всегда очевидны. Так, процент детей с дезорганизованной/дезориентированной привязанностью был значительно выше у детей с неврологическими нарушениями по сравнению с детьми, не имеющими неврологических нарушений. В зависимости от критериев, используемых для определения процента «неврологического» поведения D, он варьируется в пределах от 15 до 43 %, и эти процентные показатели доказывают вклад неврологической симптоматики в возникновение небезопасной привязанности типа D. Однако в указанной работе не исследуется вопрос о специфике отношения близкого взрослого к ребенку с неврологическими симптомами, которое может способствовать возникновению привязанности типа D.

Развивая классические положения теории привязанности, П. Криттенден [322] описала особый вид поведения детей, которое проявлялось в поддержании позитивного настроения, в основном за счет подавления своей потребности в заботе и утешении со стороны взрослого. Дети в возрасте 18–30 месяцев, по отношению к которым родители демонстрируют жестокое обращение, обнаруживают самозащитную стратегию, которая выражается в демонстрации послушного поведения. Дети вынужденно подавляют свои негативные чувства и действия, моментально реагируя на просьбы и указания матери, понимая, что послушание способствует снижению материнской агрессии. При психологической недоступности родителя, пренебрежении и отвержении родителем дети активно не подавляют свои чувства, однако переживание гнева, недовольства и печали направляют на самих себя.

Выявление разных типов привязанности ребенка к матери позволило М. Эйнсворт поставить проблему качества отношений привязанности. Качество привязанности ребенка определяется отношением к нему матери и коррелирует с материнским поведением. Для оценки качества материнского поведения использовалась шкала, включающая четыре измерения материнского отношения к ре-

Репозиторий БрГУ

бенку: 1) *чувствительность – нечувствительность* к потребностям младенца, в которых выявляется способность матери понимать потребности ребенка и видеть все с его точки зрения; 2) *принятие – отвержение,* свидетельствующие о ценностной значимости ребенка и его роли для матери; 3) *неоперативность – вмешательство,* в которых отражается уважение матери к самостоятельности и индивидуальности ребенка и ее склонность поддерживать его инициативу или навязывать собственные желания; 4) *поддержка – игнорирование,* которые выявляют степень эмоциональной адекватности матери и ее эмоциональность.

При использовании данной шкалы оказалось, что дети группы «В» имеют наиболее чутких, внимательных и теплых матерей, которые понимают и удовлетворяют все их потребности. Матери детей группы «А» отличаются эмоциональной холодностью, невнимательным отношением к потребностям ребенка и излишней требовательностью. У детей группы «С» матери характеризуются неустойчивостью, непоследовательностью и непредсказуемостью поведения.

Немецкие психологи К. и К. Е. Гроссман [358] изучали общение родителей с детьми в возрасте 12–18 мес. в свободной игровой ситуации. Было показано, что родители детей с избегающим типом привязанности (группа А) демонстрируют чрезмерное вмешательство в самостоятельные действия ребенка и не учитывают его познавательные потребности. Они не отвечают на 18 % обращений своих детей, в то время как родители детей группы В (надежно привязанные) – только на 4 %. Характерно, что стиль материнского поведения, зафиксированный на первом году жизни, является достаточно устойчивым и практически не изменяется на протяжении 2–3 лет жизни ребенка, то есть стратегии привязанности напрямую связаны с качеством взаимодействия матери и младенца в течение первого года жизни. Но качество привязанности в меньшей степени связано с индивидуальными особенностями ребенка (пол, темперамент, недоношенность и др.).

Таким образом, условием формирования надежной привязанности ребенка является чувствительность взрослого к его сигналам, потребностям, доступность взрослого, когда ребенок ощущает угрозу; поддержка ребенка особенно необходима в стрессовых ситуациях.

Дальнейшие исследования показали, что выявленные различия в поведении детей в незнакомой ситуации являются фундаментальными и определяют различия в их поведении в последующем [320]. Дети с надежным типом привязанности отличались от других детей вплоть до возраста 15 лет. Надежно привязанные дети характеризовались как более любознательные, независимые и компетентные по сравнению со сверстниками. При выполнении разных заданий и решении задач они отличались упорством и опорой на собственные силы; в социальной обстановке они характеризовались как дружелюбные и способные к лидерству.

Надежно сформированная привязанность создает эмоциональный базис для формирования будущей полноценной личности. Надежная привязанность между ребенком и матерью в первые годы жизни закладывает основы будущего чувства доверия и безопасности к окружающему миру. Если первичный объект

Репозиторий БрГУ

привязанности обеспечивает ребенку безопасность, надежность и уверенность в защите, то ребенок в дальнейшем будет способен наладить отношения с другими людьми. Однако до тех пор, пока не будет удовлетворена базовая потребность в первичном объекте привязанности, человек не сможет установить вторичную привязанность с другими людьми – сверстниками, учителями, лицами противоположного пола. Дети, имевшие надежную привязанность к матери в возрасте 12–18 месяцев, в два года оценивались как достаточно общительные, они проявляли сообразительность в играх. В подростковом возрасте они более привлекательны как деловые партнеры, чем дети с ненадежной привязанностью. В то же время у детей с дезорагнизованной привязанностью имеется риск возникновения враждебного и агрессивного поведения в дошкольном возрасте.

Анализ отношений привязанности и впечатляющие доказательства значимости безопасной привязанности для благополучного развития ребенка в будущем, к счастью, не сделали теорию привязанности единственной теорией, объясняющей детско-материнские отношения в раннем детстве. Исследователи, даже оставаясь в методологическом поле теории привязанности, направили свое внимание на другие характеристики материнского поведения. Одно из направлений исследований основывалось на ограниченности данных работ М. Эйнсворт. Как указывалось выше, в классическом исследовании М. Эйнсворт [263] была доказана связь материнской чувствительности и безопасной привязанности. Несмотря на то что в изначальной характеристике чувствительности матери подчеркивалась важность ее умения считывать и должным образом реагировать на сигналы ребенка, расширенная операционализация этого понятия привела к тому, что под «зонтиком» понятия материнской чувствительности стали объединяться разнообразные способы поведения матери [432]. Например, было показано, что матерей, относящихся к категориям небезопасной амбивалентной и небезопасной избегающей привязанности, не удается различить на основе только критерия чувствительности.

Имеющееся противоречие в концепции материнской чувствительности привело Э. Майнс и С. Фернихоу [432; 433] к необходимости использования нового авторского конструкта «mind-mindedness» (MM), который описательно может быть переведен как «учет разумности» или «понимание разумности». Понятие mind-mindedness характеризует тенденцию близкого взрослого рассматривать своего ребенка скорее как разумного индивида, а не только как существо с потребностями, которые должны быть удовлетворены. MM предполагает сензитивную настройку к внутренним состояниям ребенка и принятие намеренной позиции (установки) по отношению к нему, в которой учитывается наличие у него разума. MM относится к тенденции близких взрослых принимать намеренную позицию при их взаимодействиях и в представлениях о ребенке; при этом акцент сделан на желание или способности взрослого читать поведение ребенка и понимать возможные внутренние состояния, которые могут управлять его поведением.

Авторы стремились к переосмыслению концепции материнской чувствительности, сосредоточив внимание на способности матери точно читать психи-

Репозиторий БрГУ

ческие состояния, определяющие поведение ребенка. Было предложено использовать два показателя ММ: склонность взрослых во время взаимодействия с ребенком (а) правильно комментировать предполагаемые мысли и чувства детей (подходящие комментарии, связанные с разумом) и (б) неправильно истолковывать внутренние состояния детей (ненастроенные комментарии).

В исследовательских целях были определены критерии данных показателей, которые используются для кодирования в процессе наблюдения взаимодействия ребенка и близкого взрослого [434]. К критериям показателя (а) «правильное комментирование предполагаемых мыслей и чувств детей (подходящие комментарии, связанные с разумом)» относятся: взрослый правильно считывает текущее внутреннее состояние ребенка, его комментарий связывает текущую деятельность с аналогичными событиями в прошлом или будущем. К критериям показателя (б) «неправильное истолкование внутренних состояний ребенка (не настроенные комментарии, связанные с разумом)» относятся: взрослый неправильно считывает текущее внутреннее состояние ребенка, комментарий взрослого относится к прошлому или будущему событию, которое не связано с текущей активностью, приписывание взрослым ребенку собственных внутренних состояний.

В ряде исследований показано, что оба показателя предсказывают независимо друг от друга различные вариации безопасной привязанности ребенка и взрослого, но совместно они способны предсказывать как безопасную, так и разные типы небезопасной привязанности. Так, более высокие оценки первого показателя (подходящие комментарии) связаны с отношениями безопасной привязанности в возрасте 12 месяцев. Высокие оценки показателя (а) и низкие оценки показателя (б) независимо друг от друга предсказывают дезорганизованную привязанность. Таким образом, подходящие и ненастроенные комментарии, связанные с разумом, вносят независимый вклад в установление отношений привязанности.

Показатель понимания разумности (ММ) рассматривается как важный компонент качества материнского воспитания, которое оказывает влияние на развитие у детей исполнительных функций, или произвольного поведения. В лонгитюдном исследовании [316] доказано влияние качества материнского воспитания на первом году жизни на последующее развитие исполнительных функций (рабочая память, тормозящий контроль и задержка непосредственного поведения) у детей в возрасте 3 года, причем на развитие исполнительной функции оказывает влияние понимание разумности (ММ) и поощрение автономии, но не материнская чувствительность.

Идея о том, что близкие взрослые выполняют в отношении ребенка различные функции, а не только функции обеспечения безопасной привязанности, была обоснована в работе К. Гроссман [358], посвященной анализу игры детей раннего возраста с родителями. Еще Дж. Боулби высказал предположение о том, что программы совместной активности в диаде «ребенок–родитель» функционируют раздельно, и это предположение подтвердилось в указанном исследовании. Оказалось, что одни родители хорошо функционируют только в некоторых ро-

Репозиторий БГПУ

лях по отношению к ребенку, а другие родители являются и хорошими учителями, и хорошими партнерами по игре, и базой для создания уверенности у ребенка. Поэтому следует раздельно оценивать каждую из ролей, рассматривая качество отношений ребенка с близкими взрослыми. Понятие родительской чувствительности и отзывчивости начало использоваться в расширительном значении: в работах психологов реализуется идея о том, что существуют различные типы родительской отзывчивости (восприимчивости), которые соответствуют разным результатам развития ребенка, то есть разные виды отзывчивости специфичны в отношении этих результатов [160; 445]. Идея о наличии множественных компетентностей родителей в разных областях развития ребенка является чрезвычайно полезной в практическом значении, так как она обеспечивает большую уверенность родителей в своих способностях и в возможностях обеспечить полноценное развитие ребенка. Некоторые матери хорошо справляются со стимулированием когнитивного развития ребенка, другие – речевого развития, есть матери, которые умеют совладать с проявлениями трудного темперамента ребенка. Поэтому в исследованиях необходимо различать отдельные области детского развития и стили материнского поведения, которые их стимулируют.

Знаменитое балтиморское исследование М. Эйнсворт [263] оказалось чрезвычайно плодовитым, так как оно породило огромное количество новых исследований, и теория привязанности продолжала развиваться в разных направлениях. Одно из направлений – выявление влияния типа привязанности в раннем детстве на разные аспекты познавательного и эмоционально-личностного развития в последующих возрастах, которое проводилось в форме лонгитюдных исследований [209; 210; 320]. Еще одно направление исследований – выявление специфики привязанности у детей с различными проблемами в развитии, развитие в условиях психофизической и психоэмоциональной депривации, в изменяющихся социокультурных условиях. Ряд исследований посвящены характеристике особенностей привязанности у детей с разными видами нарушений развития[1]. При наличии у ребенка существенной задержки развития вследствие органического процесса может наблюдаться один из видов дезорганизованной привязанности, однако обычно поражение сочетается с другими неблагоприятными условиями развития [179]. Исследования, проведенные на выборках из стран Европы и США [345], показывают, что сложноорганизованные формы привязанности чаще встречаются у детей из групп социального риска.

В последние десятилетия проведен цикл исследований, посвященных пересмотру паттернов привязанности в современной социокультурной ситуации в России, в частности, на примере привязанности у матерей и детей из групп социального риска. В исследовании Н. Л. Плешковой [179] паттерны безопасной привязанности продемонстрировали 6 % исследуемых. Матери детей этой группы отличаются способностью понимать потребности ребенка, отзывчивостью к сигналам ребенка, во взаимодействии с ребенком они проявляют удовольствие и

[1] Характеристика отношений привязанности при наличии у детей разных видов нарушений в развитии приводится в соответствующих главах монографии

Репозиторий БрГУ

радость, способны наилучшим образом утешить ребенка, предоставляют ребенку возможность для активного и безопасного исследования. У 10 % детей наблюдалась избегающая привязанность, у 34 % – амбивалентная привязанность. 50 % детей были отнесены к группе D, которая представляет собой сочетание вариантов A и C. Таким образом, суммарно 50% детей относятся к группе риска в области познавательного и эмоционального развития, так как более половины детей как в младенческом, так и в дошкольном возрасте имели сложноорганизованные паттерны привязанности, которые формируются в условиях значительных ограничений способности матери быть чувствительной к потребностям ребенка. Как подчеркивает Н. Л. Плешкова [181], дети, столкнувшиеся с выраженной нечувствительностью матери в младенческом возрасте и адаптировавшиеся к ней с помощью сложноорганизованных видов привязанности, сохранили этот вид привязанности и в дошкольном возрасте.

Исследование показало также высокую стабильность паттернов привязанности у детей от одного года до четырех лет, что соотносится с данными классических исследований привязанности. Причем такие характеристики, как наличие сиблингов, другого заботящегося взрослого (няни, бабушки), посещение развивающих занятий или игровых групп, а также возраст дошкольников, оказались не связаны с изменением паттерна привязанности от младенческого к дошкольному возрасту.

Таким образом, в исследованиях привязанности у матерей и детей из групп социального риска обнаружены сложно организованные виды привязанности, которые отражают подавление детьми своих потребностей и которые направлены на удовлетворение в первую очередь потребностей взрослого. Такое поведение используется детьми для поддержания взаимодействия со взрослым, а использование крайних видов поведения – для повышения предсказуемости реакций взрослого. Авторы объясняют эти феномены наличием у ребенка стремления к максимальной адаптации к ближайшему социальному окружению, даже если это социальное окружение представляет собой лиц высокого риска, и приводят доказательства адаптивности выработанного сложноорганизованного паттерна отношений привязанности.

Смена паттернов привязанности в современных условиях объясняется существующими характеристиками социального и семейного функционирования, отражения контекста собственно семьи и родительства. Для современных родителей характерны нерешенные внутренние и межличностные конфликты, что влияет на их способность быть сензитивным к собственным потребностям и потребностям ребенка. Если окружающие ребенка люди проявляют нечувствительность и непредсказуемость, ребенок вынужден самостоятельно искать способы адаптации к близкому человеку, чтобы повысить степень предсказуемости родительских реакций. Если мать крайне непредсказуема, то дети демонстрируют постоянную сердитость и пассивность – в этих случаях материнские реакции становятся более понятными ребенку. Повышенная поглощенность матери своими потребностями вызывает у ребенка сильные чувства гнева и тревоги в связи с тем, что его потребности остаются фрустрированными. При смене фигуры

Репозиторий БрГУ

привязанности (например, мать вышла на работу) у ребенка может наблюдаться дезорганизованный тип привязанности как по отношению и к матери, так и к новому взрослому. Когда ребенок приспособится к новым отношениям, он снова сформирует определенную стратегию привязанности. Таким образом, формируя различные стратегии привязанности, ребенок адаптируется к ближайшему социальному окружению в сложившихся условиях.

Поведение привязанности и его изменения на протяжении последних десятилетий в современной России стали предметом исследования М. К. Бардышевской [16], которая подчеркивает, что такое поведение эволюционирует особенно интенсивно в периоды социальных сдвигов, образования новых социальных классов (групп) и усиливающегося социального расслоения. «Эволюция привязанности, являясь ядром человеческих отношений, происходит в различных социальных слоях, отражая заострившуюся специфику данного социального слоя. По тому, как выстраиваются первые эмоциональные связи между матерью и ребенком, можно судить о правилах “человеческого общежития”, принятых в обществе» [16, с. 49].

В семьях, относящихся к среднему классу, обладающих крайне низкими психологическими ресурсами для воспитания ребенка, выявлены две тенденции отношения к детям и установления с ними привязанности. Первая тенденция состоит в передаче детей, не имеющих генетических или выраженных органических расстройств, в психиатрические больницы из-за трудностей поведения и воспитания. Вторая тенденция – рождение ребенка как случайное событие в жизни матери, которая продолжает вести привычный образ жизни, реализуя профессиональные и социальные устремления. В этих случаях создается разветвленная сеть привязанностей с несколькими взрослыми (няни, отцы, бабушки) с узкой специализацией разных взрослых («множественные привязанности»).

В обеих группах в течение первых лет жизни ребенка индивидуальная привязанность как матери, так и ребенка неустойчивая, хрупкая, фрагментированная. Нарушения привязанности у всех детей с самого раннего детства сопровождались выраженным психосоматическим неблагополучием, так как некоторые паттерны привязанности у ребенка заменяются психосоматическими симптомами, расстройствами влечений, которые используются ребенком для привлечения внимания матери, реакциями протеста (в качестве наказания близких за отвержение). В поведении привязанности избирательно усиливаются паттерны поиска материнского или отцовского внимания (зов, цепляние, беспокойное поведение с выходом за территорию в детском саду, ночные страхи). Приблизительно к пятилетнему возрасту ребенок превращается в аффективно ненасыщаемое существо. В дальнейшем наряду с психосоматической патологией у детей возникают и усиливаются нарушения разных видов поведения (невербальной коммуникации, игры, исследовательскогоповедения, агрессии), временные эмоциональные расстройства (страхи, депрессия), парциальные задержки или неравномерности развития.

Компенсация нарушенного материнского поведения происходит в виде рационального решения проблем ребенка. Запуску собственно материнского по-

Репозиторий БрГУ

ведения (любви, жалости к ребенку, стремления защитить его, заботиться о нем) способствуют такие особенности ребенка, как достижение ребенком определенной самостоятельности и стадии развития активной речи, разовое острое переживание матерью страха утраты ребенка; идентификация с реальными или воображаемыми страданиями ребенка. Инфантильные проявления, регрессивное поведение, психосоматические симптомы или нарушения влечений у ребенка, напротив, тормозят проявления заботы у матери.

М. К. Бардышевская делает обоснованный вывод о том, что в современном обществе создаются условия для задержки проявления инстинктивных форм поведения в первую очередь матери, так как пропаганда услуг и устройств, «протезирующих» близкую эмоциональную связь между ребенком и матерью, создает иллюзию, что обладание материальными благами может полностью компенсировать недостаточность собственно материнского поведения. Женщины стремятся к удовлетворению собственных потребностей, социальных и карьерных устремлений, отодвигая потребность в материнстве и взаимодействии с ребенком на второй план.

Теория привязанности явилась основой для разработки программ вмешательства (психотерапии и консультирования), которые немецкий психотерапевт К.-Х. Бриш [35; 36; 296] назвал биндунг-психотерапией (нем. *die Bindung* ‘связь, привязанность’). Эти программы предназначены для взрослых людей, переживших опыт небезопасной привязанности с детстве, и этот опыт они транслируют на отношения со своими маленькими детьми. Вскрыть механизм трудных отношений родителей и детей, ориентируясь на детский опыт молодых родителей, и перестроить их отношения с ребенком – основная задача терапевта. Предлагаются также профилактические программы, предназначенные для молодых людей, которые планируют становиться родителями.

Теория отделения/индивидуации Маргарет Малер. Развитие самостоятельности ребенка в раннем возрасте изучала М. Малер [140], которая рассматривала период развития ребенка от 5 до 30 месяцев сквозь призму двух переплетенных процессов – *отделения* и *индивидуации*. Отделение – это процесс, в ходе которого у ребенка формируется представление о себе как отдельном от матери, а индивидуация означает осознание ребенком своих возможностей в ходе активного исследования окружающего мира.

М. Малер одной из первых начала исследовать наблюдаемое в естественных условиях поведение детей младенческого и раннего возраста при установлении их отношений с матерью. Главным результатом данных исследований явилось создание М. Малер концепции развития ребенка от рождения до 30 месяцев, который проходит 7 нормативных фаз развития.

- Нормальная аутистическая фаза (от рождения до 1 мес.): в этот период ребенок сфокусирован на своем внутреннем состоянии и абсолютно не осознает присутствия матери.

- Нормальная симбиотическая фаза (1–5 мес.): ребенок больше реагирует на внешние стимулы, но при этом ощущает себя и мать как единое целое. Для симбиотического состояния ребенка характерно ощущение всемогущества,

Репозиторий БрГУ

ощущение, что весь мир находится в совершенной гармонии с его желаниями. Мать поддерживает это чувство, эмпатически угадывая нужды ребенка. Положительный характер прохождения данной фазы способствует формированию у ребенка чувства безопасности («якоря безопасности») по отношению к окружающему миру.

- Фаза отделения – индивидуации (5–30 мес.): отделение предполагает увеличение физической дистанции между матерью и ребенком. Индивидуация – это вовлечение ребенка в исследование окружающего мира и развитие осознания собственных возможностей. Данная фаза включает в себя несколько периодов:

а) Дифференциация (5–9 мес.): ребенок начинает тактильно и визуально исследовать окружающие предметы и других людей. Он перестает быть слитым с матерью в своих ощущениях. В возрасте около 7 мес. ребенок начинает испытывать тревогу при виде незнакомых людей. Также он проявляет тревогу при разлуке с матерью.

б) Ранняя практическая фаза (9–12 мес.): в этот период ребенок научается самостоятельно передвигаться в пространстве, что позволяет ему более активно исследовать окружающий мир. Однако во время своих исследований ребенок периодически оглядывается на мать или приближается к ней, то есть использует мать как «базу безопасности». В этот период для ребенка очень важно стабильное присутствие и доступность матери.

в) Собственно практическая фаза (12–15 мес.): данный период характеризуется сильной увлеченностью ребенка исследованием окружающего мира; ребенок ведет себя так, как будто весь мир создан для его исследований.

г) Возобновление отношений (15–24 мес.): ребенок начинает остро осознавать присутствие в его жизни матери и свою потребность в ней. К ребенку приходит понимание того, что он беспомощное и отдельное от других существо. Однако в то же время у него присутствует стремление к автономии. Таким образом, данный период характеризуется противоречивостью внутреннего состояния и поведения ребенка, отражающей борьбу двух потребностей: стремление ребенка к автономии и к материнской заботе.

д) Начало развития эмоционального постоянства объектов (24–30 мес.): у ребенка происходит формирование внутреннего постоянного образа матери, что способствует разрешению противоречия, возникшего на предыдущем этапе. Основными условиями развития данного образа являются понимание ребенком постоянства объектов и наличие базового доверия к миру (выделенного Э. Эриксоном), которое начинает развиваться у ребенка еще в младенчестве.

Теория М. Малер также рассматривает привязанность ребенка и матери, хотя она отличается от классического варианта теории привязанности [209]. Во-первых, в ней выделены этапы становления отношений матери и ребенка, в то время как, по М. Эйнсворт, привязанность возникает сразу как единое качество (по типу импринтинга). Во-вторых, в теории привязанности отношение матери изначально включает в себя предоставление свободы и автономии ребенку на фоне эмоциональной поддержки, что характеризует ее чувствительность к потребностям младенца. Чрезмерная опека и навязчивость интерпретируются как

Репозиторий БрГУ

нечувствительность матери к нуждам и сигналам ребенка. В теории М. Малер слитность (симбиоз) и отделенность (автономность) ребенка разведены во времени: период первичного единства матери и ребенка сменяется периодом автономного функционирования. В-третьих, в теории М. Малер внутренний образ матери более статичен и в большей степени отделен от Я ребенка.

Теоретические идеи М. Малер, основанные на наблюдениях взаимодействия ребенка и матери в естественных условиях, оказались чрезвычайно плодотворными и востребованными при рассмотрении нарушений сна и питания, а также проблемного поведения в раннем возрасте. Идея М. Малер о драматической борьбе ребенка между привязанностью к матери и своей автономностью лежит в основе понимания различных процессов жизнедеятельности и повседневного поведения детей.

Теория развития ребенка в межличностных отношениях (Д. Стерн). Стремление к контактам с близкими взрослыми Д. Стерн [225] рассматривает как изначальную и врожденную особенность младенца. Становление отношений ребенка с матерью осуществляется поэтапно. На первом этапе посредством сенсорной чувствительности младенец выделяет себя и другого человека, благодаря чему у него возникает чувство себя и своего тела. На втором этапе, который продолжается от 2 до 9 месяцев, у ребенка складывается чувство «внутреннего себя» или «сердцевины Я», которое включает другого, относящегося к нему человека (Я – это то, кого обнимают, на кого смотрят). На третьем этапе – от 9 месяцев до 1,5 лет – возникает чувство своей субъективности, которая существует в пространстве межсубъектных отношений. Возникают совместные действия, обмен впечатлениями, общение и пр. Четвертый этап знаменуется становлением речи, которая открывает новые возможности для понимания себя и других. Возникает чувство «вербального Я» и вербальных отношений с людьми.

Как можно видеть, Д. Стерн рассматривает становление образа себя в тесной связи с отношениями с окружающими, называя картину мира ребенка «межличностным миром». Автор рассматривает межличностные отношения достаточно широко, и он сводит их не только к отношениям привязанности, в социальные отношения он включает игру и совместную предметную деятельность. Вместе с тем он подчеркивает, что основой привязанности является не содержание взаимодействия, а эмоционально-личностное отношение взрослого – ребенок испытывает привязанность не к тому взрослому, который играет с ним и учит его, а к тому, который его любит.

Теории социального научения. В соответствии с теорией социального научения как одного из направлений бихевиоризма (А. Бандура, Н. Миллер, Дж. Доллард, Р. Сирс), движущей силой развития ребенка являются биологические драйвы. Фактор, удовлетворяющий биологические потребности ребенка, то есть уменьшающий драйв, был назван первичным подкрепителем. Через связь с первичным подкрепителем присутствующие при уменьшении драйва люди становятся вторичными подкрепителями. Мать ребенка, как постоянный источник пищи и комфорта, является важным вторичным подкрепителем. Вследствие этого ребенок проявляет широкую зависимость от нее, и сила зависимости ребенка

Репозиторий БрГУ

определяется тем, насколько награждающей является мать, то есть насколько часто она ассоциировалась с удовольствием и уменьшением дискомфорта.

В исследованиях Т. Б. Бразелтона [292] и Б. Крамера (излагается по [156]) было показано, что для родителей ответы младенцев тоже служат подкрепителями. Родители рассматривают сигналы младенца как ответы на собственное поведение, и они начинают проявлять тревогу, если ответы младенца на поведение негативны или отсутствуют. В случае, когда мать перегружает ребенка стимулами, происходит уменьшение его ответов. Это свидетельствует о нечувствительности матери к сигналам ребенка. Вторым примером нечувствительности матери, которая также приводит к нарушению эмоционального диалога между матерью и младенцем, является отсутствие мимических реакций матери, когда ребенок старается с нею заговорить. Спустя некоторое время ребенок сам начинает уклоняться от соприкосновений взглядами.

Ребенок постепенно адаптирует свое поведение таким образом, чтобы вызывать постоянное внимание к себе со стороны матери, на что обращает внимание Р. Сирс [39]. По его мнению, зависимость ребенка от матери является центральным компонентом научения. Вместе с появлением зависимости в возрасте от 4 до 12 мес. устанавливается диадическая система «мать – ребенок». И мать, и ребенок имеют свой репертуар значимых действий, которые служат им для того, чтобы стимулировать ответы, соответствующие собственным ожиданиям.

В возрасте ребенка после полутора лет перед матерью встает задача воспитать у него желание усвоить социальные формы поведения. Ребенок начинает осознавать, что его личное благополучие зависит от готовности вести себя так, как этого ожидают другие. Когда ребенок становится старше, мать рассматривает эмоциональную зависимость как поведение, которое надо изменить, и обычно это совпадает с рождением нового ребенка или выходом на работу. Зависимость в отношениях с матерью у ребенка модифицируется: знаки любви, внимания становятся менее требовательными, более тонкими и согласуются с возможностями поведения взрослого. В жизнь ребенка входят другие люди. Постепенно он начинает понимать, что нет ничего, что может быть его единоличной монополией. Теперь он должен конкурировать с другими людьми ради достижения своих целей, а также конкурировать за внимание своей матери.

На третьем году жизни у ребенка появляется идентификация с родителями. Это связано с эмоциональной зависимостью ребенка от матери, которая до конца не преодолевается в данном возрасте. По мнению Р. Сирса, идентификация проявляется в том, что в отсутствие матери ребенок воспроизводит последовательность действий, характерную для ситуаций, когда он находится вместе с матерью. Таким образом, подобное зависимое поведение ребенка снижает фрустрацию, вызванную отсутствием матери.

Обобщая результаты своих исследований, Р. Сирс выделяет несколько возможных форм зависимого поведения ребенка. «Поиск негативного внимания» – это привлечение внимания с помощью ссор, неповиновения или оппозиционного поведения (сопротивление указаниям и требованиям путем игнорирования, отказа или противоположного поведения). Эта форма зависимости – пря-

Репозиторий БрГУ

мое следствие низких требований и недостаточных ограничений по отношению к ребенку со стороны матери и сильного участия в воспитании отца. «Поиск постоянного подтверждения» – извинения, просьбы излишних обещаний или поиск защиты, комфорта, утешения, помощи или руководства. Эта форма зависимого поведения прямо связана с высокими требованиями достижений со стороны обоих родителей. «Поиск позитивного внимания» – поиск похвалы, желание включиться в группу благодаря привлекательности совместной активности или, наоборот, стремление выйти из группы, прервать эту активность. Эта форма поведения коррелирует с недостаточным воспитанием со стороны матери, ее нетерпимой позицией к агрессивному поведению ребенка, когда сохраняется высокий уровень контроля со стороны матери и только видимость воспитательного участия со стороны отца. «Прикосновение и удерживание» – неагрессивное прикосновение, стремление к удерживанию и объятиям. «Быть возле» – постоянное присутствие ребенка или группы детей (взрослых).

Успех в воспитании ребенка, подчеркивает Р. Сирс, зависит от умения родителей найти средний путь, который приведет к не слишком сильной и не слишком слабой зависимости и идентификации. Среди факторов, обусловливающих характер влияния матери на развитие ребенка, Р. Сирс выделяет представления матери о воспитании детей, способность любить, регулировать разрешения и запреты в отношении ребенка, особенности самооценки матери, характер ее отношений с отцом ребенка, степень удовлетворенности жизнью, социальный статус матери и др.

Роль подражания в развитии социального поведения ребенка была предметом специального рассмотрения в теории социального научения Альберта Бандуры [78]. Он считает, что индивиды играют активную роль в определении своих реакций на среду, поэтому теория научения должна рассматривать внутренние когнитивные переменные. К когнитивным переменным он относил внутренние представления, понимание возможных последствий поведения, ожидания относительно результатов собственного поведения. В процессе научения человек использует различные модели, и к числу наиболее значимых относятся близкие ребенку взрослые. Для обучения поведению посредством наблюдения необходимо участие следующих компонентов: 1) процессы, связанные с вниманием; 2) процессы удержания в памяти; 3) процессы воспроизведения движений; 4) подкрепление и мотивация. Чтобы успешно подражать поведению близкого взрослого, у ребенка должна быть мотивация, то есть желание подражать; желание подкрепляется положительным результатом, то есть возможностью использовать новые образцы поведения на практике. Данная теория важна для понимания того, как ребенок использует подражание матери в обучении определенным типам поведения, в том числе во взаимодействии с ней.

Бихевиористский подход к анализу взаимодействия матери и ребенка раннего возраста реализован в исследовании М. Хакман с соавт. [366]: изучалось влияние вербальной инструкции матери (ее размера в словах и частота использования), частоты похвалы (низкая или высокая), а также типа задачи (поощрение к действию или запрещение) на послушание/покладистость ребенка. Послу-

Репозиторий БрГУ

шание ребенка понималось как соответствие поведения ребенка инструкции матери. Во время эксперимента ребенок играл самостоятельно, а мать занималась заполнением опросников. Оказалось, что уровень послушания возрастает при уменьшении многословия матери и при увеличении количества похвал. Послушание оказалось выше в задаче на запрещение (не трогай …, не иди туда…), и это можно объяснить тем, что играющий самостоятельно ребенок непослушанием привлекает внимание матери к себе и своей игре. Главный результат исследования относится к проблемному поведению ребенка: установлено, что многословие матери связано с увеличением числа случаев проблемного поведения ребенка даже в тех случаях, когда ранее таковое у ребенка не наблюдалось. То есть ребенок отвечает проблемным поведением на многословие матери. Особенно высокий уровень многословия матери способен подкрепить проблемное поведение ребенка в дальнейшем.

Транзакционная модель А. Самерофф [498] делает акцент на взаимодействии человека и его окружения в процессе развития. На развитие каждого процесса у индивида влияет его взаимодействие с контекстом, или с социальным окружением. Согласно данной модели, результаты развития не являются ни функцией индивида самого по себе, ни функцией окружающей среды самой по себе. Развитие ребенка – это продукт постоянных динамических интеракций и опыта, который обеспечивается его семьей и социальным окружением. Краткая формула, объясняющая процесс развития: дети влияют на свое окружение, и окружение влияет на детей.

В транзакционной модели утверждается, что раннему общению, социальному и когнитивному развитию ребенка способствуют двунаправленные, взаимные воздействия между детьми и окружающей средой. Например, появление у маленького ребенка преднамеренного общения в возрасте около 9 месяцев может вызвать изменения и в социальной среде в виде усиления лингвистического контекста со стороны близких взрослых. Эти изменения поддерживают дальнейшее развитие ребенка, например увеличение словарного запаса, следовательно и дальнейшие изменения со стороны близких взрослых, которые начинают осуществлять более сложные речевые взаимодействия с ребенком. Таким образом, и ребенок, и окружающая среда изменяются со временем и взаимно влияют друг на друга, так как ранние достижения открывают путь для последующего развития [552].

В первые годы жизни относительно ограниченный репертуар поведения детей позволяет изменениям в их поведении быть более заметными и легко восприниматься близкими взрослыми. Это, в свою очередь, может позволить взрослым более конкретно реагировать на развивающиеся интересы и навыки ребенка, чем это возможно в процессе развития в последующем, после того как поведенческий репертуар ребенка стал гораздо более разнообразным и сложным. Например, родитель относительно легко может отмечать случаи появления новых слов у ребенка в возрасте 2 года, что едва ли возможно, когда ребенку исполнится 4 года.

Репозиторий БрГУ

Одно из ключевых положений транзакционной модели А. Самерофф [498] касается атрибуций взрослых, относящихся к ребенку. Под атрибуциями понимается образ ребенка, восприятие взрослыми его качеств и свойств, а также убеждения взрослых. Атрибуции взрослых оказывают существенное влияние на поведение взрослых по отношению к ребенку.

Воспринимая ребенка, родители приписывают ему определенные качества и свойства, создавая тем самым своего рода ярлык, и далее они склоны следовать этому ярлыку, который они наклеили на ребенка, поэтому восприятие ребенка становится стереотипным. Взрослые подкрепляют то поведение ребенка, которое этому ярлыку соответствует, и стараются ограничить поведение, буквально изъять его, если оно этому ярлыку не соответствует. То есть, если родительские убеждения о ребенке получают позитивную обратную связь, это вызывает определенное поведение ребенка и, в свою очередь поддерживает убеждения родителей [299]. Эти выводы сделаны исследователями на основе изучения отношений родителей к детям разного пола, к детям с разным темпераментом, к детям, родившимся в срок и преждевременно рожденным, к детям из пары однояйцевых близнецов.

Одно из самых доказательных исследований проведено на примере близнецовых пар, к каждому из которых мать устанавливает различное отношение [440]. С самого рождения близнецов мать предпочитает одного из детей, причем такое предпочтение сохраняется вплоть до 4 лет. Одни матери предпочитают более сильного и здорового ребенка, а другие матери – более слабого ребенка, но с сильным стремлением к жизни. Но независимо от того, какие характеристики ребенка являются триггерами материнского поведения предпочтения, предпочитаемый близнец из двойни имеет более высокие оценки по шкале Бэйли в возрасте 12 месяцев, по шкале Стэнфорд – Бине в 4 года, а также испытывает меньше поведенческих проблем в этом возрасте.

В исследовании с близнецами продемонстрирована транзакционная природа социализации ребенка через исследование степени влияния материнской атрибуции на проявления разной чувствительности матери к ребенку, которая в дальнейшем влияет на достижения ребенка, при том что изначальные предпочтения матери относительно детей только укрепляются.

В исследовании К. Асахара с соавт. [270], выполненном в рамках транзакционной модели А. Самерофф, верифицирована гипотеза о взаимосвязи темперамента ребенка раннего возраста (от полутора до трех лет) и характеристик окружения, в котором он воспитывается. К среде воспитания авторы относят и материнскую атрибуцию, или восприятие матерью ребенка и его темперамента. Оказалось, что темперамент маленького ребенка влияет на его материнское восприятие, которое в свою очередь влияет на среду воспитания и развития ребенка. Таким образом обнаружена тенденция соответствия темперамента ребенка материнскому восприятию того, насколько легко или трудно управлять ребенком.

Теория интуитивной родительской компетентности (Х. Папушек, М. Папушек) исходит как из положений детского психоанализа, так и из интеракционистского подхода. Для определения оснований родительской чувстви-

Репозиторий БрГУ

тельности по отношению к ребенку Х. Папушек и М. Папушек [173; 460; 461] ввели понятие «интуитивная родительская дидактика», под которой подразумевается биологически обусловленная способность взрослых регулировать свое поведение во взаимодействии с ребенком в соответствии с его актуальным физическим состоянием и посылаемыми им сигналами. Эти формы поведения родителей необходимы для овладения детьми ранними мыслительными способностями и вокализацией. Такие биологически обусловленные предпосылки поведения родителей принципиально отличаются от рациональных форм родительского поведения. Дидактические способности, или интуитивная родительская компетентность, отличаются следующими признаками: они достаточно универсальны, не зависят от пола, возраста и культурного происхождения взрослых; они имеют очень маленький латентный период появления, максимально предсказуемы; поддаются минимальному социальному контролю; возникают непроизвольно, слабо передаются через специальное обучение; проявляются в ответ на сигналы младенцев: на улыбку, на детскую схему лица и тела.

Структура интуитивного родительского поведения включает специфическое использование зрительного контакта, лицевой мимики, артикуляции, определение степени бодрствования младенца, соответствие ожиданиям ребенка на уровне действий, применение особой детской речи, бессознательное использование интонации для сообщения эмоционального состояния и когнитивной информации, постоянное повторение родителями звуков на октаву выше и мимики ребенка, а также своих обращений, распахивание глаз и раскрывание рук, повторение своих команд, тонкая настройка на сигналы обратной связи, зависимость от эмоционального состояния младенца, его готовности к взаимодействию, приспособление к компетентности и ограниченности младенца в связи с уровнем его развития, индивидуальными предпочтениями, самочувствием, настроением, отзеркаливание реакций ребенка. Эмоционально окрашенные мимические выражения родителей служат подтверждением желательных форм поведения ребенка и отвержением нежелательных форм.

Нарушения диадного взаимодействия в результате различных факторов риска (недоношенность ребенка, заболевания и нарушения в развитии ребенка, перестимуляция или недостаточная стимуляция со стороны матери) затрудняют достижение взаимно согласованного уровня стимуляции и оптимального уровня возбуждения, что приводит к различным психологическим проблемам ребенка.

К числу таких проблем относятся неукротимый плач, повышенная возбудимость, чрезмерная пассивность, повышенная тревожность, отказ от еды, нарушения сна, не обусловленные органическими причинами. По мнению данных авторов, одним из основных факторов, способствующих возникновению проблем ребенка, являются нарушения «интуитивной родительской компетенции», что не позволяет родителю эффективно, то есть с учетом возрастных возможностей и потребностей младенца, взаимодействовать с ним.

Нарушение интуитивного родительского поведения может возникнуть вследствие неразрешенных психосоциальных проблем и конфликтов в партнерстве, невротических страхов, связанных с ребенком, из-за переутомления или

Репозиторий БрГУ

психических заболеваний родителей. Особое значение имеет также наличие неблагоприятного опыта собственных детских переживаний родителей. В подобных случаях они могут быть настолько заняты разрешением своих проблем, что с трудом воспринимают или вообще игнорируют сигналы, исходящие от ребенка, пренебрегают его потребностями и избегают игрового контакта. Другая форма нарушения проявляется в том, что взрослые, наоборот, чрезмерно предупредительны в своих проявлениях или слишком стимулируют ребенка, вплоть до того, что он перестает понимать родительские сигналы, переносит их с трудом и в конце концов отвергает вообще. Отказ от общения со стороны ребенка может возникнуть и в том случае, когда женщина не ощущает себя матерью и отвергает младенца.

Нарушения интуитивного родительского поведения проявляются наиболее сильно, когда ребенок принадлежит к категории «трудных детей». Даже легкие изменения координации, гипотония, пониженный порог возбудимости и сходные с ними симптомы неспецифических нарушений у ребенка приводят к тому, что сигналы, идущие от ребенка, трудны в распознавании и интерпретации родителями, а сам младенец бывает слишком пассивен, если взрослый не привлекает его внимания. Такие дети могут избегать социальных контактов или реагировать на них возбуждением и усилением крика. В подобных случаях «трудное» поведение ребенка вызывает у родителей ощущение, что к их родительской компетенции предъявляются чрезмерные требования. Это часто приводит к возникновению синдрома родительского отказа, характеризующегося бессилием и чувством вины. В этом случае общение приобретает постоянное декомпенсирующее влияние на ребенка. Опасность такого положения состоит в том, что в наиболее грубых случаях коммуникативные нарушения усиливаются, фиксируются и приводят к небрежному и жестокому обращению с детьми.

Теоретические положения относительно интуитивной родительской компетентности реализуются в прикладных исследованиях нарушений поведения, нарушений сна и питания в раннем возрасте, что подробнее описано в соответствующих главах монографии.

Взаимодействие матери и ребенка раннего возраста в культурно-историческом подходе. В культурно-исторической концепции Л. С. Выготского ребенок с самого рождения рассматривается как «максимально социальное существо» [61], однако он полностью зависит от близкого взрослого, так как является беспомощным и неспособным к самостоятельному существованию и удовлетворению своих потребностей.

Таким образом, уже первые отношения ребенка к действительности и к самому себе опосредованы другим человеком, то есть они являются социальными. Роль взрослого в развитии ребенка рассматривалась в теории культурно-исторического развития Л. С. Выготского через понятие социальной ситуации развития. Это понятие Л. С. Выготский использовал в качестве единицы анализа психического развития ребенка на определенном возрастном этапе [61]. Л. С. Выготский определял социальную ситуацию развития как своеобразное специфическое для данного возраста отношение между ребенком и окружающей

Репозиторий БрГУ

его средой, это особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, которое является типичным для каждого возрастного этапа. Социальная ситуация развития понимается как положение ребенка в системе общественных отношений, и оно показывает, что для определения влияния среды на формирование возрастных особенностей ребенка следует учитывать и те изменения, которые уже произошли к данному моменту в самом ребенке. Таким образом, социальная ситуация развития означает специфическую для каждого возраста систему отношений субъекта к социальной действительности, отраженную в его переживаниях и реализуемую им в совместной деятельности с другими людьми. Понятие социальной ситуации развития позволяет рассматривать ребенка как субъекта собственного развития, а не только как объект влияний взрослого. Социальная ситуация развития, оформляясь в начале возрастного этапа, обусловливает образ жизни ребенка конкретного возраста, его «социальное бытие». Это «социальное бытие» развертывается как система совместной деятельности взрослого и ребенка, среди которых особое место занимает ведущая деятельность.

Взаимодействие взрослого и ребенка, в первую очередь в ситуации обучения, анализируются Л. С. Выготским через призму понятия зоны ближайшего развития, которое он определял следующим образом: «Условимся называть… уровнем актуального развития ребенка тот уровень, которого ребенок достиг в ходе своего развития и который определяется с помощью задач, решаемых ребенком самостоятельно… Зона ближайшего развития ребенка – это расстояние между уровнем его актуального развития, определяемым с помощью задач, решаемых самостоятельно, и уровнем возможного развития, определяемым с помощью задач, решаемых под руководством взрослого и в сотрудничестве с более умелыми сотоварищами» [63, с. 399–400]. «Область несозревших, но созревающих процессов и составляет зону ближайшего развития ребенка» [61, с. 264].

Л. С. Выготский обозначил способы помощи взрослого ребенку в зоне ближайшего развития. Эти способы используются в случаях несамостоятельного решения ребенком различных задач. К ним он относил руководящие указания и сотрудничество посредством использования наводящих вопросов как косвенного наведения на правильный способ действия, объяснение ребенку принципа решения задачи, ее расчленение на части, причем задача должна находиться за пределами актуального умственного возраста ребенка.

Зона ближайшего развития конкретизируется в понятии обучаемости, с помощью которого можно оценить возможности ребенка в освоении умений и навыков, то есть уровень его актуального развития. Понятие скаффолдинга обозначает содержание помощи взрослого ребенку. Метафора «скаффолдинг» (в переводе с англ. *scaffolding* ‘строительные леса’) была предложена Дж. Брунером и его коллегами: «Скаффолдинг – процесс, который дает возможность ребенку или новичку решить проблему, выполнить задание или достичь целей, которые находятся за пределами его индивидуальных усилий (возможностей)» [562, с. 90].

Понятия зоны ближайшего развития и скаффолдинга активно используются исследователями для анализа взаимодействия матери и ребенка раннего воз-

Репозиторий БрГУ

раста. М. Папушек использует понятие зоны ближайшего развития для определения содержания интуитивной родительской компетенции в стимулировании игры у детей раннего возраста [462]. В показатели клинического наблюдения за взаимодействием родителей и детей она включает оценку действий родителя в зоне ближайшего развития, его ориентацию на достигнутый ребенком уровень, а также умение предложить новые способы действий с игрушками, не выходя за пределы доступного для ребенка в данный момент. Выход за эти пределы называется автором перестимуляцией и рассматривается как недостаточность родительской компетенции. Эти идеи реализуются также в выполненной под руководством М. Папушек диссертации [404], посвященной роли коммуникации матери и ребенка в развитии у него способности регулировать внимание в игре.

Создание матерью зоны ближайшего развития ребенка раннего возраста можно проследить в их совместной деятельности. В исследовании И. В. Дробышевой [81] изучались особенности совместной деятельности в виде рисования и конструирования. В свободной форме деятельности обнаружены четыре типа взаимодействия. Оптимальный тип взаимодействия характеризуется согласованностью действий матери и ребенка, направленных на создание общего продукта деятельности, инициативностью партнеров по отношению друг к другу, соблюдением принципа диалогичности взаимодействия, положительным эмоциональным фоном взаимодействия.

Сравнение характеристик взаимодействия в двух видах деятельности показало, что взаимодействие матери и ребенка в конструировании является более благоприятным, чем в рисовании, и это выражается в большей связанности действий матери и ребенка, снижении количества отрицательных реакций ребенка, особенно в ситуации обучения. Вероятно, это связано с возможностями конструирования для создания таких условий совместной деятельности, как видимая результативность действий ребенка по созданию продукта деятельности, большие возможности последующего включения полученного продукта в эмоционально привлекательную для ребенка игровую ситуацию.

Для взаимодействия матери и ребенка в ситуации обучения, по сравнению со свободной формой деятельности, характерно уменьшение интереса ребенка к содержанию совместной деятельности, снижение активности по отношению к матери, увеличении сопротивления ребенка. Можно предположить, что подобные изменения в поведении ребенка являются реакцией на смену матерью позиции во взаимодействии в связи с принятием цели обучения ребенка. Изменение позиции матери главным образом выражается в использовании ею конкретных способов обучения ребенка (показ образца, совместные действия, побуждение ребенка к самостоятельному воспроизведению образца), в увеличении количества прямых указаний и уменьшении вопросов и предложений по содержанию деятельности, хотя последние в большей степени способствуют созданию и поддержанию интереса ребенка к совместной деятельности.

В дальнейших исследованиях И. В. Дробышевой (Шматковой) [252] выявлены те характеристики поведения матери в ситуации взаимодействия, которые могут приводить к нарушениям эмоционального благополучия ее ребенка. Ока-

Репозиторий БрГУ

залось, что матери, имеющие детей с высоким уровнем эмоционального благополучия, значительно чаще, чем матери из других групп, проявляют в совместной с ребенком деятельности такие качества, как чувствительность к потребностям и инициативным обращениям ребенка, поддержание инициативы ребенка. Эти материнские качества связаны с уровнем эмоционального благополучия ребенка раннего возраста.

Результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод о том, что существуют характеристики взаимодействия взрослого с ребенком, которые оказывают содействие или же затрудняют создание зоны ближайшего развития, что сказывается позитивно либо негативно на характеристиках развития детей и их эмоциональном благополучии.

Продолжая теоретическую линию Л. С. Выготского, М. И. Лисина [136] разработала концепцию развития общения ребенка со взрослым. Потребность в общении ребенка со взрослым формируется в начале первого года жизни. Предпосылкой ее возникновения является врожденная потребность во впечатлениях, условием – отношение близкого взрослого к ребенку как к личности. На протяжении первых семи лет жизни характер потребности ребенка в общении изменяется, что выражается в выдвижении на первый план одного из трех видов мотивов общения (личностные, деловые, познавательные) и изменении используемых ребенком средств общения (экспрессивно-мимические, предметно-действенные, речевые средства).

В младенчестве и раннем возрасте последовательно сменяются несколько форм общения ребенка и взрослого: ситуативно-личностная и ситуативно-деловая формы общения. Смена форм общения обозначает, что ребенок постепенно открывает во взрослом все новые качества и использует эти качества для получения желаемого (внимания, интереса к себе, информации, способов действий с предметами. В ходе ситуативно-личностного общения ребенок стремится получить от взрослого любовь, ласку, доброжелательное внимание. Удовлетворение взрослым данной потребности ребенка приводит к постепенному выделению ребенком себя как отдельного существа, не слитого с окружающим миром, формированию у ребенка эмоционально-ценностного отношения к себе, развитию привязанности к близкому взрослому, базового доверия к миру. В рамках ситуативно-личностного общения развивается восприятие ребенка и происходит подготовка к овладению хватанием. Основными средствами общения являются экспрессивно-мимические (обмен взглядами, улыбками; вскрики, гуление ребенка и ласковый разговор взрослого, из которого младенец улавливает только то, что ему нужно: внимание и доброжелательность).

Ситуативно-деловое общение связано с потребностью ребенка в сотрудничестве со взрослым по поводу действий с предметами. Эта форма общения отличается от предыдущей тем, что взрослый нужен и интересен ребенку не сам по себе, не своим вниманием и доброжелательным отношением, а тем, что у него есть разные предметы и он умеет что-то с ними делать. «Деловые» качества взрослого и, следовательно, деловые мотивы общения выходят на первый план. Данная форма общения обслуживает совместную со взрослым предметную дея-

Репозиторий БрГУ

тельность. Взрослый выступает для ребенка как помощник, образец действий с предметами, как ценитель достижений ребенка. В ходе ситуативно-делового общения у ребенка развиваются предметные действия и речь. В данном общении ребенок пользуется в основном предметно-действенными средствами.

В исследованиях, проведенных под руководством М. И. Лисиной, было экспериментально доказано положительное влияние общения взрослого с ребенком с учетом характера его потребности в общении на различные стороны развития ребенка.

С момента рождения ребенок лишь физически отделяется от матери, до конца младенчества он остается тесно связан с ней биологически, а до конца раннего возраста ребенок связан с матерью психологически. В первые месяцы жизни ребенок воспринимает окружающий мир и себя, передвигается в пространстве, удовлетворяет свои потребности только в непосредственной общности с близкими взрослыми. Связанное с этим первоначальное переживание ребенком слитности себя и другого предшествует возникновению сознания собственной личности, то есть осознанию своего Я.

Качество общения матери и ребенка в первые полгода жизни имеет большое значение для его дальнейшего развития. Эмоциональное поведение близкого взрослого играет ключевую роль в коммуникативно-познавательном и речевом развитии ребенка [52]. В этот период у ребенка закладываются первые фундаментальные основания личности – выделенность самого себя и начальная форма самосознания [211].

Возникновение у ребенка потребности в сотрудничестве со взрослым возможно при следующих условиях: достаточное удовлетворение более ранней потребности в доброжелательном внимании взрослого, которое достигается на этапе ситуативно-личностного общения. Дефицит ситуативно-личностного общения приводит к тому, что и во втором полугодии ребенок будет стремиться к ласке, вниманию взрослого и избегать предметного взаимодействия. Усвоение предметных действий и формирование потребности в сотрудничестве протекают успешнее, если они происходят в условиях личностного контакта с ребенком на фоне предметной деятельности.

В раннем возрасте ребенок как субъект взаимодействия с матерью приобретает качественно новые характеристики, связанные с развитием сознания и личности. Взрослый становится для ребенка не просто соучастником в совместной деятельности. Он приобретает роль образца для подражания, главного ценителя достижений ребенка, а также источника получения информации об окружающей действительности [75]. Однако помимо этого в общении с матерью значимыми для ребенка остаются потребности в любви, доброжелательном внимании и безопасности, поскольку на протяжении раннего возраста ребенок находится в тесной психологической связи с матерью.

К концу раннего возраста самостоятельность ребенка в практической деятельности значительно возрастает. Под ее влиянием происходит осознание ребенком себя как субъекта своих действий, отдельного от других людей. Психологическое отделение от взрослого и осознание собственных возможностей спо-

Репозиторий БрГУ

собствуют появлению у ребенка нового отношения ко взрослому. Ребенок стремится к такой же независимости и самостоятельности, как у взрослого. Это является главной причиной ярких негативных проявлений ребенка в адрес близких взрослых в период кризиса трех лет [61]. Таким образом, взаимодействие матери и ребенка на ранних этапах жизни является одним из главных условий психического развития ребенка.

Взаимодействие в диаде «мать–ребенок раннего возраста с отклонением в развитии». Особенности взаимодействия в диаде мать–ребенок анализируются как в аспекте материнского отношения и материнского поведения, так и в аспекте организации самого процесса взаимодействия.

К психологическим характеристикам матерей, важным для взаимодействия в диаде «мать – ребенок раннего возраста» О. Л. Борковская [28] относит личностную и ситуативную тревожность, уровень депрессии, тип отношения к воспитанию детей, представления матери о ее отношениях с близкими взрослыми в детстве. При более высоком уровне тревожности и депрессии у матерей уменьшается их способность к отражению сигналов ребенка, повышается раздражительность и стремление вмешиваться в игру детей. При более традиционном отношении к воспитанию у матерей наблюдается увеличение количества отрицательных эмоций и вербализации, а в диаде уменьшаются показатели совместного внимания и активности.

К признакам «недостаточного» материнского отношения, связанным с возникновением различных нарушений в развитии ребенка первых трех лет жизни, детские психиатры Г. В. Скобло и О. Ю. Дубовик [205] относят недостаточное понимание матерью биологических потребностей ребенка и низкое качество их удовлетворения, неадекватное эмоциональное отношение к ребенку, малое количество контактов с ребенком и низкое их качество, низкое качество стимуляции психического развития ребенка. Н. В. Римашевская и Л. Ф. Кремнева [194] используют понятие неправильного материнского поведения, к которому они относят проявление повышенной тревожности за соматическое здоровье ребенка, эгоцентричность, эмоциональную нечувствительность. Неправильное материнское поведение они рассматривают как формообразующий фактор психического онтогенеза, вступающий в интерференцию с конституциональными эндогенными диатезами: неправильное материнское поведение может усиливать их проявления, вызывать невротические и личностные расстройства у детей. Правильное материнское поведение не является прерогативой только психически здоровых женщин, однако наличие психического заболевания или личностных расстройств у женщины, низкий культурный уровень в сочетании с предрассудками и заблуждениями, некомпетентность и ригидность матери в вопросах воспитания, нежелательность беременности, отсутствие ребенка в числе приоритетных ценностей женщины относятся к факторам риска неправильного материнского поведения.

Процесс воспитания и обучения ребенка с органическим поражением ЦНС строится в семье по традиционной модели воспитания нормально развивающихся детей без учета специфических особенностей и возможностей этих детей. Со-

Репозиторий БрГУ

циальная ситуация развития ребенка характеризуется неадекватными взаимоотношениями близких взрослых с ним, что отрицательно сказывалось на условиях жизнедеятельности проблемного ребенка в семье [182].

Взаимодействие в диаде «мать–ребенок» при наличии в семье ребенка раннего возраста с отклонением в развитии имеет существенные особенности, которые были обнаружены в коррекционно-педагогических исследованиях диад, включающих детей с разными видами отклонений в развитии: дети с синдромом Дауна, незрячие дети, дети с органическими поражениями ЦНС (Ю. А. Разенкова, Е. Б. Айвазян, С. Е. Иневаткина, Г. Ю. Одинокова, Т. П. Кудрина). Общим выводом этих исследований является положение об обусловленности трудностей развития общения детей раннего возраста несоответствием содержания и форм коммуникативного поведения близкого взрослого возможностям и потребностям ребенка [191]. По данным Г. А. Мишиной [151], почти треть матерей (29 %) используют неадекватные уровню развития ребенка формы общения; больше половины родителей (59 %) выбирают игрушки, не соответствующие актуальному уровню развития малыша; у третьей части родителей (37 %) проблемных детей в процессе общения преобладают только речевые средства, сопутствующие директивному стилю воспитания; у некоторых матерей отсутствует чувствительность по отношению к ребенку; 50 % матерей не могут организовать совместную деятельность со своим ребенком.

У большинства матерей, имеющих детей 2–3 лет с резидуально-органическим поражением ЦНС, преобладают неконструктивные способы поведения в трудных ситуациях, а также выраженная тенденция к проявлениям эмоционального неблагополучия, что обусловливает наличие в их поведении таких признаков, как нежелание общаться, агрессивность, отрицательные чувства, тревожность, эмоциональная нестабильность [202]. Родители таких детей неадекватно оценивают особенности психофизического развития их ребенка.

Выявлена зависимость поведения родителей и характера организации ими предметно-игровой деятельности с детьми от уровня развития ребенка: чем более выраженным является отставание в психофизическом развитии ребенка, тем более опекающим и директивным становится поведение матерей. Обнаружено и обратное влияние: матери, которые чаще использовали директивные указаниями в адрес ребенка, характеризовались более высокими показателями родительского стресса [294]. «Проблемное» поведение детей способствует формированию у близких взрослых также нарушенного поведения, которое, в свою очередь, не способствует преодолению вторичных отклонений и формированию адекватных форм взаимодействия с взрослыми.

Таким образом, мать и ребенок находятся в процессе постоянного взаимодействия: ребенок вызывает у женщины специфическое материнское поведение, которое реализуется матерью в отношении ребенка и которое направляется на обеспечение благополучного роста и развития ребенка, его эмоционального благополучия. Истоки материнства имеют биологический характер, и сам факт рождения ребенка «запускает» материнский инстинкт, который обеспечивает нужные формы поведения. Вместе с тем особенности материнского поведения,

Репозиторий БГПУ

которые определяют качество ее отношений с ребенком, во многом имеют социально обусловленный характер и зависят не только от характера матери, но и от культурных стереотипов, принятых в обществе.

Восприятие ребенка матерью и чувствительность к его потребностям и поведению зависит не только от материнских компетенций, но в значительной степени определяется характеристиками ребенка, в том числе симптомами нарушенного поведения, маскирующими реальную картину его развития. Материнская компетентность включает не только умения матери организовать процесс ухода и стимулировать развитие ребенка. Основополагающим признаком материнской компетентности при наличии ребенка с отклонениями в развитии становится умение матери гибко относиться к изменяющимся потребностям детей, разделять свои потребности и потребности детей.

Репозиторий БрГУ

2 КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

2.1 Неврологическая патология

Нервная система ребенка как основа нормального психофизического развития созревает интенсивно с первых недель внутриутробного развития. Она может подвергаться воздействию большого числа вредоносных факторов, результатом чего является ее недоразвитие, поражение или повреждение. В зависимости от периода действия вредности в детской неврологии принято выделять заболевания, или поражения, нервной системы в соответствии с тем периодом внутри- и внеутробного развития ребенка, в котором произошло действие вреного фактора. Число факторов риска пре- и перинатальной патологии нервной системы колеблется от 40 до 100, и к самым главным из них относятся генетические факторы, социально-биологические условия, экстрагенитальные заболевания матери, акушерско-гинекологические факторы риска, осложнения беременности и родов и др.

К пренатальной патологии нервной системы относятся повреждения нервной системы и ее недоразвитие, полученные в периоды эмбриогенеза и раннего фетогенеза – среди них выделяют ранние эмбрио- и фетопатии.

К перинатальным повреждениям нервной системы относятся повреждения, возникшие в перинатальный период, то есть с 28 недель внутриутробного развития до 8-го дня жизни новорожденного, включающий анте- интра- и неонатальный периоды. К интранатальным повреждениям нервной системы относят асфиксию и гипоксию, внутричерепные родовые травмы, краниоспинальные травмы, родовые повреждения спинного мозга, субдуральные, эпидуральные и внутримозговые кровоизлияния (Б. В. Лебедев). Нередко интранатальные повреждения возникают на фоне предшествующего нарушения развития плода.

В ранний постнатальный период у новорожденных встречаются воспалительные заболевания нервной системы, кровоизлияния в головной мозг и гематомы. В восстановительном периоде у новорожденных детей диагностируются разнообразные синдромы как следствие ранних органических поражений нервной системы, в том числе головного мозга: вегетативно-висцеральный синдром, синдром двигательных нарушений, гипертензионный синдром [129; 223].

Наибольшее число случаев поражения нервной системы возникает в перинатальном периоде, поэтому в детской неврологии принято выделять перинатальные поражения нервной системы (ППНС), или перинатальную энцефалопатию [129; 223; 245; 256]. Это «обширная группа состояний, синдромов и заболеваний нервной системы плода и новорожденного, развивающихся вследствие действия повреждающих факторов в перинатальный период» [223, с. 224] По данным, полученным в 2000–2002 годы, частота перинатального поражения нервной системы у детей раннего возраста колеблется от 45 до 80 % (А. А. Баранов, Ю. И. Барашнев, Н. П. Шабалов). Ведущими факторами, приводящими к возникновению перинатального поражения нервной системы, являются антена-

Репозиторий БрГУ

тальная и интранатальная гипоксия (50 % случаев) и внутриутробная инфекция (27 % случаев).

Гипоксически-ишемические поражения головного мозга, или энцефалопатия новорожденных, имеют полиморфную клиническую картину, которая включает синдром угнетения ЦНС, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдром внутричерепной гипертензии, гидроцефальный синдром, судорожный синдром, синдром двигательных расстройств, кома. По данным А. Б. Пальчика и Н. П. Шабалова [171], 36 % детей, перенесших гипоксию в родах, имели в дальнейшем задержку нервно-психического развития или двигательные нарушения различной степени тяжести. Прогноз психомоторного развития детей с перинатальными поражениями головного мозга гипоксического генеза зависит от множества биологических, клинических и социальных факторов.

Динамика и прогноз развития нервной системы ребенка на первом году жизни при перинатальных поражениях, и особенно в первые месяцы жизни, объясняются высокой пластичностью, которая обеспечивает восстановление нарушенных функций и приспособление организма к окружающей среде (Б. В. Лебедев). Перинатальные поражения приводят к разнообразным исходам, от минимальной дезадаптации и легкой задержки нервно-психического развития до тяжелой инвалидности (Ю. И. Барашнев [15]; Н. П. Шабалов [245]): выздоровление (18,2 %), органические расстройства (детский церебральный паралич, умственная отсталость, эписиндром, поражение периферической нервной системы) – 17,5 %, функциональные нарушения (нарушение психологического развития, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, невротические расстройства) – 64,3 %. На основании длительного катамнеза детей с последствиями перинатального поражения нервной системы Л. Г. Хачатрян [238] установлено, что наибольшую частоту и гетерогенность при ППНС имеют нарушения двигательной сферы (68,5 %), которые сопровождаются патологией психоречевого развития (24 %), эмоционально-поведенческой сферы (14 %), симптомами дисфункции вегетативной нервной системы (20 %), парасомниями и инсомниями (38 %) и судорожным синдромом (7 %). Однако специфика раннего возраста состоит в том, что «даже при довольно обширных поражениях головного мозга может не наблюдаться выраженная неврологическая симптоматика и выраженные нарушения психических процессов» [90, с. 123].

Перинатальные церебральные расстройства у детей выделяются Ю. И. Барашневым [15] в две основные группы: минимальная мозговая дисфункция и инвалидность с детства. Сходные данные, полученные на основе анализа случайно выбранных амбулаторных карт детей с ППНС, обратившихся в консультативную поликлинику психоневрологической клиники в 2000 году, приводит И. Л. Брин и соавт. [34]: перинатальные поражения нервной системы имеют два основных исхода: 61 % – минимальная мозговая дисфункция, 39 % – детский церебральный паралич.

Вследствие раннего органического поражения нервной системы гипоксического, травматического, инфекционного, токсического генеза у детей в первые годы жизни возникает *задержка нервно-психического развития* как комплексное

Репозиторий БрГУ

нарушение разных сфер, но с тенденцией к их компенсации [129; 223]. Выделяют тотальную форму задержки нервно-психического развития, при которой созревание моторных и психических функций задерживается равномерно, и парциальную форму, когда на первый план выступает отставание в развитии какой-либо одной функции. Парциальной формой задержки в раннем возрасте считают часто встречающуюся задержку формирования речи, которая рассматривается как индикатор гностических и интегративных функций в более старшем возрасте. Задержка нервно-психического развития может быть легкой, средней и тяжелой степени, когда отставание в приобретении возрастных навыков варьирует от менее одного до более двух возрастных периодов соответственно.

В исследовании Н. С. Сергиенко [201] в течение 2,5 лет проводилось наблюдение 80 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет; все дети имели направляющий диагноз ЗПМР и/или ЗПРР. Установлено, что неврологическими проявлениями раннего психического дизонтогенеза детей являются вегетативно-инстинктивные дисфункции: нарушение постурально-моторного развития на фоне диффузной мышечной гипотонии; зрительно-моторные феномены, нарушения акта жевания при отсутствии бульбарных расстройств, нарушение общей и мелкой моторики (диспраксии). Исходы различались в зависимости от степени тяжести поражения ЦНС. Так, у детей, перенесших перинатальную гипоксию легкой степени, нарушения психомоторного и речевого статуса имели транзиторный характер, с тенденцией к нормализации к трехлетнему возрасту. Нарушения психического развития мультифакторного генеза характеризовались тотальным недоразвитием основных нервно-психических сфер (моторная, сенсорная, эмоциональная, познавательная, социально-коммуникативная) и имели стойкий резидуальный характер, определяя умственное отставание и получение ребенком ивалидности.

Психоневрологическая инвалидность в раннем возрасте рассматривается Н. М. Мироновой [149] как результат преимущественно церебральной патологии перинатального периода (в 87,0 % случаев). По данным автора, в структуре церебральной патологии детей раннего возраста ведущее место занимают ишемически-гипоксические (52,7 %), травматические (28,7 %) и врожденные (21,2 %) поражения центральной нервной системы. В неврологическом статусе детей с перинатальной патологией ЦНС доминирует синдром двигательных нарушений с задержкой редукции безусловных рефлексов (100 %), с ранним формированием патологической постуральной активности (100 %), с отставанием в психомоторном (90,3 %) и речевом (96,2 %) развитии. У 80 % детей синдром двигательных нарушений проявляется расстройствами мышечного тонуса без грубой постуральной активности с равномерной задержкой формирования двигательных навыков и задержкой психомоторного (8,0 %) и речевого (28,0 %) развития.

Степень тяжести перинатального поражения ЦНС имеет прямую корреляционную связь с задержкой моторного, нервно-психического, речевого развития, со спастическим тетрапарезом, спастической диплегией и гидроцефалией. Определены прогностические факторы возникновения перинатальной патологии и связанной с ней психоневрологической инвалидности: алкоголизм и курение ма-

Репозиторий БрГУ

тери, многоводие, предлежание плаценты и ее отслойка, аномалии предлежания плода, тяжелая асфиксия в родах, преждевременные роды, реанимация и интенсивная терапия новорожденного, неонатальная инфекция, медикаментозное лечение во время беременности.

Дети раннего возраста на фоне психоневрологической симптоматики имеют вариативные характеристики психофизического развития: отклонения в речевом, моторно-двигательном, умственном, эмоционально-личностном и социальном развитии, что установлено в работах коррекционно-педагогической направленности. Следствием раннего органического поражения центральной нервной системы является снижение показателей разных сторон психофизического развития по сравнению с нормально развивающимися сверстниками [228].

В исследовании С. А. Синдяк [202] обнаружено, что у большинства детей в возрасте 2–3 лет с резидуально-органическим поражением ЦНС наблюдается высокий уровень отставания в развитии двигательных, перцептивных, интеллектуальных, речевых, коммуникативных функций: 23,2 % детей имеют выраженные нарушения, 55,5 % умеренно-выраженные, и 21,2 % детей имеют незначительные нарушения. Нарушения наблюдаются в области тонкой и грубой моторики, поэтому у детей значительно снижена самостоятельность, они не могут участвовать в играх. Существенное отставание наблюдается в речевой сфере: дети не понимают значения многих слов, у них снижен словарный запас, дети не владеют фразовой речью.

Токсические поражения нервной системы как следствие внутриутробного воздействия наркотических средств (опиоидов) приводят к серьезным отклонениям в нервно-психическом развитии детей. По данным А. А. Черных [242], среди детей этой группы нормальное нервно-психическое развитие имеют 23,2 %, пограничное нервно-психическое развитие – 35,7 %, задержку нервно-психического развития – 41,1 %. Задержка нервно-психического развития детей от матерей, употреблявших опиоиды во время беременности, проявляется в нарушениях речевого развития, социального поведения, адаптации и грубой моторики. Факторами риска задержки нервно-психического развития у детей раннего возраста, внутриутробно перенесших опиоидную интоксикацию, являются присутствие в клинике поражения головного мозга в неонатальном периоде вегетативно-висцерального и гипертензионного синдромов, тяжелое поражение головного мозга по оценке в неонатальном периоде, высокий уровень заболеваемости бронхитом и пневмонией на первом году жизни, дисгармоничное физическое развитие, а также стаж наркомании матери 2 года и более.

Нейропсихологические исследования позволили определить особенности психического развития младенцев с перинатальным поражением мозга, которые связаны с церебральной организацией нарушений и представлены клинически очерченными нейропсихологическими синдромами (М. Л. Дунайкин [82]). Основу нейропсихологического синдрома составляет сочетание нарушений процессов общей нейродинамики (ослабление или усиление реактивности) и ведущей деятельности (ослабление непосредственно-эмоционального общения или задержка формирования предметных действий и сложных способов общения). В

Репозиторий БрГУ

исследовании определены два нейропсихологических синдрома, названные левополушарными и правополушарными дисфункциями. При левополушарных дисфункциях наиболее низкие показатели отмечаются в сфере голосовой активности ребенка и его сложных опосредствованных способах взаимодействия со взрослым, при этом относительно хорошо развита эмоциональная сфера. При левополушарной мозговой дисфункции у детей повышена реактивность на стимуляцию с генерализацией активационных и слабостью регуляторных процессов, задержкой формирования сложных способов общения и предметных действий на фоне хорошего развития непосредственно-эмоционального взаимодействия. Для правополушарной дисфункции характерны более низкие показатели в эмоциональной сфере и непосредственно-эмоциональных способах взаимодействия со взрослым, успешно развиваются голосовая активность и действия с предметами. При правополушарной мозговой дисфункции наблюдается ослабление реактивности и непосредственно-эмоциональных форм взаимодействия на фоне опережающего развития сложных, опосредствованных способов общения и интереса к предметным действиям.

Преимущественно левополушарная дисфункция мозга связана с действием вредностей гипоксического характера в пре- и перинатальный период, недоношенностью, задержками внутриутробного развития и гипотрофией. Правополушарная симптоматика чаще ассоциируется с пери- и интранатальными вредностями асфиктически-травматического характера, достаточной зрелостью плода. У детей с тяжелыми исходами перинатальной патологии чаще страдают функции левого полушария мозга [34].

Неврологические осложнения диагностируются у детей и при задержке внутриутробного развития (ЗВУР). Задержка внутриутробного развития диагностируется по критериям веса и длины тела ребенка при рождении: снижение массы и/или длины тела более чем на 10 центилей или более чем на 2 стандартных отклонения по сравнению со средним показателем для данного гестационного возраста. ЗВУР имеет полифакторную обусловленность (факторы матери, протекания беременности, семейные факторы и др.), и причину удается установить не более чем в 60 % случаев. Неврологические расстройства встречаются у детей со ЗВУР на 10-30 % чаще, чем у детей с нормальными показателями веса и дины тела. В периоде младенчества у детей выявляются полиморфные вегетовисцеральные расстройства: нарушения терморегуляции, манифестация желудочно-кишечных симптомов, артериальная гипотензия, нарушения терморегуляции. Менее благоприятный прогноз психомоторного развития отмечается у детей с осложнениями в период новорожденности и с крайне низкой массой тела при рождении. Катамнестическое наблюдение обнаруживает нарушения сна и снижение показателей умственного развития (А. Б. Пальчик [172]).

Таким образом, результаты многих авторов свидетельствуют о разнообразных исходах нервно-психического развития детей вследствие перинатальной патологии нервной системы – от выздоровления и легких отставаний в развитии до тяжелых нарушений в разных сферах и психоневрологической инвалидности. Эти результаты могут быть объяснены данными об особенностях функциониро-

Репозиторий БрГУ

вания развивающегося мозга ребенка, который обозначается как «незрелый мозг» (Ю. И. Барашнев [15]). Головной мозг, находящийся в стадии интенсивного развития, оказывается одновременно и особенно ранимым к воздействию вредностей, но в то же время обладающим высоким потенциалом компенсации:

- повышенная толерантность нервной клетки к гипоксии из-за пониженной потребности в кислороде: нервные клетки, которые подверглись гипоксическому воздействию, не утрачивают способности к дальнейшему функционированию и развитию, так как они функционируют на более низком уровне;

- нейропластичность развивающегося мозга: в ответ на повреждение головной мозг может образовывать новые нейроны и осуществлять трансплантацию незрелых нейронов в определенные отделы, способствуя образованию устойчивых нервных связей;

- минимизация очага повреждения за счет нейротрофических факторов, ауторегуляции мозгового кровотока и перераспределения крови в головном мозге. При раннем психическом дизонтогенезе отмечаются достоверные изменения в системе нейротрофических факторов: повышение уровня аутоантител к фактору роста нервов, который коррелирует со степенью нарушений нервно-психического развития. При катамнестическом исследовании детей прогностически неблагоприятным является повышение аутоантител до исходного уровня [201].

Перинатальные поражения нервной системы А. Б. Пальчик [172] предлагает рассматривать с позиций эволюционной неврологии, или неврологии развития, которая выходит за рамки классической доктрины в медицине, основанной на принципах нормального/ненормального и нормального/патологического. Автор отмечает, что в последнее время явно возникает потребность в расширении пределов рассмотрения проблем, характерных для традиционного взгляда на здоровый и больной организм. К эволюционным заболеваниям автор относит, например, гипоксически-ишемическую энцефалопатию, детский церебральный паралич, минимальную церебральную дисфункцию, задержки моторного развития, нарушения сна у детей и др. Эволюционная неврология, или неврология развития, позволяет рассмотреть механизмы нормального и девиантного нервно-психического развития ребенка, которое при этом не всегда является патологическим развитием. Она направлена на оценку возможностей нервно-психической сферы ребенка и путей ее развития, в отличие от классической неврологии, которая осуществляет поиск неврологического дефекта и путей его ликвидации.

Анализируя задержку психомоторного развития у детей раннего возраста, А. Б. Пальчик трактует ее как клиническое проявление нарушения эволюции нервной системы. ЗПМР распространена с частотой 2-3 % в младенчестве, которая выходит за пределы показателей нормального моторного развития, при этом только 15-20 % детей имеют детский церебральный паралич, врожденные заболевания ЦНС, прогрессирующие нервно-мышечные заболевания. У остальных 80-85 % детей признаки задержки моторного развития служат маркерами более мягких неврологических расстройств в будущем, в частности минимальной церебральной дисфункции.

Репозиторий БрГУ

Судорожные состояния в раннем возрасте. Эпилепсия – гетерогенная группа заболеваний, характеризующаяся повторными, спонтанно возникающими приступами. У 70% пациентов эпилепсия дебютирует в детском возрасте – в детской, или педиатрической, неврологии она считается одним из основных заболеваний. Важность изучения данной проблемы обоснована трудностями не только диагностики, лечения, но и неопределенностью последующих нарушений психомоторного развития детей, страдающих эпилепсией. У детей раннего возраста наибольшее значение в возникновении и особенностях течения эпилепсии имеют дисплазии мозга, генетическая детерминированность, а также перинатальные факторы риска. Наибольшее влияние на возникновение эпилептических приступов у детей раннего возраста имеет генетическая отягощенность по эпилепсии в первой степени родства по материнской линии. Перинатальная патология приводит к развитию морфофункциональной незрелости мозга, что способствует повышению судорожной готовности и задержке формирования биоэлектрической активности головного мозга у детей раннего возраста. Высокая степень эпилептизации головного мозга у детей раннего возраста связана с гетерохронным его развитием и наличием признаков морфофункциональной незрелости, к которой приводит перинатальная патология нервной системы. В свою очередь морфофункциональная незрелость головного мозга приводит к повышению судорожной готовности и риска возникновения эпилепсии (В. А. Калинин [104]).

Характер течения эпилепсии у детей раннего возраста может быть определен в дебюте заболевания, а само течение эпилепсии у детей раннего возраста имеет возрастные закономерности. При дебюте эпилепсии у детей до 1 года течение заболевания характеризуется большей тяжестью и меньшей частотой достижения ремиссии, что объясняется возрастными морфологическими и функциональными особенностями мозга. По данным О. В. Конуриной [112], наиболее распространенной и тяжелой формой эпилепсии раннего детского возраста являются инфантильные спазмы, которые сопровождаются структурными нарушениями по данным КТ и МРТ головного мозга (98,2 %) и задержкой формирования моторных (85,3 %) и психических функций (28 %). Клонические генерализованные судорожные припадки не типичны для раннего детского возраста: наиболее часто наблюдаются тонические, реже – тонико-клонические припадки. Абсансы обычно манифестируют на втором году жизни и являются наиболее «зрелой» и прогностически более благоприятной формой припадков.

При проведении нейровизуализационных методик (КТ, МРТ, нейросонография) у детей раннего возраста с эпилепсией наиболее часто выявляются сообщающаяся или внутренняя гидроцефалия в сочетании с атрофическим процессом головного мозга различной степени выраженности. Более грубые изменения наблюдаются при инфантильных спазмах и генерализованных судорожных припадках. Очаговое поражение мозга сопровождается преимущественно парциальными приступами с вторичной генерализацией или без нее. Выраженность атрофического процесса и гидроцефалии связана со степенью морфофункциональной незрелости головного мозга.

Репозиторий БрГУ

Предшественниками эпилепсии могут выступать неэпилептические припадки, которые вследствие особенностей своего течения трансформируются в эпилепсию. К ним Г. Г. Шанько [246] относит некоторые пароксизмальные состояния, среди которых выделяются психогенные (истерические, респираторные, аффективные), гипоксические (обмороки), гипнические (возникающие во сне), метаболические состояния. Психогенно обусловленные припадки являются ответом организма на сложную жизненную ситуацию у ребенка, и для раннего возраста наиболее типичными являются респираторные аффективные припадки. Это церебральные пароксизмы аноксического генеза, одна из форм истерических припадков, возникающих у детей в период от 6 месяцев до 3 лет в ответ на неблагоприятные психогенные воздействия. Типичная клиническая картина респираторных аффективных припадков такова: ребенок во время плача, крика, в состоянии гнева, в ответ на болевые ощущения внезапно задерживает дыхание на вдохе, у него наблюдается бледность и синюшность кожных покровов, вздутие вен, он запрокидывает голову назад. Такая картина наблюдается в течение до одной минуты, но при более продолжительных припадках ребенок теряет сознание, что может привести к органическому поражению головного мозга, и на этом фоне у него может развиться эпилепсия. По данным Г. Г. Шанько, это происходит в 5,8 % случаев. Истерические припадки, в отличие от истинных эпилептических припадков, не возникают во сне или когда ребенок находится в одиночестве: для такого припадка необходим другой человек как «зритель», которому ребенок демонстрирует свои негативные чувства.

Минимальная мозговая дисфункция (ММД) (синонимы: легкая дисфункция мозга, минимальная церебральная дисфункция, легкое мозговое повреждение, малый детский церебральный паралич, легкая детская энцефалопатия). Термин «легкая дисфункция мозга» возник еще в 1960-х годах в результате необходимости объединить различные точки зрения и создать классификацию наблюдений детей с исходно более легкими нарушениями, по сравнению с двигательными и интеллектуальными расстройствами. (З. Тржесоглава [230]). ММД описывается как сборная группа различных по причине, механизмам развития и клиническим проявлениям патологических состояний (Л. О. Бадалян [9]), как комплекс симптомов «малой неврологии» или как малые неврологические расстройства, которые обнаруживаются или усугубляются при повышении требований, предъявляемым жизненными ситуациями к детям, как психоневрологическое нарушение (Ю. И. Барашнев [15]). А. Б. Пальчик трактует минимальную церебральную дисфункцию как «классическое эволюционное заболевание, имеющее, наверное, наиболее противоречивые интерпретации в отношении границ понятия, сущности явления, подходов к диагностике и реабилитации больных» [172, с. 303]. ММД характеризуется полиморфизмом как в механизмах развития, так и в клинических проявлениях. Это расстройство является свидетельством того влияния, которое оказывают неблагоприятные воздействия на нервную систему ребенка в критический для ее развития период. Неврологические проявления ММД весьма разнообразны и неярко выражены, поэтому диагностика основывается на выявлении мягких симптомов и знаков поражения или незрелости нервной системы.

Репозиторий БрГУ

Базовые проявления ММД характерны и для других нервных болезней: тики, синдром Жилль де ля Туретта, обсессивно-компульсивное расстройство, нервная анорексия, посттравматический синдром, детский аутизм, фетальный алкогольный синдром, синдром гиперактивности и др. Прогноз при ММД противоречив: от 25 до 50 % детей остаются без последствий для нервно-психического развития, но более 50 % детей с ММД вырастают в людей с различными проблемами в поведении, с аддикциями и личностными расстройствами.

Ранние симптомы ММД обнаруживаются уже на первом году жизни (Л. О. Бадалян [9]). Дети с первых недель жизни отличаются повышенной возбудимостью и двигательным беспокойством, у них нарушается сон и снижается активность, диагностируется повышенный мышечный тонус, наблюдается угнетение безусловных рефлексов, расстройство черепно-мозговой иннервации, иннервации желудочно-кишечного тракта, иногда отставание в психомоторном развитии. В возрасте от одного года до трех лет ведущими в клинической картине являются повышенная возбудимость, двигательное беспокойство, нарушения аппетита, слабая прибавка массы тела, расстройства сна. На втором году жизни чаще наблюдается задержка речевого развития, а к трем годам – выраженная моторная неловкость в сочетании с двигательной расторможенностью, отвлекаемостью, быстрой истощаемостью. Дети оказываются неспособными к длительной игре, не умеют ограничивать свои желания, отличаются упорством и негативизмом.

По данным З. Тржесоглава [230], у детей раннего возраста с ММД обнаруживаются нарушения сенсомоторных функций и координации движений, а также нарушения взаимодействия с окружающими людьми, в том числе элективный мутизм.

В западной детской психиатрии существует традиция объяснять патологическое развитие ребенка, возникновение психических нарушений и нарушений психического развития *фактором темперамента ребенка*, используя при этом понятие «трудный темперамент», определяемый как биологически наследуемые черты или импульсивность. Во многом данное понятие сходно с понятием минимальной мозговой дисфункции, что особенно касается параметра преходящего характера нарушений, а также характерных признаков поведения детей. Однако В. Кари и С. Макдевитт [307] настаивают на необходимости отличать ММД от вариаций темперамента, так как выставление диагноза ММД подразумевает сбой в работе центральной нервной системы, в то время как темперамент характеризует индивидуальные различия детей.

Наиболее распространенной и типичной для неврологической патологии в раннем детстве является *невропатия* (Н. Е. Буторина [40]; Г. В. Скобло [206]). Хотя невропатия как диагноз отсутствует в МКБ-10, российские детские психиатры хорошо знакомы с этой ранней патологией и отводят ей первое место по распространенности среди психоневрологических расстройств раннего детства. Подробно описаны три клинико-этиологических синдрома этого расстройства: невропатия истинная (конституциональная), органическая и смешанного генеза. В патогенезе невропатических синдромов основное значение придается незрело-

Репозиторий БрГУ

сти или неустойчивости соматовегетативной регуляции разной этиологии, из-за чего в клинике на первый план выступают патологические проявления соматовегетативного уровня реагирования. Как отмечает автор, сходная с невропатической обширная симптоматика описывается в рамках расстройств регуляции в DC 0-3 [571]. Этиологическими факторами этой группы расстройств признаются определенная конституциональная обусловленность и/или морфофункциональная незрелость. Расстройства регуляции в качестве самостоятельной диагностической категории были включены в первый вариант DC:0-3, где выделялись два различающихся по качеству реактивности к сенсорным стимулам основных типа – гипер- и гипосенситивные дети. Тот же акцент на измененной сенсорной реактивности делается и во втором, пересмотренном варианте DC:0-3R [*572*], где соответствующая категориальная рубрика обозначена как расстройства регуляции сенсорных процессов. Г. В. Скобло показала соответствие данных расстройств возбудимому и тормозимому вариантам невропатии.

Таким образом, патология нервной системы в раннем возрасте, наиболее частым вариантом которой является перинатальная патология, приводит к разнообразным исходам психического развития детей: от компенсации до тяжелых нарушений в разных сферах, вплоть до психоневрологической инвалидности. Исходы неврологической патологии в раннем возрасте во многом определяются пластичностью головного мозга, его возможностями восстановления и компенсации. Исходы зависят не только от степени тяжести поражения ЦНС, но и от влияния факторов социальной среды.

Поражения ЦНС разного генеза являются биологической основой нарушений развития в раннем детстве и могут рассматриваться как первичное нарушение в структуре дефекта.

2.2 Варианты рождения детей: клинико-психологическая характеристика

Современные достижения медицины в области гинекологии, репродуктологии, педиатрии (неонатологии) позволяют не только снизить уровень перинатальной и младенческой смертности, но и обеспечить право на жизнь тем детям, выхаживание которых ранее было невозможным: это дети с низкой массой тела при рождении, глубоко недоношенные, с задержками внутриутробного развития и иной перинатальной патологией, требующей хирургического вмешательства. В современных условиях варианты появления детей на свет могут существенно различаться по клиническим характеристикам. Кроме ситуации спонтанно наступившей беременности матери дети могут родиться в результате использования современных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения). Различные варианты рождения детей во многом определяют специфику психического развития ребенка. Социальная ситуация развития детей с осложнениями перинатального периода и младенчества отличается существен-

Репозиторий БрГУ

ной спецификой, которая отражает прежде всего недостаточность материнской компетентности [216].

2.2.1 Недоношенные дети

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире рождается около 15,5 % недоношенных и маловесных детей. В Российской Федерации доля недоношенных детей среди всех новорожденных в среднем составляет 6 -15 % [120]. В Республике Беларусь по данным Министерства здравоохранения ежегодно недоношенными рождаются не более 4% из всех родившихся детей[2].

В 1994 году Республика Беларусь присоединилась к критериям ВОЗ, в соответствии с которыми изменились стандарты регистрации младенцев, родившихся преждевременно: теперь младенцы, рожденные на сроке беременности 22 недели и более и имеющие вес при рождении 500 г и более и признаки живорождения, получают всю необходимую им медицинскую помощь. В ведущих перинатальных центрах страны созданы условия для их выхаживания. Другими словами, младенцев массой 500 г и более, появившихся в сроке от 22 недель, стали считать живыми людьми и прилагать усилия для их спасения, в то время как ранее их фиксировали как поздние выкидыши. Ежегодно в стране раньше положенного срока рождается свыше 4 000 детей, из них более 250 имеют экстремально низкую массу тела (ЭНМТ) до одного килограмма. Каждый десятый младенец, который появляется на свет в РНПЦ «Мать и дитя», рождается раньше срока. В Республике Беларусь среди недоношенных больше всего малышей с весом от 2 000 до 2 499 г – 63 %; от 1 500 до 1 999 г – 21 %, от 1 000 до 1 499 г – 11 %, от 500 до 999 г – 5 %[3].

За последние 20 лет достигнуты значительные успехи в выхаживании детей, родившихся с низкой массой тела и ЭНМТ, в том числе глубоко недоношенных. Доказано, что даже среди крайне незрелых детей с массой тела при рождении до 1000 г выживаемость может достигать 70–80%. Однако эти успехи породили в свою очередь и новые проблемы, связанные с последующими тяжелыми отклонениями в состоянии развития и здоровья таких детей. Международный день недоношенных детей отмечается ежегодно 17 ноября по всему миру, чтобы повысить уровень осведомленности о преждевременных родах и привлечь внимание к проблемам недоношенных детей и их семей.

Недоношенным считается ребенок, родившийся на сроке беременности до 38 недель. Масса тела недоношенных колеблется в большом диапазоне, от 500 г до 2500 г. Как правило, меньшей массе соответствует большая степень недоношенности. Дети с массой тела при рождении менее 1500 считаются глубоко не-

---

[2] V-belarusi-ezhegodno-nedonoshennymi-rozhdajutsja-ne-bolee-4-detej [Электронный ресурс] // https://www. belta. by/society/view. – Режим доступа 276408-2017. – Дата доступа 23.09.2019.

[3] Статистика [Электронный ресурс] // http://premature. by/ статистика. – Дата доступа 23.09.2019.

Репозиторий БрГУ

доношенными [237]. Внешний вид недоношенных детей имеет отличительные признаки, которые находятся в прямой зависимости от срока гестации. К ним относятся малые размеры тела и конечностей, непропорциональное телосложение, гиперемия, пушковое оволосение на теле, недоразвитие ногтей на руках, открытый родничок, преобладание мозговой части черепа над лицевой и др.

Причины преждевременных родов разнообразны, и они объединены в 8 групп: инфекционные заболевания матери, осложнения беременности, травматические повреждения, несовместимость крови матери и плода, аномалии женской половой сферы, нейроэндокринная патология, неинфекционные заболевания матери, хромосомные аномалии [237; 245].

Всем недоношенным детям свойственна определенная степень незрелости: дети испытывают трудности терморегуляции; в первые дни жизни наблюдается снижение рефлексов в первые дни жизни, может наблюдаться также незрелость нервной, дыхательной и пищеварительной систем (М. Л. Дунайкин [82]). Степень выраженности всех этих нарушений связана со сроком гестации и массой тела новорожденного. При недоношенности нарушается созревание функций прежде всего левого полушария головного мозга, что приводит к повышенной реактивности на стимуляцию с генерализацией активационных и слабостью регуляторных процессов, задержкой формирования сложных способов общения и предметных действий на фоне достаточно хорошего развития непосредственно-эмоционального взаимодействия ребенка со взрослым.

Риск возникновения нарушений здоровья и жизнедеятельности, нарушений психофизического развития и инвалидизации у таких детей значительно выше по сравнению с доношенными детьми. Это объясняется тем, что «дозревание» ребенка происходит не в естественных условиях материнского организма, максимально приспособленного для этого, а в искусственно созданных условиях, хотя и приближенных к естественным.

Недоношенные дети представляют собой гетерогенную группу, и последствия недоношенности отличаются значительной вариативностью. По состоянию здоровья выделяются 2 группы детей: практически здоровые недоношенные и недоношенные дети с отклонением здоровья [237; 245]. Одним из главных вопросов остается вопрос о факторах, приводящих к преждевременным родам и к недоношенности у ребенка и определяющих перспективы его дальнейшего развития. Особенно важным является вопрос о факторах риска нарушений развития у недоношенных детей. «Авторы лонгитюдных исследований указывают на незначительное влияние фактора перинатальных осложнений на последующее развитие преждевременно родившихся детей, но подчеркивают важность факторов социального окружения, которые становятся определяющими и, как никакие другие, тесно связанными с дальнейшим развитием недоношенного ребенка [46, с. 54].

Рождение ребенка раньше срока, ранее 38 недель беременности, рассматривается абсолютным большинством исследователей как фактор риска возникновения неврологических нарушений и нарушений психического развития. Б*о*льшая часть специалистов приводят многочисленные данные о существовании серьезных проблем в развитии недоношенных детей [282]. По данным Н. Мар-

Репозиторий БрГУ

лоу [423], нарушения моторного, когнитивного, речевого, эмоционального развития у недоношенных детей выявляются в 40 % случаев. По сравнению с рожденными в срок младенцами дети с экстремально низким возрастом гестации (менее 28 недель) проводили больше времени в визуальном взаимодействии и тратили меньше времени на активные манипуляции, оральное обследование и вращения предметов. Более того, у них были более низкие баллы по общему психомоторному развитию, зрительно-моторным координациям и исполнительным способностям. Тесная связь выявлена между умением манипулировать с объектом и общим психомоторным развитием [577].

По данным Е. И. Токовой [229], психомоторное развитие всех детей, родившихся глубоко недоношенными, в сроке до 32 недели гестации, на протяжении первых трех лет жизни задержано, причем задержка развития имеет диспропорциональный характер с преобладанием на разных возрастных этапах отставания в определенных сферах. Максимальная степень задержки развития наблюдается в возрасте до 1,5 лет, а после 1,5 лет отмечаются более интенсивные темпы компенсации нарушений. Существенные различия наблюдаются у детей с тяжелой и среднетяжелой перинатальной патологией. Тем не менее, к концу раннего возраста, к трем годам, психомоторное развитие только у 14,2 % детей достигает уровня их доношенных сверстников.

Небольшая часть исследователей более оптимистично относятся к перспективам развития недоношенных детей, основываясь на идее А. Самероффа о том, что «развитие организма в течение всей жизни не может рассматриваться как процесс преодоления и исправлений различных нарушений процесса развития, поскольку не через преодоление нарушений развития развивается и растет человеческий организм» [498, с. 3]. Сторонники данной позиции высказывают идеи о том, что ранняя внеутробная жизнь предоставляет ребенку дополнительные возможности, так как он раньше попадает в социум, вступая во взаимодействие со средой и с близкими взрослыми, получая чувственный опыт через восприятие сенсорных стимулов. Однако эти идеи оспариваются аргументами о том, что недоношенные дети являются слишком незрелыми для того, чтобы извлекать пользу из дополнительного опыта.

Несогласованность собранных данных о развитии недоношенных детей может быть объяснена тем, что при оценке детей, родившихся раньше срока, перед исследователями и практиками возникает проблема выбора возраста, в соответствии с которым будет проводиться диагностика развития ребенка. Можно использовать два значения возраста: хронологический возраст, в котором не учитывается факт недоношенности, или скорректированный возраст, при определении которого срок недоношенности вычитается из хронологического возраста.

Противоречивые рекомендации даются специалистами в отношении возраста, в котором следует использовать показатели скорректированного возраста. Часто указывается, что коррекция возраста не должна продолжаться долго, и это в особенности относится к периоду от 24 до 36 месяцев. Однако большинство исследователей указывают скорректированный возраст при оценке развития недоношенных детей [369]. В указанной работе выявлялись различия в оценках

Репозиторий БРГУ

общего когнитивного показателя, а также отдельных субшкал при ориентации на скорректированный или хронологический возраст. Оказалось, что при ориентации на скорректированный возраст оценки показателей развития детей были значимо выше, чем при ориентации на их хронологический возраст. Степень различия коррелировала со сроком недоношенности, то есть с гестационным возрастом, и с весом при рождении. К возрасту 36 месяцев различия становились несущественными. Авторы рекомендуют использовать скорректированный возраст при оценке развития детей вплоть до 36 месяцев, и особенно это относится к глубоко недоношенным детям с экстремально низкой массой тела.

Нервно-психическое развитие преждевременно родившихся детей в отдаленные периоды жизни зависит от степени недоношенности и соответствия массы тела ребенка его гестационному возрасту [55]. Оценки специалистами уровня развития недоношенных детей, его динамики и отдаленных последствий, частоты нарушений в развитии у детей, определение сроков преодоления недоношенности и достижения ребенком показателей развития нормально развивающихся сверстников достаточно противоречивы.

По данным П. В. Розенталь [195], ежегодно в Российской Федерации рождается около 100 тыс. недоношенных детей; из этих детей около 70 % относятся к группе риска по развитию нарушения зрения. Примерно у 25–37 % (20–25 тыс. детей) формируется ретинопатия недоношенных (РН), терминальные стадии которой в развивающихся странах являются одной из наиболее частых причин слепоты и инвалидности по зрению.

По результатам исследований, проведенных в 1990-х годах, у детей, родившихся с низкой массой тела, отмечалось отставание развития экспрессивной речи: к возрасту один год – в 8,3 % случаев, в два года – в 28 % случаев и 3,5 года – в 21 % случаев. Понимание речи нарушено только у двухлетних детей в 5,7 % случаев. У недоношенных детей, родившихся с массой тела менее 1500 г и перенесших бронхолегочную дисплазию, в 3 года чаще наблюдаются когнитивные нарушения и/или задержка моторного развития, а также умственная отсталость и неврологические расстройства. На третьем году жизни у недоношенных младенцев наблюдается клиническая неврологическая компенсация. У преждевременно рожденных детей к 3 годам в 80 % случаев отмечается уровень развития, соответствующий нормативным возрастным показателям. Однако у недоношенных детей впоследствии наблюдалась минимальная мозговая дисфункция, в структуру которой входят парциальные когнитивные дефициты (нарушение концентрации внимания, процессов переключения, пространственного восприятия, аналитико-синтетических процессов, моторных функций).

По данным других, более современных исследований, физические последствия недоношенности при наличии благоприятной психосоциальной обстановки корригируются к 6–10 годам, но только в тех случаях, если недоношенность не повлекла за собой грубых нарушений функций разных органов организма (З. В. Луковцева и Л. Л. Баз [138], О. Р. Ворошнина [58;59]). Частота встречаемости детского церебрального паралича, по данным С. Я. Волгиной и В. Д. Менделевича [55], составляет 11–20 % в зависимости от срока гестации (24–26

Репозиторий БрГУ

недель), а нормативное когнитивное развитие встречается уже с более широкой вариативностью в 28–72 % случаев.

Комплексная оценка уровня развития недоношенных детей и его динамики была проведена в лонгитюдном исследовании [46]. Оценка проводилась по шкале Бателл, адаптированной для русскоязычной выборки в Санкт-Петербургском институте раннего вмешательства и получившей название RCID-шкалы (Л. А. Чистович, Ж. Рейтер, Я. Шапиро). Шкала предусматривает использование трех разных источников данных: структурированное задание, наблюдение в естественных условиях, проведение интервью с родителями и воспитателями.

Результаты проведенного исследования показали, что недоношенные дети первого года жизни демонстрировали отстаивание в моторном, когнитивном, коммуникативном и социально-эмоциональном развитии, в приобретении навыков адаптации и общем уровне развития по сравнению с детьми, которые родились в срок. В дальнейшем дети развиваются с разной скоростью: в возрасте до 4,5 месяцев скорость развития недоношенных значительно ниже, чем у доношенных детей. Но с 4,5 месяцев до 6 месяцев скорость развития недоношенных детей достоверно увеличивается, и недоношенные дети почти догоняют доношенных, далее с 6 до 10 месяцев скорость развития снижается. По мнению авторов, изменения темпа психического развития ребенка отражают гетерохронность процесса формирования мозговых функций в онтогенезе.

В лонгитюдном исследовании М. Капобианко с соавт. [306] проведена оценка коммуникативных и речевых способностей детей второго года жизни, которые предсказывают первые вербальные умения. Преждевременно рожденные дети по сравнению с родившимися в срок медленнее осваивают речь, особенно на более ранних стадиях развития. Различия между этими двумя группами были значимыми только в возрасте 16 и 18 месяцев. Преждевременно рожденные дети дольше используют более простые лингвистические категории по составу слов и синтаксической сложности по сравнению с рожденными в срок. Эти различные паттерны относятся в большей степени к количественным, нежели к качественным характеристикам овладения речью.

Факторы риска нарушений развития традиционно разделяются на биологические и психосоциальные. Факторы биологического риска у недоношенных могут быть связаны как с самой недоношенностью, незрелостью ребенка, так и с наличием у него других клинических проблем. Если на ранних этапах онтогенеза большое значение имеют соматические риски, связанные с незрелостью органов и систем недоношенного, а также риски повреждения нервной системы, то в дальнейшем на первый план выходят психосоциальные риски, включающие факторы обогащенной социальной среды, социальной и коммуникативной активности близкого окружения ребенка, родительской компетентности и формирования отношений привязанности ребенка к матери [196]. К специфическим психосоциальным факторам исследователи относят раннюю госпитальную депривацию, а также психологические особенности переживания близкими взрослыми события преждевременного рождения ребенка.

Репозиторий БрГУ

В качестве важнейших факторов возможных исходов развития недоношенных детей исследователи называют характеристики матерей, детско-материнское взаимодействие, особенности родительства в целом. Выявлению роли данного фактора посвящены многочисленные исследования, дизайн которых включает сравнительный анализ родительства при наличии в семье недоношенных детей и детей, рожденных в срок.

Предиктором интеллектуального и речевого развития рано рожденных детей (срок гестации 30 недель) при достижении ими возраста 5 лет оказались интеллектуальные способности их матерей [407]. Преждевременное рождение увеличивает вариабельность наследуемости интеллектуальных способностей и сдвигает детей из ожидаемого, основанного на материнских способностях, диапазона. Участие родителей в мероприятиях, которые помогают детям овладеть новыми навыками, может способствовать когнитивному развитию детей, рожденных от матерей с более низкими интеллектуальными способностями.

Предикторами уровня когнитивного развития недоношенных детей (гестационный возраст 32–41 недель) являются особенности внимания детей, которое оценивалось по движениям глаз, и поведение матери, направляющее и поддерживающе внимание ребенка [395]. В исследовании реализована объяснительная модель биологического риска, качеств самого ребенка и материнской стимуляции для понимания развития недоношенных детей. Гестационный возраст связан с когнитивным развитием опосредованно, через уровень внимания детей и через поведение, нацеленное на перенаправление внимания матери. Таким образом, сочетание гестационного возраста, потенциала внимания детей и стимуляции матери было связано с ранним когнитивным развитием недоношенных детей. На исход когнитивного развития влияют как особенности самого ребенка (срок гестации, уровень активного внимания), так и его взаимодействие с матерью (ее поведение, направляющее и поддерживающее внимание).

Протективный эффект ранней материнской чувствительности показан в исследовании К. Цосель [576], в котором обнаружена значимая связь материнской чувствительности в первые месяцы развития недоношенного ребенка и его высоких показателей интеллекта в период школьного обучения. Не обнаружено различий доношенных и недоношенных детей по уровню академических достижений.

Характеристики высокого качества детско-материнского взаимодействия в раннем возрасте, которое характеризуется высокой родительской чувствительностью, большой эмоциональной поддержкой, низкими уровнями навязчивости и негативного отношения к ребенку, было связано с меньшим разрывом между недоношенными детьми и детьми, рожденным в срок, в исходах когнитивного и психомоторного развития в возрасте 5 лет [563]. Высококачественное родительство в раннем возрасте по отношению к недоношенным детям может препятствовать возникновению в долгосрочной перспективе нарушений тонкой моторики, чтения, письма и математики у недоношенных детей.

Детско-материнское взаимодействие при недоношенности у ребенка. Рождение ребенка ранее ожидаемого срока создает особые условия для формирования отношений матери и ребенка. Матери испытывают сложный комплекс

Репозиторий БрГУ

чувств и эмоций, сочетающих радость от появления ребенка и тревогу за судьбу ребенка, вызванную неожиданностью и непонятностью этого события для матери.

Качество взаимодействия матерей с детьми определяется уровнем развития материнской компетентности, в структуру которой включена способность матери понимать состояние ребенка, ее умение адекватно удовлетворять его возрастно-специфические потребности. Как отмечает Е. В. Соловьева [218], начало жизни младенца в реанимационном отделении, в изоляции от матери, особенности внешности и поведения недоношенного ребенка, переживание матерью стресса в связи с состоянием ребенка повышают риск нарушений взаимодействия в диаде «мать–дитя», что может стать причиной возникновения нарушений в развитии ребенка.

На основе анализа материалов интернет-форумов матерей недоношенных детей Е. В. Поневаж [184] обнаружила триаду значимых эмоциональных состояний матерей, включающая чувство собственной неполноценности и чувство вины, острый страх за жизнь и здоровье ребенка, чувство беспомощности. Эти эмоциональные состояния возникают сразу после родов у 81 % женщин вне зависимости от причин преждевременных родов, прогнозов и срока рождения. В содержании своих переживаний матери отмечают неспособность выполнить главную женскую функцию, невыполнение чаяний и ожиданий близких (чаще всего мужа и свекрови), свою физическую неполноценность (после операционного вмешательства – кесарева сечения). Эти переживания возникают даже раньше, чем переживания о состоянии здоровья ребенка, сразу после сообщения акушера о том, что ребенок жив. В первые сутки после родов возникает острый страх за жизнь и здоровье ребенка. Это самое сильное и долговременное переживание во всем эмоциональном комплексе переживаний матерей недоношенных детей после преждевременных родов. Такой страх является одним из ключевых переживаний матери недоношенного малыша на протяжении всего периода младенчества, тогда как в отношении доношенных детей страх не носит столь острой формы и снижается в первый месяц после родов.

Наблюдается сложная динамика эмоционального состояния матери от переживания стресса преждевременных родов [456], аффекта страха за себя и чувства вины перед ребенком и близкими до приглушения внешнего выражения этих переживаний, длительный «выход» из этих переживаний с преобладающей концентрацией внимания на себе, своем здоровье, своих отношениях с близкими, выработка поведенческих стереотипов защитного характера (апатия, отказ от контакта, переинтерпретация события и пр.). У матерей постепенно уменьшается чувство неполноценности, усиливается страх за жизнь и здоровье ребенка и особенно ярко усиливается чувство беспомощности (Е. В. Поневаж, О. Р. Ворошина).

Психологический «драматизм» этой ситуации заключается в невозможности быстрого восстановления утраченной эмоциональной связи ребенка с матерью (что обычно происходит при нормальных родах) вследствие того, что ребенок подвергается лечению в соответствии с утвержденными протоколами, и неизбежно возникает изоляция и сепарация матери и ребенка.

Репозиторий БрГУ

Ранние этапы жизни недоношенного ребенка, по определению О. Р. Ворошиной [59] характеризуются чрезвычайной «сложностью», которая обнаруживается в более позднем появлении всех реакций, особенно социальных и эмоциональных, и в их качественном своеобразии. Новорожденный доношенный младенец готов к социальному взаимодействию и установлению эмоциональной связи с матерью, в нем заложены врожденные программы поведения (крик, плач, цепляние), которые вызывают необходимую для выживания и развития заботу с ее стороны. Но в ситуации преждевременных родов погруженность матери в свои переживания по поводу преждевременного рождения ребенка мешает ей быть чувствительной к состояниям и потребностям ребенка, установить с ним эмоциональный контакт, получать удовольствие от общения с ребенком. Также восприятию матери ребенка мешает то, что сигналы, подаваемые недоношенным младенцем, менее яркие и сильные, чем сигналы, подаваемые рожденными в срок детьми, и матери сложнее их распознавать (Р. Ж. Мухамедрахимов [156], И. В. Добряков [79]).

Поведенческие реакции недоношенного ребенка описываются как синдром «дефицитарности ключевых сигналов», которые в значительной мере дезориентируют мать, так как многие ее сигналы не вызывают у ребенка адекватных ответных реакций. Данный синдром значительно усиливает проявление депривации потребности матери в полноценном эмоциональном контакте с ребенком. Кроме того, для недоношенных детей характерны такие специфические черты поведения как напряжение при взятии на руки, тенденция к отстранению от взрослого, к избеганию зрительного контакта, отсутствие постуральной адаптации детей, важные для формирования привязанности на ранних этапах. На некоторое время женщина оказывается лишенной возможности полноценного контакта с новорожденным, и это происходит именно в тот момент, когда «запускаются» многие поведенческие паттерны реального материнства [461]. Поэтому материнство при рождении недоношенного ребенка рассматривается О. Р. Ворошиной [57] как вариант депривированного материнства, так как оно реализуется в условиях неполноценной эмоциональной связи между матерью и ребенком, в условиях невозможности удовлетворения потребности матери в полноценном эмоциональном контакте с ребенком.

В ее исследовании описаны три варианта материнского отношения к недоношенному ребенку – гармоничный и два дисгармоничных: 1) аффективный, конфликтный, дистантный; 2) аффективный, тревожный, пассивный. Различие между дисгармоничными типами заключается в степени инициативы и активности матерей, направленных на преодоление вставших в связи с преждевременным рождением ребенка проблем. Матери, относящиеся к разным типам, различаются и в особенностях преодоления последствий преждевременных родов и длительного разлучения с ребенком.

Гармоничные матери оказываются достаточно устойчивы к стрессу преждевременных родов, к вынужденной разлуке с новорожденным; защита от травмирующей ситуации проявляется у них в увеличении «разумной» активности, направленной на восстановление эмоционального контакта с ребенком. Дисгар-

Репозиторий БрГУ

моничные матери высоко подвержены стрессу преждевременных родов. Эти типы характеризуются сложной динамикой эмоционального состояния матерей с концентрацией негативных переживаний на собственных проблемах, выработкой поведенческих стереотипов защитного характера, еще более отстраняющих их от ребенка. Аффективные, конфликтные, дистантные матери обнаруживают высокий уровень активности: они стремятся «приспособить» ситуацию к себе ценой отрицания ряда проблем ребенка. Аффективные, тревожные, пассивные матери, напротив, безынициативны, не пытаются решать даже доступные их возможностям проблемы малыша.

Различия в поведении матерей по отношению к недоношенным и детям, родившимся в срок, сохраняются вплоть до 24 месяцев [279]: матери в меньшей степени вовлечены в активности детей в течение дня, в ситуации обучения новым навыкам они используют меньше позитивных сообщений. Недоношенные дети в свою очередь реже используют контакт глаз и проявляют больше негативных эмоций. Преждевременно рожденные дети, в сравнении с доношенными, в игровом взаимодействии с матерями чаще проявляют отрицательные эмоции, а матери в свою очередь, реже их поддерживают, хвалят, отражают интонационные проявления; для них характерны отстраненность, демонстративность и регулирование поведения ребенка [10].

У матерей преждевременно рожденных детей (средний срок гестации 30 недель) в отличие от матерей, родивших ребенка в срок, обнаружен низкий уровень сензитивности, высокий уровень навязчивости, отчужденности и депрессивности [386]. Эти показатели сочетаются с высокими оценками негативных чувств и стресса как у матерей, так и у отцов. В диадах «мать–ребенок» уровень взаимодействия также получил более низкие оценки по сравнению с диадами, включающими ребенка, рожденного в срок. Травматические психологические реакции тревоги и депресии, связанные с преждевременными родами (срок гестации менее 34 недель), описаны во французском исследовании Дж. Этроп с соавт. [341]. Клинически значимые симптомы депрессии и тревоги были также выявлены у матерей госпитализированных недоношенных детей в британском исследовании Л. Сегре с соавт. [508], при этом для женщин их собственное лечение не являлось приоритетом.

Ранние паттерны диадических отношений матери и ребенка различаются при наличии и отсутствии недоношенности у детей. М. Форкада-Гекс с соавт. [346] выделили два специфических паттерна взаимодействия матери и ребенка в возрасте 6 месяцев после рождения. Эти паттерны выполняют либо защитную (кооперативный паттерн), либо увеличивающую риск (контролирующий паттерн) роль в исходах развития и поведения детей, которые наблюдаются независимо от перинатальных факторов риска и социально-экономических факторов семьи. В выборке недоношенных детей чаще встречается контролирующий паттерн (70 %), тем не менее, кооперативный паттерн наблюдается в 30 % случаев; при этом исход развития и поведения недоношенных детей в возрасте 18 месяцев с этим паттерном взаимодействия с матерью сопоставим с результатами доношенных детей. Эти результаты свидетельствуют о влиянии качества отноше-

Репозиторий БрГУ

ний между матерью и ребенком на исходы развития и поведения недоношенного ребенка в раннем возрасте.

Особую группу детей, чей соматический и психологический статус во многом соответствует статусу недоношенных детей, составляют дети, которые перенесли хирургическое вмешательство сразу после рождения. Сходство соматического и психологического статусов состоит в необычном внешнем виде ребенка, в отсутствии возможности непосредственной связи матери и ребенка в первые дни после рождения. Психическое развитие детей, перенесших хирургическое вмешательство в период новорожденности, изучено в работе И. А. Аринциной в контексте отношений с матерями [157]. Детей оперировали сразу после рождения, забирали их у матерей на несколько дней, затем передавали обратно. Нарушение начальных этапов формирования системы «мать–младенец» отрицательно отразилось на характеристиках развития детей, которые определялись на втором году жизни. Эти дети в игре с матерью проявляли более негативный эмоциональный тон, также отмечались низкие показатели взаимодействия. Дети характеризовались более низким уровнем личностного и социального развития и, несмотря на возвращение в семью, отставали от здоровых сверстников. Положительная возрастная динамика диагностирована у детей в познавательной и моторной сферах, развитие которых в большей мере обусловлено созреванием структур центральной нервной системы, однако существенные сдвиги в личностной сфере, где развитие преимущественно связано с социальным окружением, отсутствовали. Однако дети предпочитали ситуации с присутствием матери по сравнению с ситуацией разлучения, хотя матери этих детей проявляли меньше позитивных эмоций. Таким образом, дети и матери этой группы находятся в менее благополучном эмоциональном состоянии в ситуациях взаимодействия, и у них снижены адаптивные возможности.

Взаимоотношения матерей и их недоношенных детей исследовались в рамках транзакционнной модели развития А. Самерофф [78]. В одном из исследований становлено, что согласно результатам школьных тестов показатели коэффициента интеллекта у недоношенных детей были несколько ниже оценок, которые получали дети, родившиеся в срок. Авторы предположили, что эти результаты могут быть объяснены восприятием родителями своих детей: родители часто воспринимают своих недоношенных детей как неполноценных, и поэтому могут обращаться с ними не так, как с обычными детьми. То, как родители воспринимают состояние своих детей и прогнозируют их возможности и ограничения, может повлиять на их благополучное психическое развитие гораздо больше, чем их действительное состояние здоровья.

Таким образом, важной переменной, определяющей отношение родителей к недоношенным детям, являются родительские стереотипы. Исследование стереотипов недоношенности проводилось в лабораторных и естественных условиях [279; 523]. В лабораторных условиях взрослым предлагали поиграть с ребенком, которого случайным образом представляли либо как недоношенного, либо как рожденного в срок. В естественных условиях сравнивали процесс взаимодействия взрослого с ребенком, который родился либо недоношенным, либо в

Репозиторий БрГУ

срок. Стереотипы недоношенности проявляются в том, что если взрослый воспринимает ребенка как недоношенного, то этот ребенок оценивается как меньший по весу и росту, менее привлекательный и приятный по сравнению с тем, как воспринимается доношенный ребенок. Стереотип недоношенного включает представления о том, что такого ребенка надо меньше трогать, предлагать ему более примитивные игрушки. В свою очередь дети, которые взаимодействовали со взрослыми, осведомленными или дезинформированными относительно их недоношенности, демонстрировали меньше положительных эмоций по сравнению с детьми, которых взрослые считали родившимися в срок.

Психологическое состояние матери недоношенного ребенка зависит от многих факторов, среди которых важную роль играют условия пребывания матери и ребенка в лечебном учреждении: совместное или раздельное пребывание матери и ребенка в стационаре, психологически грамотное поведение и доступность помощи от медицинского персонала, наличие поддержки близких, информированность мамы о состоянии ребенка. Возникновению и увеличению интенсивности ощущения собственной неполноценности способствует пребывание матери в роддоме в общей палате с мамами, родившими в срок и ухаживающими за своими новорожденными детьми. Это ощущение усиливается при отсутствии эмоциональной поддержки от врача, так как матери переживали общение с ними как внешнюю оценку их несостоятельности. Неожиданным является нежелание многих матерей сообщать своим родственникам и знакомым о рождении ребенка, кроме самых близких, так как они боятся лишних вопросов и негативных оценок с их стороны.

Усиливают негативные эмоциональные состояния, по данным Е. В. Поневаж [184], общение с врачами-реаниматологами, общение с медицинским персоналом роддома, с родственниками и знакомыми, а также внешний вид ребенка. Подавляющее большинство матерей при первом общении с врачом недостаточно информированы, они практически незнакомы с проблемами недоношенных детей. Они не ориентируются в терминах, которыми им объясняют состояние детей, не могут понять тяжести диагнозов, которые им сообщают, и сообщения врачей не помогают им, а только усиливают эмоциональное неблагополучие.

Наибольшая выраженность страха за жизнь ребенка возникала у матерей в тот момент, когда мать впервые видела ребенка в реанимации. Недоношенные дети в первые дни и недели жизни сильно отличаются от доношенных по внешнему виду. Дополнительным отталкивающим фактором является вид капельниц, трубок аппарата искусственной вентиляции легких, катетеров, проводов и другого оборудования, обеспечивающего жизнь ребенку. Неподготовленная мать при первом взгляде пугается внешнего вида ребенка, а затем у нее возникает чувство сильной жалости, чувство вины перед ребенком, которое усиливает ощущение собственной неполноценности.

Чувство собственной беспомощности возникает на вторые–третьи сутки после рождения ребенка, когда мама уже физически несколько окрепла и у нее появляется стремление к активности, потребность что-либо делать по отношению к ребенку. Невозможность как-то повлиять на жизненно значимую ситуа-

Репозиторий БрГУ

цию оказывает негативное влияние на эмоциональное состояние женщины, усугубляя и ее чувство неполноценности, и страх за жизнь ребенка. Усиливает это переживание наблюдение за «благополучными» матерями, родившими своих детей в срок и ухаживающими за ними.

У матерей, родивших недоношенных детей, особенно велик риск возникновения депрессивных состояний, он гораздо выше, чем у женщин, родивших ребенка в срок. Дополнительно на возникновение депрессии у матерей недоношенных детей могут повлиять такие факторы, как отсутствие эмоциональной поддержки и тяжелое социально-экономическое положение семьи. Установлена также связь материнской депрессии с фактом более ранней выписки из стационара матерей по сравнению с их детьми, которые остаются на неопределенный срок в отделении выхаживания новорожденных. Длительное пребывание младенца в стационаре неблагоприятно сказывается и на психологическом состоянии родителей, у них преобладают тревога, страх, беспомощность, печаль. Отмечается, что, «когда младенец попадает домой, эти отрицательные эмоции сменяются изумлением, доверием, любовью, чувством комфорта, а также представлениями о ребенке как о требующем обеспечения, защиты и привязанности» [138, с. 3].

В долгосрочной перспективе эмоциональное состояние родителей недоношенных детей становится значительно более позитивным. В оригинальном исследовании Д. Волке [559] оценивалось качество жизни родителей, когда их детям исполнилось 27 лет. В среднем по выборке родители недоношенных взрослых оценивают качество своей жизни не ниже, чем родители, дети которых родились в срок. Более низкий уровень качества жизни родителей, имеющих недоношенных детей, прогнозируется при наличии у детей проблем в отношениях со сверстниками и проблем психического здоровья.

Содержание психологической помощи матерям, родившим недоношенных детей. Основными факторами, утяжеляющими эмоциональное состояние женщин, Е. В. Поневаж [184] считает неготовность медицинского персонала и близких матери ко взаимодействию с женщиной, пережившей преждевременные роды. Помощь в данном взаимодействии, информирование об особенностях переживаний и реакций с учетом специфического стрессора – задача клинического психолога, работающего в системе сопровождения беременности и родов (в частности, в родильных домах) [183]. Такая работа позволит в значительной степени преодолеть сложности в диаде «мать – дитя», возникающие в результате преждевременных родов, а следовательно, и улучшить прогноз развития недоношенного ребенка.

Французскими исследователями установлена взаимосвязь между оказанием матери социальной поддержки и уменьшением депрессивных симптомов, отсутствием проявлений материнской травмы перед выпиской домой. Медицинский персонал оказался чувствительным к переживаниям матерей и предлагал конкретную поддержку [341]. В британском исследовании [508] оценивалась приемлемость и эффективность специально подготовленной медсестры для работы с такими мамами. Психологическая помощь таким матерям в отделении

Репозиторий БрГУ

родильного дома возможна и способствует улучшению их самочувствия и качества жизни.

Работа с матерями должна быть направлена на преодоление материнской некомпетентности в ее конкретных проявлениях. Основными проявлениями депривированного материнского поведения являются низкий уровень компетентности, неспособность «прочитывать» и правильно интерпретировать сигналы, использование неадекватных состоянию младенца способов разрешения ситуации, непонимание эмоциональных и физиологических потребностей ребенка. Как показал опыт О. Р. Ворошиной [57], коррекция депривированного материнского поведения предполагает дифференцированный подход с учетом типа личностного реагирования, характера эмоционального отношения к ребенку, уровня компетентности матери во взаимодействии с ним. При этом наблюдается разная динамика преодоления последствий депривированного материнства, что может быть объяснено неблагоприятным характером взаимоотношений матери в собственной и родительской семье, ригидным следованием стереотипам собственного детства, наличием внутрисемейных конфликтов, периодами временного ухудшения в состоянии здоровья ребенка.

Наиболее важным клиническим результатом исследований является понимание необходимости поддержания здоровых отношений между родителями и младенцами уже в отделении интенсивной терапии, а также в первые месяцы жизни ребенка [346]. Ранние индивидуальные семейные вмешательства в период госпитализации новорожденных и перехода к дому снижают материнский стресс и депрессию, повышают самооценку у матерей и улучшают ранние положительные взаимодействия между родителями и недоношенными детьми.

Стимуляция развития детей, родившихся глубоко недоношенными, и абилитация младенцев. Маленький ребенок нуждается в любви, заботе, уходе и безопасности. Для того, чтобы это стало возможным, ребенок должен получать поддержку надежных близких взрослый и постоянный контакт с другими близкими ему людьми [296]. В первую очередь таковыми являются родители, которые заботятся о потребностях ребенка и несут ответственность за создание условий благополучного биопсихосоциального развития недоношенного ребенка. Для того чтобы мать и отец стали действительно доверенными, близкими и находящимися всегда в распоряжении ребенка людьми, необходима социальная поддержка. Родители нуждаются в такой поддержке, чтобы стать родителями, которые полны любви и уверены в себе, которые могут сами оказать поддержку своему ребенку. У недоношенного ребенка есть разные потребности, которые стимулируют его здоровое развитие и мотивируют его поведение. Основное значение для благополучного развития недоношенного ребенка имеет удовлетворение не только физиологических потребностей, но и потребностей в безопасности и привязанности, потребностей в сенсорной стимуляции и поисковой активности, а также в избегании болевых раздражителей.

Программы ухода и абилитации недоношенных младенцев обоснованы и реализованы в Мюнхенском детском социально-педиатрическом центре [548; 549]. В первую очередь в этих программах используются методы сенсорной стимуля-

Репозиторий БрГУ

ции, методы уменьшения тактильной и болевой чувствительности ребенка [469], а также обучение родителей уходу за ребенком, который учитывает основные потребности недоношенного ребенка.

В программе абилитации младенцев, родившихся недоношенными, разработанной и реализованной специалистами Казанской школы детской неврологии [20], используемые методы, основанные на лечебной педагогике М. Монтессори [551], реализуются последовательно в зависимости от этапа онтогенеза. В первые три месяца, скорректированного по сроку возраста гестации, они включают в себя мультисенсорную стимуляцию, стимуляцию симметричной флексорной позы, преодоление гравитации, снижение нагрузки с органов и тканей, стимуляцию взаимоотношений в диаде «мать–дитя» тактильно-кинестетическую стимуляцию ладоней и стоп. Затем программа расширяется, добавляется стимуляция поворота со спины на живот, стимуляция моторики кисти и вокализаций, формирование полей зрения, организация движений в поле земного тяготения, через получение статокинетического опыта. Е. И. Токовая [229] обосновала и оценила эффективность стимулирующей реабилитационной методики тонкого пальцевого тренинга для глубоко недоношенных детей с периода новорожденности. Положительное влияние тонкого пальцевого тренинга, проводимого с помощью тактильной стимуляции ладоней, на ближайший неврологический статус детей и на отдаленное развитие их тонкой моторики и речи, было подтверждено посредством биохимических анализов крови.

Многие программы абилитации недоношенных младенцев в настоящее время включают стимуляцию отношений в диаде «мать–дитя» и профилактику аффективных расстройств у матери, поскольку симптомы послеродовой депрессии у матери являются надежным предиктором нарушений коммуникативного и эмоционального развития ребенка [441; 577].

2.2.2 Дети, родившиеся в результате вспомогательных репродуктивных технологий

Среди младенцев, которым необходимы реанимационные мероприятия в ранний постнатальный период, достаточно высока доля детей, зачатых при помощи вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Затруднения, которые испытывает семейная пара при зачатии ребенка, могут иметь как физиологические, так и психологические основания – для беременности после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) характерен ее сверхценный статус, часто по тревожному типу, а также конфликтный личностный смысл [128; 217]. Матери детей, зачатых с помощью ЭКО, чаще, чем матери детей, зачатых естественным путем, характеризуются гипертимностью, тревожностью, импульсивностью и реже – мужественными чертами характера и демонстративностью. У таких женщин чаще проявляется тревожное отношение к беременности и ребенку, эйфорическое отношение к родам, а после рождения они излишне опекают своих детей. В период беременности у них часто отмечаются гипогностический тип отношения к родам, депрессивный тип отношения к себе и ребенку и тревожное

Репозиторий БрГУ

отношение к посторонним людям [114]. В состоянии психологического комфорта находится 50 % женщин в группе ЭКО, в то время как в группе пациенток со спонтанной беременностью оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанаты имеют 80 % пациенток [134]. Семьи, планирующие или осуществившие зачатие с ВРТ, находятся в зоне риска как с медицинской, так и с психологической точки зрения: проблемы, которые сопутствуют «искусственному» зачатию, продолжают оказывать влияние не только после рождения, но и в периоде раннего детства [128].

Российские и зарубежные специалисты-медики едины во мнении, что дети, зачатые в результате ВРТ, чаще имеют отклонения в состоянии здоровья, но причиной этих нарушений они считают не само по себе применение новых технологий, а факторы, им сопутствующие: недоношенность, многоплодная беременность, осложнения в перинатальном периоде и др. [216; 518]. Авторы исследований отрицают наличие проблем в физическом и умственном развитии детей, рожденных посредством ВРТ, однако исключения относятся к случаям многоплодной беременности и недоношенности. В меньшей степени изучены особенности эмоционально-личностного развития детей, детско-родительские отношения.

В работе М. Е. Ланцбург и Д. А. Полупановой [128] изучены особенности взаимодействия матерей с детьми раннего возраста, зачатых путем экстракорпорального оплодотворения. Матери группы ЭКО (в сравнении с зачавшими спонтанно) проявляют меньшую чувствительность к детям в процессе игры и чаще регулируют их поведение, активно вмешиваясь в игру. Дети группы ЭКО реже, чем зачатые спонтанно сверстники, отвечают на инициативу матерей и чаще проявляют во время игры с матерями отрицательные эмоции. Синхронизация действий в диадах и длительность игровых действий в группе ЭКО снижена. Отдельных матерей из группы ЭКО отличала пониженная чувствительность к ребенку как на этапе беременности, так и в дальнейшем взаимодействии с ребенком, сочетающаяся с преобладанием регулирующего характера эмоциональной вовлеченности во взаимодействие с ребенком. В исследовании Е. В. Соловьевой [217] получены сходные результаты: у женщин, зачавших посредством ЭКО, по сравнению со спонтанно зачавшими матерями, чаще выявлено нарушение материнской компетентности. Для них характерно существенное снижение уровней чувствительности и отзывчивости к детям, а также стремление демонстрировать достижения ребенка, регулировать его поведение без учета актуального состояния. Взаимодействие в диаде в группе ЭКО характеризуется снижением уровня вербального и невербального общения.

В исследовании В. А. Якуповой приняли участие диады «мать-младенец» (в возрасте от 6 до 12 месяцев), которые были зачаты путем спонтанной беременности и посредством ЭКО. Автор исходит из положения о том, что «внутренняя позиция матери, как система отношений к выполнению родительских функций, к себе в роли матери и к ребенку, определяет процесс освоения родительской роли и характер детско-родительского взаимодействия» [259, с. 47].

Эмоциональная сторона детско-родительского взаимодействия в группе ЭКО носит выраженный положительный характер: матери демонстрируют вы-

Репозиторий БрГУ

сокую способность к безусловному принятию ребенка, стремятся к телесному контакту с ним, однако они меньше склонны поддерживать инициативу ребенка, чем матери группы спонтанной беременности. Особенности детско-родительского взаимодействия находят отражение в особенностях развития ребенка: младенцы, чьи матери поддерживают их инициативу, склонны проявлять большую активность. Стремление к телесному контакту с матерью более выражено у младенцев, чьи матери чаще прикасаются к ребенку, обнимают и берут на руки. Участницы программы ЭКО положительно относятся к выполнению родительских функций, в то же время испытывают сомнения в собственной родительской компетентности, склонны устанавливать повышенные требования к себе в роли матери.

Сомнения матерей в собственной родительской компетентности связаны с длительной историей бесплодия, а не с самим фактом прохождения процедуры ЭКО. Вероятно, именно поэтому для матерей группы ЭКО невысокую значимость имеют успехи и ход развития ребенка, что может быть следствием высокой неопределенности исхода беременности.

Семьи, планирующие воспользоваться ВРТ, должны получать психологическую помощь как на этапе беременности, так и в первые годы после рождения ребенка. Основная задача психологической помощи – формирование материнской компетентности по отношению к ребенку, который появился в результате экстракорпорального оплодотворения. Материнская компетентность включает в первую очередь формирование материнской чувствительности и отзывчивости по отношению к ребенку.

Существующие варианты рождения детей создают специфическую социальную ситуацию развития ребенка, преждевременно рожденного или рожденного с помощью ВРТ [218]. Трудности появления ребенка на свет создают напряженные эмоциональные состояния у матерей, связанные с тревогой за ребенка и своей беспомощностью, а также связанные со сверхценным отношением к ребенку. Отклонения в развитии у детей возникают вследствие как перинатальной патологии, так и особого отношения матерей к детям. Особое отношение порождается стереотипным восприятием ребенка как слабого и нуждающегося в более бережном и щадящем отношении или ожиданием возможных проблем. Во взаимодействии с ребенком матери не всегда могут правильно оценивать состояние ребенка и его ответные реакции на свое воздействие, а также оценить актуальные потребности ребенка. Таким образом, проблемы в развитии детей, появившихся на свет нетипичным способом, объясняются сложным рисунком взаимодействия характеристик матери и ребенка.

2.3 Трудный темперамент

Концепция трудного темперамента в детском возрасте была предложена А. Томасом и С. Чесс [243; 532; 533]. Согласно представлениям авторов, свойства темперамента имеют биологическую основу, а сам темперамент является немотивационным фактором, определяющим поведение. Э. Мэш определяет

Репозиторий БрГУ

темперамент как стиль поведения ребенка, который проявляется на раннем этапе развития (например, нервозность или пугливость), формируя отношение ребенка к среде [159], а также способность индивида комфортно адаптироваться к требованиям каждой ситуации, используя гибкие способы поведения. На этих основаниях темперамент относится к регулирующим функциям.

Основываясь на опыте исследования больших групп детей разного возраста, А. Томас и С. Чесс предложили выделять 9 основных характеристик темперамента, позволяющих оптимальным образом и наиболее полно охарактеризовать совокупность поведенческих особенностей детей:

- активность: уровень двигательной активности, объем движений, осуществляемый ребенком во время сна, кормлений, пеленаний и переодеваний;
- ритмичность, или регулярность: прогнозируемость появления поведенческих реакций в течение 24 часов, характеризующая устойчивость чередований периодов сна и бодрствования, времени опорожнения кишечника, кормлений, продолжительности приемов пищи и т. п.;
- приближение или избегание: первичная реакция на все новое, характеризующие первую реакцию на новые внешние стимулы, новых людей, новые места;
- адаптивность: легкость привыкания к новым условиям и к изменению привычных условий окружающей среды;
- интенсивность: выраженность положительных и отрицательных эмоций, энергетический уровень реакции, отражающий силу, с которой ребенок выражает свои эмоции, независимо от того, положительные они или отрицательные;
- настроение: преобладание положительного или отрицательного эмоционального состояния, соотношение поведенческих реакций в течение суток, окрашенных положительными или отрицательными эмоциями;
- настойчивость: отражает время, в течение которого ребенок может осуществлять непрерывно определенный вид деятельности; способность ребенка заниматься чем-либо относительно длительный период времени, несмотря на препятствия;
- отвлекаемость: способность переключать внимание с одного стимула на другой и в соответствии с этим менять свое поведение; она является показателем того, насколько легко успокоить ребенка или отвлечь его от определенных занятий;
- порог: отражает минимальную силу внешних воздействий (пищевых, звуковых и иных), необходимую для появления реакции ребенка.

В психобиологической модели М. Ротбарт [492], появившейся на волне дискуссий по концепции А. Томаса и С. Чесс и фактически представляющей собой обобщение и дополнение их идей, темперамент определяется как конституционально обусловленные индивидуальные различия в реактивности и саморегуляции, модифицируемые под влиянием наследственности, созревания и опыта. Конституция трактуется как относительно устойчивая биологическая структура индивида, находящаяся под влиянием наследственности, созревания и опыта. Реактивность характеризуется аффективной возбудимостью, двигательной активностью и сопутствующими реакциями, которые можно оценить посредством показателей порога, латентного периода, интенсивности, времени достижения

Репозиторий БрГУ

пика реакции и времени восстановления. Саморегуляция является совокупностью процессов, регулирующих поведение и эмоции и включающих внимание, приближение или избегание, торможение поведения и самоутешение.

Дальнейшие исследования были направлены не только на изучение отдельных характеристик темперамента ребенка, но и на описание профиля его темперамента в целом, что позволило с определенной долей условности выделить три группы [307; 367; 524; 533].

Ребенок *с легким темпераментом* характеризуется ритмичностью поведения, высоким приятием, низкой интенсивностью реакций, высокой адаптивностью и позитивным настроением. Такой ребенок характеризуется позитивными эмоциями и доступностью. Этот параметр описывает «покладистого ребенка», который, как правило, доступен для других, адаптивен к своей среде и обладает способностью достаточно легко регулировать процессы питания, сна и выделительные функции. Детей с легким темпераментом авторы описывают как ритмичных, легко реагирующих на новое, быстро приспосабливающихся и больше склонных к положительным эмоциям.

«Медленно разогревающийся («slow-to-warm-up») ребенок напоминает «трудного» ребенка, но отличается низкой двигательной активностью и умеренной интенсивностью, его отличают пугливость или заторможенность; такой ребенок к новым или трудным ситуациям подходит с осторожностью, он склонен к избеганию всего нового. Поведение таких детей более разнообразно в том, что касается саморегуляции и адаптивности: они могут проявлять симптомы дистресса или негативное отношение к отдельным ситуациям, низкую активность, средний уровень интенсивности эмоций, ритмичности и отвлекаемости.

Ребенок *с трудным темпераментом* (к этой категории были отнесены 10 % детей исследуемой выборки. Для ребенка с трудным темпераментом характерны минимум четыре из пяти параметров, отражающих трудность темперамента: 1) преобладание нерегулярного, неритмичного биологического функционирования; 2) изначальное непринятие изменений в окружающей среде; 3) низкий уровень адаптивности или медленная адаптивность по отношению к изменениям окружающей среды; 4) высокая интенсивность эмоциональной экспрессии; 5) негативное настроение. Таким образом, у детей отмечается повышенная реактивность в областях четырех «А»: Arousal – Activity – Affect –Attention (возбуждение – активность – влияние – внимание) как по отношению к неизвестному объекту, так и по отношению к ограничениям. Такой ребенок оценивается как аритмичный или с низким уровнем ритмичности, проявляющий неприятие, низкую адаптивность, высокую раздражительность и интенсивность реакций с преобладающим негативным настроением. Некоторые дети с таким темпераментом склонны к переживанию дистресса в новых или трудных ситуациях, а другие переживают дистресс или раздражительность, например, в ситуации запретов; они характеризуются недостатком умений успокоения и самоуспокоения, а также отсутствием тормозящей саморегуляции, что свидетельствует об отсутствии баланса между активирующими и тормозящими системами и вызывает трудности регулирования эмоций. Дети отличаются низкой толерантностью к

Репозиторий БрГУ

фрустрации, импульсивностью, неумением отключать или фильтровать несущественные стимулы. Важными признаками являются также стремление к поиску ощущений или отвлекаемость.

Авторы концепции трудного темперамента в 1982 году пересмотрели его первоначальное определение [534], и категория трудного темперамента превратилась в модель континуума в направлении от простого к сложному. Предложенная ранее 5-факторная модель трудного темперамента была заменена на 3(4)-факторную модель, в соответствии с которой структура трудного темперамента включает в себя настроение, принятие изменений, адаптивность, а также в отдельных случаях отвлекаемость. В новой модели отсутствуют показатели ритмичности и интенсивности эмоциональной экспрессии. Таким образом, ключевые характеристики трудного темперамента остаются стабильными: центральными симптомами поведения, относящегося к трудному темпераменту, являются длительное беспокойство или плач, а также длительный период, необходимый для регулирования негативного аффекта у ребенка. Наиболее явные признаки трудного темперамента у ребенка наблюдаются в возрасте 6–9 месяцев, и они сохраняются вплоть до 24 месяцев.

Трудный темперамент является относительно стабильным, так как его признаки наблюдаются в малоизмененном виде на протяжении первых лет жизни.

В настоящее время получила признание *интерактивная модель* темперамента [192; 492], смысл которой сводится к тому, что особенности поведения ребенка в конкретное время являются продуктом взаимодействия присущих ему биологических особенностей и факторов микроокружения. Рассматривая происхождение темперамента, М. Раттер подчеркивает, что «особенности темперамента имеют выраженную генетическую природу, однако было бы совершенно неправильно рассматривать их как полностью "конституциональные". …Они зависят от жизненного опыта ребенка, являясь результатом сложного и непрерывного взаимодействия между генетическими, биологическими и многочисленными социальными факторами» [192, с. 142]. Поэтому данные, необходимые для оценки темперамента ребенка, должны основываться на многочисленных поведенческих реакциях, зафиксированных в различных ситуациях и отражающих различные стороны жизнедеятельности.

Концепция трудного темперамента инициировала множество новых исследований, которые расширяли представления о роли трудного темперамента в развитии ребенка в раннем онтогенезе, а также в более старших возрастах. Важным направлением исследований стало выявление роли трудного темперамента в происхождении и развитии психических расстройств и нарушений развития в детском возрасте. В частности, установлено, что именно в раннем возрасте влияние темперамента на развитие ребенка является наиболее значимым, роль темперамента как фактора возникновения психических расстройств существенно снижается с возрастом. Трудный темперамент может иметь значение для выработки механизмов преодоления трудностей, связанных с расстройством, определяя их тип и действенность. Авторитетнейший специалист в области психиче-

Репозиторий БрГУ

ского здоровья детей М. Раттер отмечал, что «темперамент – это переменная, имеющая огромное теоретическое и практическое значение для предсказания нарушений психического развития» [494, с. 14]. Трудный темперамент помещает ребенка в условия повышенного риска межличностных, когнитивных нарушений и академических проблем в будущем.

В исследованиях установлены разнообразные связи между различными характеристиками трудного темперамента и проблемами поведения и нарушениями психического развития [359; 560]. Особенности темперамента детей второго года жизни оказались связаны слабой корреляционной связью с аналогичными характеристиками через три года, однако они являлись предикторами и предсказывали появление нарушений поведения [502]. Отрицательная эмоциональность и ее компоненты являются предикторами интернализованных и экстернализованных расстройств поведения и эмоций у детей. Низкий уровень регуляторных способностей вносит вклад в разворачивание синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, в то время как их высокий уровень обладает защитной функцией в отношении интернализованных и экстернализованных расстройств поведения и эмоций [108; 295].

Трудный темперамент у ребенка в возрасте трех лет является предиктором расстройств поведения с началом в детском возрасте, он представляет собой также раннюю историю агрессивного и антисоциального поведения. Прямая связь между трудным темпераментом и агрессивным поведением считается доказанной, однако она опосредуется семейными факторами [48].

Развитие концепции трудного темперамента осуществлялось в работах ряда авторов [524], и одним из важнейших выводов стало понимание необходимости описания трудного темперамента на четырех уровнях: 1) ребенок и его поведенческие особенности; 2) мать, которая может находиться в стрессовых ситуациях, неблагоприятном окружении, иметь личные психологические проблемы; 3) микроокружение ребенка, предъявляющее определенные требования к оптимальному поведению ребенка в зависимости от конкретных ситуаций; 4) воспитательные цели, обусловленные культурологическими особенностями популяции.

Характеристики трудного темперамента у ребенка имеют большое значение для понимания роли родителей в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств в раннем возрасте. Сами по себе черты трудного темперамента являются нейтральными в аспекте разворачивания расстройств эмоций и поведения, или, по меньшей мере прямо не влияют на их возникновение. Важным опосредующим фактором является родительское отношение. Близкие взрослые, осуществляющие уход за ребенком, могут оценивать черты поведения как вредные и нежелательные, опираясь на собственные критерии и сопоставляя поведение ребенка с собственными ожиданиями и потребностями. Следовательно, темперамент ребенка влияет на его отношения с родителями и на качество этих отношений, которые А. Томас и С. Чесс предлагают оценивать с помощью понятий *хорошего или плохого соответствия (goodness or poorness of fit)* [534]. Хорошее соответствие складывается, когда специфика окружения, а также ожидания и требования, предъявляемые родителями к ребенку, хорошо согласуются

Репозиторий БрГУ

с возможностями организма ребенка, его мотивацией и стилем поведения. Хорошее соответствие является своего рода гарантией благополучного, или оптимального развития ребенка. Плохое соответствие приводит к противоречиям между возможностями, формирующимися в конкретных микросоциальных условиях, требованиями к ребенку и возможностями его организма, что приводит к дезадаптации ребенка: ребенок не обладает способностями и свойствами, необходимыми для того, чтобы справиться с требованиями и ожиданиями, которые ему предъявляют окружающие. Эта ситуация вызывает чрезмерный стресс, что приводит к высокой вероятности отклонений в поведении.

Для определения того, в чем именно состоит «плохое соответствие», авторы полагают необходимым опираться на биопсихосоциальный поход [339], подчеркивая тем самым, что несоответствие порождается множеством разнообразных по природе факторов.

Однако хорошее соответствие между характеристиками поведения ребенка и его микроокружением не всегда легко достижимо [307]. Теоретически любой темперамент может сопровождаться хорошим соответствием с внешним окружением, однако в практике ухода за ребенком особенности темперамента ребенка могут быть настолько выраженными, что предъявляют весьма специфические требования к организации ухода и воспитания ребенка, которые трудно или невозможно реализовать.

Трудный темперамент ставит ребенка в условия высокого риска возникновения проблем приспособления в будущем, и во многом это определяется изменениями отношения матери к ребенку. Матери беспокойных детей менее отзывчивы к своим детям и демонстрируют более низкий уровень позитивного материнского поведения [418]; матери трудных детей ведут себя по отношению к ним более интенсивно и напористо, устанавливают меньший визуальный и физический контакт, обеспечивают менее эффективную стимуляцию, меньше демонстрируют успокаивающее поведение [418; 507]. Младенцы с трудным темпераментом в будущем устанавливают отношения небезопасной привязанности [527]. Матери трудных детей оценивают себя как менее эффективных, они считают, что хуже справляются с трудным поведением детей и регулируют их эмоциональное состояние. Но если они оценивают свою материнскую эффективность высоко, это выполняет защитную функцию по отношению к детям, которые ведут себя менее напористо [507].

Концепция трудного темперамента позволила изменить преобладающий взгляд на одностороннее влияние родителей на развитие ребенка и возникновение нарушений: оказалось, что особенности ребенка, в частности его трудный темперамент, влияют на формирование родительского отношения к нему, и поэтому необходимо признать взаимный характер влияний. В частности, было показано, что матери более позитивно настроены к ребенку с легким темпераментом, они проводят с ним больше времени [492]. Однако важен не только тот факт, что одни дети являются легкими в воспитании, а другие трудными, огромное значение имеет оценка и предпочтение родителями разных качеств ребенка,

Репозиторий БрГУ

поэтому необходимо учитывать не только факт трудного поведения ребенка, но и отношение родителей к нему.

В лонгитюдном исследовании Г. А. Виленской [51] рассматривалась роль родителей в развитии у детей контроля поведения как характеристики темперамента в раннем возрасте. Установлено, что развитие контроля поведения идет с различной скоростью в разных по биологическим и психологическим характеристикам группах детей, отражая зарождающуюся субъектность маленьких детей, их способность особым образом организовывать имеющиеся у них психологические ресурсы для достижения цели. Так, в семьях трудных и пассивных детей было обнаружено больше связей особенностей родительского отношения с эмоциональным компонентом ситуативного контроля поведения, а в семьях детей с легким темпераментом – с когнитивным. В группе трудных детей чаще используются неадаптивные стратегии, связанные с избеганием проблемной ситуации и реже – связанные с поиском поддержки у взрослого. Вероятно, жесткое родительское поведение способствует формированию у детей неадаптивных стратегий регуляции, в силу недостаточности регуляторных возможностей у детей, и это подтверждает проблемы в развитии у них контроля поведения. Однако возможна и обратная ситуация, когда несформированность регуляции у детей приводит к увеличению количества и усилению запрещающих и ограничивающих воздействий родителей на ребенка. Особенности родительского отношения, отнесенные автором к средовым факторам, играют важную роль, определяя скорость и траектории развития у ребенка контроля поведения. Таким образом, поведение взрослого как средовый фактор задает степень поддержки и организации среды ребенка.

Одной из важных проблем, рассматриваемых в исследованиях трудного темперамента, является проблема конфликтных отношений между родителями и детьми. Как установлено в лонгитюдных исследованиях, проведенных с помощью наблюдения в естественных условиях, конфликты между родителями и детьми раннего возраста возникают достаточно часто. Конфликты, связанные с регулированием дисциплины, могут происходит с частотой 2 раза в 9 минут, и они достигают максимума в возрасте около 30 месяцев [402; 475]. Поэтому неудивительно, что этот период развития называют «ужасным двухлетием» (terrible twos). Если конфликты между родителем и ребенком продолжаются, их исход может быть для ребенка крайне негативным, вплоть до насилия со стороны родителя. Внутренним содержанием конфликтов родителей и детей является желание и умение ребенка или их отсутствие отвечать на требования родителей, что в зарубежных источниках обозначается понятиями *комплаенса, или комплаентного поведения*, отсутствие же комплаенса обозначается термином «*инкомплаенс*» [524].

Проблема комплаенса становится особенно актуальной к концу второго года жизни, что объясняется спецификой задач развития в данном возрасте. Способность адекватно отвечать на требования родителей появляется в возрасте около 18 месяцев. В этом возрасте у детей совершенствуются моторные и когнитивные способности, в частности умение самостоятельно передвигаться и позна-

Репозиторий ВГУ

вать предметы окружающего мира, что дает им возможность быть самостоятельными в передвижении и познании. Развитие речи и когнитивных способностей позволяет малышам понимать требования взрослых и правила поведения. Возникновение новых способностей приводит к появлению у ребенка чувства собственного достоинства и положительной самооценки. Однако малыш с обретенными способностями, новым интересом к окружающей среде и возникающим чувством самостоятельности может не всегда учитывать требования родителей, что ведет к конфликтам и негативизму. Ребенок вступает в конфронацию со взрослыми, которые оганичивают его инициативу, отстаивая свою самостоятельность, сопротивляясь требованиям родителей, их попыткам контролировать его поведение, в том числе используя негативные способы, например истерики, агрессию [48].

Трудный темперамент усугубляет сопротивление ребенка, поэтому он становится «тяжким бременем» для родителей, приводя к усилению стресса и негативному восприятию ребенка родителями. При этом разные характеристики трудного темперамента имеют разные последствия для установления комплаенса/инкомплаенса. Большое значение имеют также культуральные различия, связанные с принятием и поддержкой в культуре такого поведения, которое направлено на защиту своего Я и отстаиванием своих прав. В этом случае родители будут поддерживать инкомплаентное поведение ребенка, рассматривая его как позитивное. Если же в культуре принимается и поддерживается поведение, связанное с межличностной зависимостью и подчинением, неповиновение и отказ выполнить требования родителей рассматриваются как недопустимое поведение.

В русскоязычных источниках явления комплаенса/инкомплаенса получили названия послушания и непослушания ребенка, и они рассматриваются преимущественно в контексте содержания социальной ситуации развития и проблематики кризиса трех лет [61].

Терапевтическое вмешательство. Проблема трудного темперамента ребенка в первую очередь ставит вызовы перед родителями, которые испытывают существенные трудности в процессе ухода и воспитания ребенка, используя неподходящие способы воздействия на ребенка и взаимодействия с ним. В свою очередь, это приводит к ухудшению поведения ребенка. Поэтому главной терапевтической мишенью в работе с детьми с трудным темпераментом являются родители ребенка, и основным методом работы становится обучение родителей (Parent Education).

Руководства для родителей и содержание терапевтических программ основаны на информировании родителей о трудном темпераменте ребенка, о признаках трудного темперамента. Родителям разъясняют причины поведения ребенка с трудным темпераментом, сообщая о возрастных потребностях, которые побуждают его поведение, в том числе проблемное. Родителям разъясняют, что трудности поведения ребенка не являются их виной, они не вызваны также непонятными прихотями самого ребенка. Главная причина трудного поведения ребенка – его биологически обусловленные свойства темперамента. Поэтому обучение родителей правилам поведения с ребенком в разных ситуациях способ-

Репозиторий БрГУ

ствует установлению более гармоничных отношений между ними и дает возможность уменьшить негативные последствия как для ребенка, так и для самих родителей.

Таким образом, темперамент ребенка представляет собой биологическую предпосылку развития ребенка, и трудный темперамент может трактоваться как первичное нарушение в структуре дефекта. Наличие соответствия темперамента ребенка и родительского отношения к нему является протективным фактором для возникновения нарушений в развитии ребенка в раннем возрасте. Понимание родителями трудного темперамента как биологического свойства, а не как плохого характера ребенка является важным условием достижения соответствия. При реализации несоответствующего отношения родителей и их поведения по отношению к ребенку у него могут наблюдаться эмоционально-поведенческие расстройства.

2.4 Генетические синдромы (дети с синдромом Дауна)

Дети с синдромом Дауна (СД) оказываются в поле зрения исследователей значительно чаще по сравнению с другими категориями детей, имеющими нарушения развития в интеллектуальной сфере. СД является наиболее распространенным нейрогенным расстройством среди других расстройств в когнитивной сфере [365]. СД – специфическая хромосомная патология, при которой в кариотипе у ребенка имеется третья 21-я хромосома, именно поэтому СД называют также трисомией. Распространенность СД обусловлена относительно низким уровнем внутриутробной гибели плодов с дополнительной 21-й хромосомой и довольно высокой жизнеспособностью этих людей – при других хромосомных синдромах показатели гибели плода и ранней гибели организмов после рождения очень высоки.

В ранних работах, посвященных умственному развитию детей раннего возраста с СД, встречались утверждения о том, что ход их развития предопределен, если его оценивать в терминах умственного возраста [213]. Дети с СД в русскоязычной коррекционной педагогике традиционно относятся к группе детей с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью), и их развитие трактуется по аналогии с развитием детей из других категорий, отнесенных к интеллектуальной недостаточности. При СД как специфической форме хромосомных нарушений грубый интеллектуальный дефект сочетается с поражением ряда систем: костной, сердечно-сосудистой, эндокринной, зрительной, слуховой, речевой. По данным М. Г. Блюминой [23], изолированная умственная отсталость наблюдается только у 18 % детей с СД, у 42 % она сочетается с нарушениями слуха, у 12 % – с нарушениями зрения, у 28 % – с недостаточностью обеих сенсорных систем. Сочетанные нарушения зрения и слуха дают выраженный «синергетический» эффект для углубления процессов недоразвития ребенка. У детей также отмечается задержка развития речи и трудности в обучении.

В диссертации, выполненной в 2000 году, А. В. Алёхина [5] называла своеобразным тормозом в развертывании психологической и педагогической

Репозиторий БрГУ

помощи детям и их родителям устойчиво сохраняющиеся тенденции в русскоязычной клинической и педагогической практике рассматривать СД как состояние неперспективного психического развития. На уровне принятия конкретных решений в то время заключения такого рода обобщались в понятие «необучаемые», что создавало в обществе комплекс негативных социальных стереотипов и нравственно-этических проблем относительно детей с СД и их родителей. На основании обобщения данных множества исследований, в которых анализировались умственные способности детей с СД, были сделаны следующие выводы: «…шансы ребенка с болезнью Дауна иметь IQ выше 50 составляют 30–55 %. …Развитие детей с болезнью Дауна может варьировать в широких пределах; пределы обучаемости детей с болезнью Дауна достоверно неизвестны» [178, с. 24].

В литературе накоплены многочисленные данные о несоответствии уровня психического развития детей с СД уровню нормально развивающихся сверстников. Развитие ребенка с СД подчинено общим закономерностям развития, но значительно отличается и не совпадает по темпу, качеству и соотношению разных психических функций применительно к конкретному возрасту [5]. Однако проблемным остается вопрос о различиях итогов психического развития детей с СД и детей с другими интеллектуальными нарушениями в раннем возрасте. Некоторые исследователи рассматривают специфические особенности процесса психического развития детей с СД по сравнению с другими категориями детей с интеллектуальной недостаточностью.

Дети с СД представляют собой неоднородную группу по степени тяжести расстройства и по степени интеллектуальной недостаточности. Дети с СД в определенной степени демонстрируют снижение уровня интеллектуального развития, но разброс этих нарушений достаточно велик: от нижней границы нормы до средней и даже тяжелой степени умственной отсталости. Рассматривая коморбидность при СД, американские исследователи установили, что индивиды с синдромом Дауна имеют высокий риск расстройств аутистического спектра, и 7–18 % из них соответствуют диагностическим критериям РАС [335; 417].

Во многих исследованиях интеллекта детей с СД было зафиксировано постепенное снижение тестовых показателей от почти близких к норме в первые месяцы жизни до уровня выраженной интеллектуальной недостаточности в школьном возрасте [169]. В наибольшей степени дети с СД похожи на нормотипичных сверстников в раннем возрасте, но с возрастом темп их развития снижается, и они начинают демонстрировать отставание в развитии. Дети с СД в возрасте 24 месяцев с оценками показателей развития выше среднего и ниже среднего характеризуются в дальнейшем разными профилями развития. Мужской пол, отсутствие или наличие инфантильных спазмов и особенно уровень умственного развития в возрасте 24 месяцев являются предикторами уровня интеллекта и адаптивных навыков в 10-летнем возрасте; развитие моторных навыков предсказывается ранними характеристиками развития значительно хуже [422].

В исследовании В. Лоффлер и Г. Смит [213, с. 118] проведена серия экспериментов с использованием шкалы Гезелла. Измерялся коэффициент развития у 24 детей с СД. Выяснилось, что с возрастом коэффициент развития снижается:

Репозиторий БрГУ

на первом году жизни – 71, на втором – 63, на третьем – 55, на четвертом – 47. Тем не менее умственный возраст детей с СД в целом продолжает расти. Это значит, что дети с СД, становясь старше, осваивают новые навыки, но делают они это все медленнее по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками. Авторы подчеркивают наличие существенных индивидуальных различий между детьми, которые определяются биологическими факторами, наличием соматических заболеваний, сенсорными нарушениями, особенностями социального окружения.

Среди ученых развернулась дискуссия относительно причин, которые вызывают снижение с возрастом коэффициента интеллекта у детей с СД. Одни специалисты считают, что это связано с функционированием головного мозга, другие полагают, что снижение показателей интеллекта отражает возрастание требований общества к ребенку по мере его взросления, что, в свою очередь, отражается в содержании и сложности тестовых заданий, которые предъявлялись детям. В частности, с возрастом увеличивается удельный вес вербальных заданий и уменьшается удельный вес невербальных заданий, а дети с СД лучше справляются с невербальными заданиями. В результате дискуссий было признано, что действуют оба фактора.

Более низкие показатели развития детей с СД в раннем возрасте связываются также с наличием у детей врожденных пороков сердца. Сравнение показателей развития детей с СД с пороком сердца и не имеющих порока сердца показало более низкие оценки в области тонкой моторики, рецептивном и активном словарном запасе, в уровне совместного внимания у детей с СД с пороками сердца [545]. Нарушение сердечной деятельности, вызванное пороками сердца, ухудшает работу головного мозга, что напрямую сказывается на показателях развития детей.

Психомоторное развитие ребенка с синдромом Дауна в раннем детстве. Значительный интерес в практико-ориентированных исследованиях вызывает проблема неравномерности развития ребенка с СД в разных областях, которая отражается в профиле развития [169; 337; 343;501]. При построении профилей развития вычисляется возраст развития в каждой из областей (общая моторика, тонкая моторика, игра, самообслуживание, речь и понимание речи, социальное развитие). Констатируя снижение показателей возраста развития во всех областях, исследователи указывают на существующую неравномерность в разных областях развития. Неравномерность развития сохраняется в пределах раннего возраста, при этом показатели возраста развития увеличиваются параллельно с увеличением хронологического возраста детей. К. Саримски [501] установил, что профиль развития у детей с СД в возрасте от 12 до 38 месяцев, составленный по показателям возраста развития, характеризуется сниженными показателями в области грубой моторики и активной речи, причем отставание составляет половину от хронологического возраста, в то время как показатели тонкой моторики и понимания речи значительно их превосходят, и отставание составляет от одной четверти до одной трети от хронологического возраста. Е. Дикенс [337] обнаружил относительную слабость в развитии коммуникативных способностей у

Репозиторий БрГУ

детей с СД по сравнению с показателями самообслуживания и социальных способностей, что напрямую отражает трудности активной речи у детей с СД. Оценивая профиль развития у детей с СД посредством шкалы Бейли, Д. Фидлер [343] описал неравномерность их развития в когнитивной и моторной сферах: продвижение в когнитивной сфере было более существенным, что означает более медленный темп развития детей в моторной сфере по сравнению с когнитивной сферой, и особенно в развитии тонкой моторики по сравнению с развитием грубой моторики. По данным О. И. Пальмова [169], в наибольшей степени отставание в развитии, начиная с раннего возраста, выражено в речевой и когнитивной сферах.

В одном из немногих исследований процесса развития детей с СД, в проведенном с помощью лонгитюдной стратегии, Дж. Карр [309] изучается развитие детей с синдромом Дауна: одни и те же дети наблюдались на протяжении нескольких десятилетий. Для сравнения изучались нормально развивающиеся дети того же возраста. В младенчестве в отношении кормления младенцы с синдромом Дауна отличались меньшей живостью и жаждой пищи, демонстрировали более слабые сосательные рефлексы и были более сонливыми, чем их сверстники из контрольной группы. Матери не кормили их по первому требованию всего лишь потому, что младенцы были слишком непритязательными, редко плакали и вели себя так, что в определенных случаях их приходилось будить. Более того, грудью вскармливались меньшее число младенцев ввиду трудностей, связанных с приучением их к сосанию.

Кормление из бутылочки не только было правилом, но дети с синдромом Дауна также оставались дольше зависимыми от бутылочки из-за задержки у них моторного развития. В 12 месяцев они напоминали 8-месячных, не могли контролировать хватательные движения, необходимые для самостоятельного питания. Хотя 4-летние дошкольники с синдромом Дауна продолжали отставать от контрольной группы в самостоятельном питании, 2/3 их были способны съесть обычные семейные обеды, и для большинства матерей кормление переставало быть проблемой.

Период от 9 до 36 месяцев отличался собственными специфическими проблемами. Ребенок с синдромом Дауна испытывает меньший интерес к исследованию объектов и большие трудности с поддержанием совместного внимания к объектам и взрослому, как правило отстраняясь от игры.

Приучение к опрятности. Детей двух групп начинали приучать к опрятности в одном и том же возрасте. Однако к 4-летнему возрасту дети с синдромом Дауна значимо отставали во всех аспектах опрятности: они чаще мочились в постель, мочили и пачкали свои штанишки и были менее умелыми в самообслуживании.

Что касается *инициативы*, то начинающие ходить дети с синдромом Дауна реагировали на окружающую среду, но не демонстрировали ни той интенсивности усилий, ни того интереса к новизне, которые отличали их нормально развивающихся сверстников. Поэтому они описываются как легко идущие на

Репозиторий БрГУ

контакт, обладающие слабой реакцией, позитивно настроенные и упорные, но в целом как «пассивные».

Моторное развитие. Для детей с синдромом Дауна характерна мышечная гипотония, то есть сниженный мышечный тонус в конечностях, а также в мышцах губ и языка, что является одной из причин задержки развития двигательных функций, а также недоразвития речи. Для детей характерна неловкость движений, походки, повышенная гибкость, или гипермобильность, суставов. У них обнаруживаются задержки в развитии основных локомоторных функций: удержание головы, сидение, прямостояние, с трудом формируется координация движений. Чем сложнее двигательная функция, тем значительнее сдвинуты сроки овладения ею детьми. Но большинство детей в конце концов овладевают многими крупными локомоторными актами, хотя их действия не столь ловкие и точные. Возраст начала ходьбы у детей колеблется между 13 и 48 месяцами (для сравнения: у нормально развивающихся детей – от 9 до 17 месяцев). Однако более сложными двигательными навыками они овладевают с большим трудом. Так как дети медленнее реагируют на внешние стимулы, медленнее получают информацию о ситуации выполнения движения, целостное движение или действие они выполняют в течение большего промежутка времени.

Когнитивное развитие. Оценка когнитивного развития детей с СД проводилась на основании концепции о стадиях интеллектуального развития (Ж. Пиаже), в соответствии с которой период от рождения до двух лет назван стадией сенсомоторного интеллекта, а старше двух лет – стадией дооперационного интеллекта. Оказалось, что общий порядок овладения нормативными навыками или прохождения стадий можно считать сходным (но необязательно идентичным) у детей с СД и обычных детей. Однако когнитивное развитие детей с СД отличается от аналогичного развития обычного ребенка во многих отношениях. Дети с СД по сравнению с нормально развивающимися сверстниками в отношении стадий развития продемонстрировали б***о***льшую вариативность, а когнитивные структуры и развитие организованы у детей с СД на более низком уровне. Различия касаются структуры процессов, связанных с овладением конкретными навыками и их выполнением [155]. Характерной для детей с СД является низкая надежность, нестабильность их достижений при выполнении предлагаемых заданий, которая связана с недостаточной мотивацией детей, а также с низким уровнем настойчивости и пробующих действий. Когнитивное развитие ребенка с СД характеризуется низкой эффективностью продвижения, следствием чего является запаздывание в овладении основными нормативными навыками. Однако нельзя объяснять все особенности развития детей с СД только более поздним прохождением через возрастные нормативы, различия между детьми касаются не столько отсутствия у детей с СД различных умений, сколько описываются в терминах «уровней» владения навыками [155].

Ориентировочно-исследовательская активность детей с СД в возрасте 12 месяцев значимо коррелирует с показателями моторного развития по шкале Бейли, однако в возрасте 18–24 месяцев эта корреляция отсутствует [361]. Корреляция ориентировочно-исследовательской активности со шкалой умственного

Репозиторий БрГУ

развития становилась значимой к 24 месяцам, когда у детей появлялась символическая игра. Порядок, в котором дети с СД осваивают новые исследовательские и соответствующие им игровые действия, сходен с тем порядком, который наблюдается у нормально развивающихся сверстников в период от 12 до 24 месяцев. Однако их освоение происходит в более старшем возрасте, особенно задерживаются сроки действий «понарошку с самим собой», а сами действия встречаются значительно реже, что свидетельствует о трудностях символизации. Дети с СД обнаруживают более высокий уровень этих действий, когда матери играют с ними, а не просто наблюдают за их игрой, хотя общая частота игровых действий в обоих случаях примерно одинакова.

Социальное развитие. У детей раннего возраста с СД наблюдается выраженная задержка в развитии навыков коммуникации, отставание в моторном развитии, пассивность в исследовании, низкое количество инициаций в контактах [169]. Нарушения поведения у детей с СД встречаются не чаще, чем у нормально развивающихся детей, исключение составляет лишь гиперактивность, которая больше выражена у детей с СД [501].

У детей с СД наблюдается комплекс поведенческих трудностей: упрямство, вспышки раздражительности, гиперактивности, стереотипные действия. Дети с СД демонстрируют притупленный аффект, большую латентность плача при разлуке, ребенка труднее успокоить [309]; дети испытывают трудности выражения своих желаний, и они более уступчивы запросам матери [169]. Причинами такого поведения является стремление ребенка избежать трудностей или привлечь к себе внимание.

Дети с СД показали такой же уровень совместного внимания, как у нормотипичных детей, и этот уровень был выше, чем у детей с задержкой развития и с расстройствами в спектре аутизма [365]. Хотя можно было ожидать, что дети с задержкой развития и СД имеют одинаковые когнитивные дефициты, уровни совместного внимания у них будут также одинаковыми. Вероятно, уровень совместного внимания связан с уровнем социального развития ребенка и поэтому является сильной стороной детей с СД. В исследованиях подчеркивается наличие уникального позитивного социального функционирования детей с СД, что рассматривается как их отличительная черта и потенциальный защитный фактор. Развитое совместное внимание может быть результатом ранних социальных компетенций у детей с СД (вокальная и лицевая имитация, повышенный интерес к другим людям, социальная ориентация и поведение). Поскольку у детей хорошо развиваются двигательные навыки и координация, они могут более активно участвовать в совместной деятельности. Кроме того, из-за недостаточности активной речи дети с СД могут понять, что лучший способ общаться с другими людьми – это совместное внимание, и особенно инициирование совместного внимания, которое способствует проявлению их сильных сторон в невербальной коммуникации [344].

Речевое развитие. Важную роль в развитии речи детей с синдромом Дауна играют жесты. Жесты могут играть переходную роль в процессе овладения речью. Дети с СД демонстрируют существенный дефицит в продуцировании же-

Репозиторий БрГУ

стов, и особенно указательных жестов, но компенсируют этот дефицит за счет продуцирования индивидуальных невербальных знаков, что сравнимо с нормотипичными детьми. Именно знаки, продуцируемые детьми с СД, а не указательные жесты, предсказывают размер их экспрессивного словаря через год [455]. Дети с СД в возрасте 18 месяцев имеют значимо меньший репертуар жестов по сравнению с нормотипичными детьми, между группами также отсутствуют различия в общем использовании жестов и в использовании комбинаций «жест–слово» [387].

По утверждению известного немецкого специалиста по генетическим синдромам К. Саримски [501], развитие речи у детей с СД действительно осуществляется медленнее по сравнению с развитием в других областях. Дети с СД отличаются от детей с нарушениями умственного развития другой, негенетической этиологии по уровню развития понимания речи и активной речи [565]. У детей с СД двухсловные комбинации в активной речи появляются после трех лет, и дети с СД могут иметь еще одну задержку в дополнение к уже описанным – это специфическая задержка в переходе от одно- к двухсловным высказываниям [387].

Критические, или сензитивные, периоды в речевом развитии детей с СД не выявлены, что вызывает необходимость обращения к ранней стимуляции речевого развития [65]. У детей с СД по сравнению с их нормотипичными сверстниками позднее появляются доречевые вокализации, контакт глаз и улыбка; в общении эти дети больше пользуются жестами, а не звуками речи. Установлена связь между появлением первых слов и уровнем сенсомоторного развития детей. При этом наборы первых произносимых слов не отличаются от наборов первых слов нормально развивающихся детей. Простая фраза появляется в возрасте после 3 лет, средняя длина фразы составляет 1,22 слова.

Материнская речь, обращенная к детям, отличается рядом характеристик: фразы, обращенные к 2-летним детям, более короткие, они произносятся с незавершенными и повелительными интонациями, как это соответствует обращению к нормально развивающимся годовалым детям. Матери адаптируют свою речь к речевым возможностям детей с СД, так как длина материнской фразы различается в зависимости от длины фразы ребенка, и это означает, что матери в свой речи отражают речь ребенка. Об этом свидетельствует также то, что в период от 9 до 24 месяцев возраста ребенка материнская речь, обращенная к нему, не усложняется, а это свидетельствует о взаимовлиянии речи матери и ребёнка [65].

Взаимодействие в диаде «мать–ребенок с СД» и развитие отношений привязанности. Проведенные разными авторами исследования однозначно свидетельствуют о том, что особенности развития детей с СД во многом зависят от того, в каких социальных условиях они воспитываются. Отдельным направлением в исследованиях является сравнительный анализ развития детей с СД, живущих и воспитывающихся в семье, и детей с СД, воспитывающимися вне семьи, в учреждениях интернатного типа, в детских домах. У детей с СД, воспитывающихся вне семьи, выявлено более выраженное отставание в развитии [362]. Н.Ю. Баранова отмечает: «В свое время мы проводили исследование, направ-

Репозиторий БрГУ

ленное на сравнение детей с синдромом Дауна, воспитывающихся в семьях и проживающих в домах ребенка. Нетрудно догадаться, что дети отличались, как день и ночь. Если домашние дети к двум годам хорошо ходили, самостоятельно ели, прекрасно общались со взрослыми, имели навыки сюжетной игры, то дети того же возраста в доме ребенка в лучшем случае могли самостоятельно сидеть, но не умели общаться, быстро уставали от взаимодействия со взрослыми, навыки какой-либо игры отсутствовали» [162, с. 137]. «Фактор наличия семейного окружения определяет более высокий темп и уровень психического развития у семейных детей с синдромом Дауна и при отсутствии ранней помощи ребенку и семье. Необходимость взаимодействия с отзывчивым эмоционально доступным взрослым и потребность в формировании отношений в системе “мать–ребенок” одинакова для всех детей, вне зависимости от возраста и уровня развития, как для здоровых детей, так и для детей с синдромом Дауна» [170, с. 295].

Предметом исследований во многих работах являются взаимоотношения и взаимодействия в диадах «мать–ребенок с СД». Рассматривая особенности взаимодействия в диадах «мать–ребенок с СД», исследователи сравнивают их с диадами «мать–нормотипичный ребенок». В некоторых случаях существенных различий взаимодействия в диадах с детьми СД и нормотипичными детьми не обнаруживается [169], но этот феномен объясняется низким качеством взаимодействия матерей с нормотипичными детьми. Однако большинство исследователей заявляют о наличии существенных особенностей во взаимодействии в диадах «мать–ребёнок с СД».

В ряде исследований выявлены некоторые особенности, отражающие как характеристики развития ребенка и его поведения, так и характеристики матерей при их взаимодействии с детьми (Е. Б. Айвазян, С. Е. Иневаткина, Г. Ю. Одинокова, Н. Л. Плешкова, О. И. Пальмов, Р. Ж. Мухаммедрахимов).

Выявление особенностей развития ребенка раннего возраста с СД в связи с различными характеристиками материнской позиции, или внутренней позиции матери, проведено в серии исследований (Е. Б. Айвазян, С. Е. Иневаткина, Г. Ю. Одинокова). В диссертации С. Е. Иневаткиной [92] было установлено, что уровень психического развития ребенка с СД в первые три года жизни качественно взаимосвязан с характеристиками поведения матери. Незначительная глубина отставания психического развития ребенка от возрастной нормы связана с такими характеристиками поведения матери во взаимодействии с ребенком, как высокая чувствительность к сигналам ребенка, эмоциональная отзывчивость и близкая дистанция в общении, а значительная глубина отставания – с противоположными характеристиками. Значительная глубина отставания психического развития ребенка от возрастной нормы связана также с отказом матери от активных действий по абилитации ребенка, передачей функций воспитания ребенка третьим лицам; формальным отношением к посещению центров ранней помощи; игнорированием рекомендаций специалистов. Важной является мотивация матери по организации абилитации ребенка с СД: оказалось, что сочетание активности матери с эмоциональной отстраненностью, большой дистанцией в общении и низкой чувствительностью к сигналам ребенка отражает стремле-

Репозиторий БрГУ

ние матери к формальному достижению ребенком нормативных показателей развития и препятствует развитию у ребенка инициативности в общении.

Отношения привязанности у детей раннего возраста с СД в целом развиваются так же, как и у нормально развивающихся сверстников [309; 413]. Сложные модели поведения, составляющие привязанность (поиск близости, протест против разлуки, настороженное отношение к незнакомцам), организованы так же, как и у нормально развивающихся детей, и у них во многих случаях формировалась надежная привязанность. Большинство детей с СД проходят через все стадии нормального формирования привязанности, но только более медленными темпами [271; 361]. Однако по сравнению с нормотипичными детьми дети с СД реже демонстрируют безопасную привязанность и чаще – дезорганизованную привязанность. На формирование отношений привязанности детей с СД оказывают влияние два фактора: во-первых, особенности развития детей, которые порождают трудности понимания потребностей ребенка матерью; во-вторых, переживание матерью факта появления ребенка с нарушениями развития: мать может быть отстранена от своего ребенка, не вовлечена во взаимодействие с ним (Н. Л. Плешкова [180], Г. Ю. Одинокова [165]).

Таким образом, предсказать надежную привязанность у детей с СД можно одновременно и по уровню моторного и когнитивного развития ребенка, и по уровню материнской чувствительности [319]. Так, у детей с СД позже появляются те качества и свойства, которые важны для установления привязанности. Контакт глаз у них устанавливается позже, социальная улыбка является менее частой и интенсивной и также появляется позже [167; 309].

Тип поведения привязанности связан с уровнем развития ребенка с СД: безопасно привязанные дети с СД демонстрируют более высокий темп развития, а дети с дезорганизованной привязанностью – задержку моторного развития и более вялую моторику при выраженной мышечной гипотонии. Дети с избегающей привязанностью отличаются, напротив, хорошим уровнем моторного развития и навыков повседневной жизни, но отстают в социальном и речевом развитии [413; 489].

Материнская чувствительность к ребенку с СД отличается негативной динамикой в возрастном аспекте: матери ребенка с СД в возрасте 8 месяцев не менее чувствительны по сравнению с матерями их нормально развивающихся сверстников, но в возрасте детей от 20 месяцев и старше матери детей с СД уже демонстрируют более низкий уровень чувствительности [514].

Таким образом, отношения привязанности у детей с СД являются результатом влияния характерных особенностей развития ребенка на восприятие его матерью, что приводит к уменьшению материнской чувствительности и отзывчивости.

Анализ *процесса взаимодействия ребенка с матерью* с точки зрения потребностей и мотивов общения ребенка проведен Г. Ю. Одиноковой [166], которая описала возникающие в их взаимодействии трудности. К признакам нарушения общения были отнесены трудности, которые связаны с низким уровнем или отсутствием инициативности, отказом от общения с матерью, ограниченным репертуаром средств общения и «специфическими» коммуникативными

Репозиторий БрГУ

действиями ребенка. Если ребенок демонстрирует бедную инициативу, а мать не поддерживает его самостоятельные действия и не пытается понять его намерения, «специфические» коммуникативные действия ребенка можно рассматривать как активность, направленную на завоевание им внимания матери. Имеющийся у ребенка репертуар средств общения недостаточен, а сниженная чувствительность матери во взаимодействии не помогает ему развивать средства общения, поэтому ребенок фактически изобретает, а затем в практике общения отбирает и все больше предпочитает такие способы воздействия, на которые мать вынуждена обращать внимание.

С самых первых месяцев жизни ребенка в общении с близким взрослым нарушается ответное поведение ребенка (позднее появляются социальные сигналы, которые к тому же являются неяркими и бедными, возрастает латентное время ответных реакций ребенка), позже появляются лепет и первые слова [167]. Экспрессия младенцев с СД своеобразна: лицевая экспрессия и улыбка невыразительные, вокализации необычные. Значительная задержка реакции ребенка на вопросы и предложения матери объясняется сниженной способностью обработки информации: неумением одновременно обрабатывать и организовывать в целостный образ сигналы, поступающие от двух и более раздражителей, снижением функций кратковременной памяти и внимания [180], трудностями в сосредоточении на сигналах взрослого и распознавания эмоций [156; 167]. Уровень реактивности у детей с СД снижен, поэтому им требуется больше времени, чтобы выразить свои состояния, например, дети с СД значительно меньше кричат и плачут, когда матери уходят и возвращаются [361].

Для диад «мать–ребенок с СД» характерны особенности реципрокного взаимодействия: снижены показатели очередности при вокализации, больше голосовых «столкновений» между матерью и ребенком [309], нарушается подстраивание и очередность [156].

Специфика взаимодействия в диаде «мать–ребенок с СД» состоит в том, что поведение ребенка является пассивным и подчиняемым, а поведение матери – активным и директивным [180]. Матери ребенка демонстрируют активный директивный стиль, в игре помещая детей близко к игрушкам, ориентируя, направляя внимание детей на игрушки. Для взаимодействия матери и ребенка характерна низкая активность ребенка: реактивные формы преобладают над инициативными [156]. Уже к 1,5 годам отмечается значительно менее выраженное, чем в норме, использование ребенком инициативных сигналов (например, указательного жеста); инициативные действия ребенка характеризуются низкой интенсивностью и настойчивостью [167]. Инициатором общения с ребенком СД чаще является мать, и создается впечатление, что матери детей с СД компенсируют своей повышенной активностью низкую активность своих детей [169]. «Чрезмерная материнская активность» описана также К. Каннингхэм [100], которая объясняется тревогой матери о развитии ребенка и их желанием добиться от ребенка реакции, чтобы убедить себя и других, что он не слишком сильно отстает в развитии. Отчасти такое поведение матери обусловлено преставлениями

Репозиторий БрГУ

матери о своем ребенке как нуждающемся в большей стимуляции и требующем больших усилий.

Специфика взаимодействия матери и ребенка с СД объясняется также восприятием матерью поведения ребенка и его интерпретациями: бедность, неяркость, отсроченность ответов могут интерпретироваться матерью как нежелание ребенка отвечать. Своеобразие активности, низкая предсказуемость поведения ребенка дезориентируют мать в понимании содержания его сигналов, поэтому матери не понимают детей, часто не отвечают на их инициативы, не оставляют пауз для ответа ребенка [167; 541]. Эти факты свидетельствуют о низкой чувствительности матерей детей с СД, низкой эмоциональной вовлеченности, чрезмерной активности и директивности, неадекватности предлагаемых способов взаимодействия.

Взаимодействие матери и ребенка с СД становится более навязчивым и директивным особенно на втором году жизни, что влияет негативно на развитие ребенка. Из-за слишком активного воздействия матери у детей с СД в возрасте 6 месяцев показатели гуления существенно снижаются, но когда матерей просили снизить интенсивность стимуляции и ограничиться имитацией действий младенца, вокализация у ребенка усиливалась [213]. Во взаимодействии с ребенком с СД, опосредованном предметами, поведение матерей описывается как директивное и более навязчивое (по сравнению с матерями нормотипичных детей): матерям свойственна тенденция приказывать, говорить строгим голосом, настаивать на выполнении определенных действий. Мать чаще организует сотрудничество с ребенком в предметно-игровой деятельности только с помощью речи, не подходит к нему, не показывает способы действия с предметом или игрушкой. Стиль взаимодействия матерей определяется как «директивный, но теплый», когда детей поддерживают, опекают, одновременно стимулируя их развитие [167]. Стиль поведения матери описывается как неадекватный, когда предлагаемые способы взаимодействия, например игры, не соответствуют состоянию, активности, уровню развития ребенка с СД. В этих случаях матери не умеют создавать ситуации совместной предметно-игровой деятельности.

О высоком уровне развития взаимодействия в диадах «мать–ребенок с СД» свидетельствует феномен «непрерывающийся диалог», описанный Е. Б. Айвазян и Г. Ю. Одиноковой [4]. По данным авторов, он встречается в 46,7 % случаев детей с СД, по сравнению с 83,3 % случаев с нормотипичными детьми. Этот феномен описывается как наличие в паре продолжительных эпизодов взаимодействия, которые характеризуются взаимной заинтересованностью участников диалога в общении, относительно равной инициативностью участников, устойчивостью к помехам и сбоям. Поведение матери направлено на поддержку поведения ребенка («отзеркаливание» его действий, эмоций, вокализаций; отсутствие критики; использование различных приемов привлечения внимания ребенка). Дети из этих диад демонстрируют более высокий уровень психомоторного развития и общения. Поведение матерей в этих парах характеризуется высокой чувствительностью, отсутствием негативной оценки действий ребенка, поддержкой и одобрением самого ребенка, его действий и поведения.

Репозиторий БрГУ

Проведенный анализ убедительно доказывает, что взаимодействие ребенка и матери в диаде определяется как характеристиками ребенка, так и характеристиками поведения матери, которые взаимно обусловлены.

Психическое развитие ребенка с СД происходит в условиях биологических дефицитов, обусловленных генетическими факторами. С самого рождения в развитии ребенка накапливаются вторичные нарушения, возникающие во взаимодействии в диаде с матерью. Взаимодействие в диаде определяется характеристиками ребенка, и в первую очередь замедленным реагированием и сниженными возможностями переработки информации. Со стороны матери взаимодействие определяется неточным восприятием и пониманием ребенка, а также ее эмоциональными состояниями, вызванными фактом наличия генетического нарушения у ребенка.

Раннее вмешательство и терапия нарушений развития при синдроме Дауна у детей. Дети с СД и их родители в разных странах давно и успешно включены в систему раннего вмешательства, являясь наиболее представленной в раннем вмешательстве категорией детей с отклонениями в развитии [125; 170; 190; 263; 264; 362; 477].

Центры раннего вмешательства строят свою работу на основе следующих базовых принципов [1; 125; 126; 364; 477]:

- жизнь ребенка в семье;
- необходимость постоянных эмоциональных отношений ребенка с близкими людьми, которые позволяют ребенку самостоятельно войти в мир;
- раннее выявление нарушений;
- динамическая оценка, направленная на выявление не только отклонений в развитии, но и возможностей развития ребенка и его ресурсов;
- интенсивность, регулярность и продолжительность программ;
- междисциплинарный подход: совместная разработка индивидуальных планов развития, ориентированных на потребности и возможности ребенка и его семьи.

В системе раннего вмешательства роль родителей является особенно важной. Родители активно участвуют в программе помощи ребенку, начиная с предъявления запроса, они реализуют этапы программы в повседневной жизни семьи, а затем принимают участие в оценке эффективности программы и в ее изменении. Задача специалистов совместно с родителями – составить программу помощи ребенку и семье в целом, которая гармонично вписывается в образ жизни семьи. Основной акцент делается на выявление ресурсов и возможностей семьи, а не на их ограничения. Большое значение придается естественному повседневному общению родителей с ребенком. Поддержка и развитие средств общения, коммуникативных навыков является и важной целью, и средством программы. Специалисты раннего вмешательства стремятся создать позитивный образ ребенка и его родителей, что в немалой степени способствует активному участию родителей в программе. Важно такое обращение специалистов с ребенком, которое позволит ему «увидеть себя через других» и почувствовать

Репозиторий БрГУ

радость от успеха и уверенность в себе, а родителям воспринимать и чувствовать себя хорошими родителями.

Потребности родителей, имеющих детей раннего возраста с СД, изучены в исследовании Т. Дуглас с соавт. [334]. Родители маленьких детей с ограниченными интеллектуальными возможностями часто либо не имеют необходимой информации для заботы о своем ребенке, либо чувствуют себя подавленными из-за слишком большого объема информации. Родители нуждаются в информации трех разных типов: (1) информация о состоянии ребенка; (2) последствия нарушения для их младенца и (3) информация о доступной поддержке и сервисах. Эта информация особенно необходима при выставлении диагноза, когда подозревается интеллектуальная недостаточность у ребенка. Требуется пошаговое предоставление информации родителям с целью создания прочной основы знаний для обеспечения оптимального ухода за детьми.

Практика раннего вмешательства с акцентом на семейной центрированности помощи основана на впечатляющих результатах психологических и педагогических исследований, которые продемонстрировали влияние близких взрослых на развитие ребенка. При правильно организованном позитивном взаимодействии в паре «мать–ребенок» обучение проходит эффективнее, а ребенок развивается лучше [167]. Распространенная на первых этапах исследований среди американских специалистов по раннему вмешательству идея о замедленном развитии детей с СД, рассматривается Дж. Морсс не только как неудовлетворительная в концептуальном отношении, но и как бесполезная в случае вмешательства в развитие: «Если ее принять на веру, то она означает, что родителям и педагогам следует “подождать”, пока ребенок разовьется, – совет, мало дающий в позитивном отношении» [155, с. 179].

Более широкий взгляд на развитие ребенка с СД представлен и А. В. Алехиной [5], которая, признавая факт биологической обусловленности нарушений развития у детей с СД, утверждает, что их когнитивные трудности определяются не только спецификой функциональных свойств психики, но и зависят от условий социального развития в онтогенезе способов взаимодействия с окружающей действительностью. Поэтому необходима специально организованная поддержка детей с СД, так как их спонтанный опыт не создает основы для формирования интеллектуальных умений, необходимых для организованного обучения и социализации в целом.

Взаимодействие между матерью и ребенком должно приносить радость и взаимное удовольствие, а если этого не происходит, значит, мать не научилась навыкам эффективного вмешательства в развитие ребенка. Чтобы развить восприимчивость матерей, необходимо информировать их об их собственных действиях, влияющих на ребенка, и помочь в осуществлении правильных действий. «Это подразумевает сведения не только о конкретных задачах развития, но также о процессах развития и их использовании при оказании помощи младенцу» [100, с. 262]. Знания об особенностях развития ребенка и педагогике детства помогают родителям различать даже самые незначительные продвижения в раз-

Репозиторий БрГУ

витии ребенка, что усиливает их собственную внутреннюю мотивацию продолжения занятий с ребенком.

В программы работы с ребенком и его родителями необходимо включать информирование о типичных особенностях развития ребенка с СД [100]. В частности, к ним относятся особенности развития речи у детей и специфика стимулирования речи матерями. Важной задачей является информирование матерей об особенностях переработки информации детьми: на процессы обработки поступающей информации и ответа на нее детям с СД надо значительно больше времени, поэтому высокий уровень стимуляции взрослыми при ограничении времени реакции ребенка может препятствовать полной переработке информации и, как следствие, привести к задержке развития. Информирование матерей об особенностях развития ребенка с СД должно сочетаться с их обучением правильному взаимодействию с ребенком, в котором эти особенности учитываются.

Программы раннего вмешательства позитивно влияют на речевое, двигательное, когнитивное развитие детей с СД [213]. Наиболее эффективными являются программы раннего вмешательства, направленные на систему «мать–ребенок» [170]. Программы домашнего визитирования, в особенности те, которые включают образование родителей, являются высоко эффективными для развития ребенка и родительской компетентности. Участие семьи в программах раннего вмешательства оказывает позитивное влияние на развитие ребенка с СД, его взаимодействие с близкими взрослыми, а также на качество социальной адаптации.

2.5 Нарушения сна

Нарушения сна у детей первых трех лет жизни – самые частые психические расстройства в детском возрасте, которые, в отличие от нарушений питания, могут сохраняться длительно. Расстройства сна включены в «Диагностическую классификацию расстройств психического здоровья и нарушений развития 0–3» [571], в которой описаны нарушения сна у детей от рождения до трех лет. Проблемы и расстройства сна в детстве являются в первую очередь предметом медицинских исследований, так как клиническая составляющая в расстройствах сна является наиболее весомой. Психологические исследования направлены, как правило, на определение возрастных задач развития ребенка при овладении процессами сна и роли детско-родительского взаимодействия.

Расстройства (нарушения) сна являются общей проблемой на протяжении детства. Последствия расстройств сна вариативны, но они могут оказывать влияние на медицинские, психологические аспекты и аспекты развития при взрослении ребенка [452]. Именно поэтому важно своевременно распознавать нарушения сна и проводить их адекватную терапию.

В литературе представлены разные данные относительно распространенности нарушений сна у детей. Нарушения сна встречаются у 15–20 % детей в возрасте до 2 лет, если в качестве критериев использовать минимальное число пробуждений 3 раза за ночь, минимум пять дней в неделю в течение 3 месяцев.

Репозиторий БГПУ

При менее строгих критериях регулярные ночные пробуждения у детей в возрасте от 5 до 20 месяцев встречаются в 22 % детской популяции, в возрасте до 12 месяцев – в 26 %, в возрасте от 24 месяцев – в 29 % случаев. Чаще расстройства сна наблюдаются у детей, которые получают длительное кормление грудью, спят в родительской комнате или же в родительской кровати (Н. В. Андрущенко [6]).

По данным Б. Цукерман и соавт. [578] 29 % детей в возрасте 3 года с трудом засыпали или спали с просыпаниями. Из детей, имеющих проблемы со сном в 8 месяцев, 41 % все еще имели проблемы в 3 года, тогда как только у 26 % детей без проблем сна в 8 месяцев проблемы со сном отмечались в 3 года. Дети с постоянными проблемами сна чаще имели и проблемы с поведением, особенно часто у них наблюдались истерики, страхи, беспокойство и тревожность, по сравнению с детьми, не имеющими постоянных проблем со сном. По данным Л. Мельтцер [435] проблемы отхода ко сну и ночные просыпания являются достаточно распространенными – они наблюдаются у 30 % детей младенческого, раннего и дошкольного возраста.

Оценка нарушений сна и их терапия в раннем детстве должна проводиться педиатрами [452]. Нарушения сна у детей – это одна из наиболее частых причин обращения родителей к педиатрам – приблизительно 20 % детей в период от одного года до трех лет испытывают проблемы со сном [6]. В системе раннего вмешательства и раннего специального обучения детей также рекомендуется проводить оценку нарушений сна с целью их своевременного устранения [288]. Проблемы сна у детей при обращении к детским неврологам являются как первичной, так и вторичной жалобой, и за ними могут скрываться другие неврологические расстройства (эпилепсия, двигательные нарушения). Нарушения сна существенно ухудшают качество жизни ребенка и его семьи [531].

Понимание процессов сна, закономерностей онтогенетического развития и отклонений в функционировании состояний сна и бодрствования можно рассмотреть в свете общих закономерностей психического развития ребенка в онтогенезе. В качестве необходимых предпосылок психического развития рассматриваются биологические функции организма, созревание организма и телесных функций, а также удовлетворение биологических потребностей ребенка, к которым относятся потребность в пище и отдыхе. Условием психического развития ребенка является его собственная активность и его взаимодействие со взрослыми. Таким образом, близкие взрослые участвуют в обеспечении процессов жизнедеятельности (сна, питания) ребенка, имеющих прежде всего биологическую природу. Биологическое и соматическое созревание осуществляются в процессе социального взаимодействия, поэтому процесс созревания также приобретает и социальный характер. Соматические функции (моторика, трофика, регенерация и иммунитет) являются материальными средствами психического развития (Ю.В. Коновалов [111]), так как эти средства обеспечивают энергетический потенциал, рост и дифференциацию организма, его стабильность. Социальные взаимодействия возникают с самого рождения ребенка, поэтому они обусловливают и формирование психосоматических отношений, то есть отношений между соматическим созреванием и психическим развитием ребенка. В процессе онтоге-

Репозиторий БрГУ

нетического развития ребенок овладевает социокультурными средствами организации сна как процесса жизнедеятельности.

Одной из наиболее важных задач развития в раннем детстве является способность переходить от бодрствования ко сну [521], а также регуляция физиологических и эмоциональных состояний ребенка [311]. Система «сон–бодрствование» у маленьких детей связана с их когнитивным, эмоциональным и социальным опытом и регулируется взаимодействием ребенка с близкими взрослыми [355]. Действия родителей, которые приводят к перестимуляции и переутомлению ребенка, приводят и к дополнительным трудностям во время его засыпания. Во второй половине первого года жизни возникают новые задачи развития, к которым относится нахождение баланса между привязанностью и стремлением к познанию окружающего мира (М. Малер). В это время ребенок учится преодолевать страх незнакомых людей и тревогу, возникающую при разлучении с родителем. Во второй половине первого года жизни многие матери прекращают кормить грудью, и это способствует большей независимости ребенка, вносит свой вклад в решение задачи поиска ребенком своей автономности. Проблемы становления автономии становятся особенно острыми на втором году жизни, они проявляются в ситуациях установления границ и конфликтов, связанных с ними, в том числе в ситуации укладывания ребенка спать. К концу раннего возраста возрастает стремление ребенка к самостоятельности, усиливается упрямство, негативизм и обесценивание взрослых, что составляет содержание кризиса трех лет [61]. Симптомы кризиса трех лет проявляются также и в ситуациях укладывания ребенка спать.

Таким образом, регуляция процессов сна и бодрствования включается в общий процесс психомоторного развития ребенка, и особенно в развитие регуляторных процессов, которое непосредственно отражает процесс формирования привязанности у детей [311], так как наличие безопасной привязанности ребенка к матери напрямую связано с благополучным развитием процессов регуляции. Взаимосвязь паттернов сна и стиля привязанности сохраняется на протяжении всего жизненного пути человека, что доказано в работе К. Адамс с соавт. [261].

Совместный сон с родителями является продуктом складывающихся отношений ребенка в первую очередь с матерью, а также с родительской парой. В раннем детстве достаточно широко распространены совместный сон с родителями и ночные пробуждения [389]. Хотя в течение первого года жизни относительно мало детей (менее 10 %), исследованных в данной работе, спали со своими родителями, доля совместного с родителями сна увеличивалась с возрастом и достигала максимума в 4 года (38 % детей спали с родителями более одного раза в неделю). Совместный сон по крайней мере один раз в неделю отмечался у 44 % детей в возрасте от 2 до 7 лет. Количество ночных пробуждений также увеличилось с 6 месяцев до максимума в 4 года, когда более половины всех детей просыпались, по крайней мере, один раз в неделю, а 22 % детей в возрасте 3 года просыпались каждую ночь. Авторы считают, что изменения в развитии процессов сепарации и привязанности, когнитивное развитие, которое обусловливает появление ночных страхов, а также возможности самостоятельного передвиже-

Репозиторий БГПУ

ния могут рассматриваться как возрастная особенность, которая объясняет ночные пробуждения и совместный с родителями сон в раннем детстве.

Раннее детство представляет собой возраст существенных изменений в развитии не только состояний сна, но и саморегуляции, которая характеризует способность контролировать свое поведение, внимание и эмоции, особенно в трудной ситуации. В экспериментальном исследовании А. Л. Миллер с соавт. [436] детей раннего возраста (30–36 месяцев) помещали в ситуации депривации дневного сна в течение 5 дней (в среднем дети лишались 90 минут дневного сна). После периода депривации сна им предлагали решить неразрешимую головоломку (составить пазлы). С помощью видеозаписи были зафиксированы 10 стратегий саморегуляции, которые использовались детьми. Дети экспериментальной группы по сравнению с детьми контрольной группы начали использовать менее зрелые стратегии саморегуляции в преодолении трудностей: они были менее терпеливыми при решении задачи, упорно настаивали на завершении неразрешимой задачи, фокусируясь на неподходящих пазлах, чаще успокаивали себя с помощью движений и физических упражнений. Таким образом, сон играет важную роль в реагировании детей на сложные события в их повседневной жизни. Лишившись дневного сна, малыши в меньшей степени способны продуктивно решать трудную задачу, и они используют менее зрелые стратегии саморегуляции, чем тогда, когда они чувствуют себя хорошо отдохнувшими. Хронический пропуск дневного сна может нарушать развитие у маленьких детей способности к саморегуляции, что приводит к риску возникновения социально-эмоциональных и поведенческих проблем.

Темой последних исследований является влияние электронных устройств на процессы сна у детей раннего возраста [317]. Ежедневное использование детьми раннего возраста гаджетов (планшеты, смартфоны) является фактором риска для успешности засыпания и уменьшения продолжительности сна

Трудности сна типичны для детей с соматическими заболеваниями, с умственной отсталостью, с расстройствами аутистического спектра, с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и др. Проблемы и расстройства сна, являясь распространенными среди детей и подростков, расматриваются как факторы риска ментальных расстройств [503].

Проблемы со сном характерны для синдрома расстройств аутистического спектра, они не предшествуют и не ухудшают аутистическое поведение, а скорее сочетаются с аутистическими чертами в раннем детстве [544]. С возрастом у детей с РАС наблюдается увеличение числа проблем со сном, в то время как у нормально развивающихся детей число таких проблем уменьшается.

У детей с СДВГ отмечается увеличение числа проблем со сном, начиная с младенческого возраста, а с возраста 2–3 лет у них отмечаются проблемы эмоциональной регуляции и нарушения концентрации внимания, которые становятся стабильными с течением времени. Проблемы со сном напрямую связаны с показателями концентрации внимания [555]. В лонгитюдном исследовании К. Кидуэл и соавт. [400] установлено, что проблемы сна у детей в возрасте три года и

Репозиторий БрГУ

дефицит исполнительных функций в 4,5 года являются предикторами манифестации симптомов СДВГ в начальной школе.

Характеристика процесса сна и критерии нормального сна у детей раннего возраста. Важными критериями сна на первом году жизни являются его продолжительность и распределенность сна в течение суток. В первые месяцы жизни ребенка поведение, относящееся ко сну, начинает постепенно отражать цикличность организации день–ночь. В течение первого полугодия жизни сон становится более продолжительным именно ночью.

Дети научаются различать периоды дня и ночи, соответственно периоды бодрствования и сна, ориентируясь на факторы окружающей среды: дневной свет и шум, интенсивные социальные контакты в дневное время. Ребенок также ориентируется на регулярные рутинные действия ухода: кормление, умывание, прогулки и т. д. Постепенно формируется соответствие ритмов гомеостаза детского организма 24-часовому ритму смены дня и ночи.

Потребность во сне у детей имеет ярко выраженные индивидуальные различия. Швейцарский педиатр и детский психолог Р. Ларго [406] приводит следующие данные о продолжительности сна у детей первых двух лет жизни (таблица 1).

Таблица 1 – Потребность в ночном и дневном сне у детей первых двух лет жизни (в часах) по Р. Ларго

Возраст	Дневной сон		Ночной сон	
	интервал	среднее	интервал	среднее
Новорожденный	5,5– 10	8	5,5–10	8
5 месяцев	1,5–5	3	7–13,5	10
10 месяцев	1,5–4,5	3	7,5–14,5	12
15 месяцев	1–4	3	9–15	12
20 месяцев	1–4	3	10–14	12
24 месяцев	0,5–3	2	10–14	12

Клиническая картина расстройств сна, так же как и других регуляционных расстройств, чрезвычайно разнообразна (М. Папушек [458]), и она зависит от возраста и от тех ведущих областей, в которых проявляются нарушения поведения. Расстройства сна проявляются в связи с нерешенностью возрастных задач развития. Исследования, проведенные в лаборатории М. Папушек, позволили проанализировать особенности детей раннего возраста, страдающих расстройством сна. Более 87 % родителей детей, обратившихся за помощью в лабораторию «Мюнхенская консультация для кричащих детей», в качестве причины обращения называли расстройства сна. На основании сравнения основной группы 100 детей в возрасте с 7 до 24 месяцев, имеющих расстройства сна, и контрольной группы из 100 детей без нарушений сна получены следующие данные:

- в среднем дети контрольной группы спали 13,1 часа в сутки, а дети основной группы – 11,5 часов в сутки;

Репозиторий БрГУ

- дети основной группы отличались выраженными колебаниями продолжительности сна, от 12,5 до 17,5 часов в сутки. Эти данные соответствуют данным, полученным Р. Ларго [406];

- дети основной группы просыпались чаще по сравнению с детьми контрольной группы: ночью в среднем 4,1 раза за ночь, в контрольной группе в среднем 0,9 раза;

- дети основной группы проводили больше времени в родительской постели – 3 часа в основной группе и 70 минут в контрольной. Тяжело переживаемые родителями периоды ночного бодрствования, во время которых ребенок плакал, составлял в основной группе 84 минуты, а в контрольной – 15 минут;

- периоды ночного бодрствования наблюдались преимущественно во второй половине ночи – между 3 и 6 часами утра, составляя временной период около часа (61 мин), в контрольной группе это время составляло 10 минут;

- кроме расстройств сна ночью наблюдается более частый плач ребенка в дневные часы – в первую половину дня 32 и 16 минут соответственно, во вторую половину – 37 и 17 минут, вечером – 42 и 18 минут;

- для того, чтобы уложить спать ребенка, родителям детей основной группы требуется в среднем 26 минут, контрольной – 16 минут. Нарушения поведения ребенка сочетаются с ритуализированным и даже необычным поведением родителей, пытающихся успокоить младенца.

Родители используют широкий репертуар действий и средств для управления сном ребенка: кормление ребенка, предложение ему бутылочки с чаем или смесью, пустышки; родители берут ребенка в свою кровать, успокаивают посредством телесного контакта, носят его по комнате, поют, не выключают ночник, разрешают ребенку играть со своими волосами или ушными раковинами.

Практически все дети в возрасте от 7 до 24 месяцев нуждаются в использовании стратегий помощи их засыпанию. Однако качественный анализ этих стратегий демонстрирует различия поведения детей основной и контрольной групп. Дети основной группы ориентированы на стратегии, использующие активные действия родителей – кормление, ношение и т. п. При этом «время экспозиции» определяется не родителями в виде ритуала отхода ко сну, а ребенком, и продолжается до тех пор, пока он не заснет. В основной группе родители используют в 20 % случаев медикаменты, однако их действие нередко неэффективно или даже усугубляет симптомы нарушенного поведения. Дети контрольной группы могут использовать стратегии саморегуляции, такие как сосание соски, пальца, перебирание одежды и прикосновения к любимой игрушке.

Этиология нарушений сна у детей. Выделяется несколько этиологических факторов нарушений сна.

1. Наследственно обусловленные особенности темперамента детей, которые проявляются в особенностях процессов засыпания, пробуждения, глубины и длительности сна [524]. Именно темпераментом обусловливается поведение детей в состоянии бодрствования и сна. Родители, знающие характеристики темперамента своего ребенка, легче понимают его реакции, значит, в большей степени могут удовлетворить те или иные потребности малыша. Однако, если осо-

Репозиторий БрГУ

бенности темперамента ребенка не учитываются, у него легко возникают нарушения сна.

2. В происхождении расстройств сна у детей раннего возраста играет первостепенную роль, по мнению Б. Е. Микиртумова [148], психотравмирующий фактор, что связано с чувствительностью соматовегетативной сферы маленького ребенка к патогенным воздействиям. К нарушениям сна могут приводить острые и хронические психотравмы: проблемы с засыпанием у детей могут быть следствием постоянных конфликтов, происходящих в семье в вечерние часы, незадолго до момента отхода ребенка ко сну, в том числе борьбы за право контроля поведения детей. Для возникновения нарушений сна имеют значение также психотравмирующие обстоятельства, связанные с переживанием резкого испуга, боязнью остаться одному, страхом одиночества, замкнутого пространства.

3. Существенное влияние на появление расстройств сна оказывают последствия органических поражений ЦПС ребенка в пре- и постнатальный период, что приводит к нарушениям цикла «сон – бодрствование». Расстройства сна рассматриваются как один из симптомов невропатии у детей, при которой наблюдаются такие расстройства сна, как изменение его продолжительности, глубины, нарушение засыпания и пробуждения, инверсии сна и бодрствования, двигательные феномены во сне в виде вздрагиваний, сосания пальцев.

Установлена тенденция к сосуществованию в раннем возрасте расстройств сна и расстройств питания – они являются коморбидными расстройствами [528]. В основе расстройств сна и питания могут лежать особенности профиля сенсорной обработки информации. В исследовании Р. Тауман и соавт. [529] установлено существование значимых различий в процессах сенсорной обработки по типу гиперчувствительности между детьми в возрасте от 7 до 36 месяцев с расстройствами сна и расстройствами питания по сравнению со здоровыми детьми.

4. На сон оказывают влияние различные острые и хронические заболевания ребенка. К беспокойному сну приводят заложенный нос, боль, причиняемая режущимися зубами, заражение острицами, инфекции уха. При некоторых заболеваниях ребенок спит больше, чем обычно (вирусные инфекции, мононуклеоз и гепатит и др.). Повышение температуры всегда приводит к увеличению продолжительности сна. В качестве раздражающего фактора может выступать сыпь от подгузников, которая возникает при длительном контакте кожи с мочой или каловыми массами, и эта ситуация усугубляется ночью, когда подгузники меняют реже. Промокшие подгузники и влажное постельное белье причиняют младенцу неудобство и вызывают пробуждения, особенно рано утром.

5. В работах многих исследователей [6; 148; 355; 449; 458; 524] показано, что детско-родительское взаимодействие – наиболее важный фактор, влияющий на возникновение проблем сна у маленьких детей. Модель каскадов в развитии состояний «сон – бодрствование» (А. Самерофф [498]) основана на положении о том, что проблемы и нарушения сна непосредственно связаны с нарушениями детско-родительских отношений.

Репозиторий БрГУ

На первом году жизни для ребенка характерно соматовегетативное реагирование на нарушенные взаимоотношения в диаде «мать–дитя», на неадекватные условия режима, вскармливания и ухода. Соматовегетативное реагирование может проявляться как в виде желудочно-кишечных расстройств, так и в виде детского плача и крика. Детский плач рассматривается не только как самостоятельное явление, но и в контексте детско-материнских отношений. В исследованиях М. Папушек [463] установлено, что плач ребенка является, с одной стороны, продуктом детско-родительских отношений, так как с помощью плача ребенок учится и научается влиять на родителей, на их поведение, направленное на самого ребенка. С другой стороны, плач может существенно повлиять на отношения ребенка с родителями и даже на супружеские отношения. В нашей культуре плач ребенка, как правило, воспринимается как сигнал его неблагополучия, поэтому родители стремятся успокоить ребенка, сделать так, чтобы он перестал плакать. Ребенок быстро усваивает, что его плач имеет сильное влияние на родителей, и начинает использовать его намеренно для того, чтобы удовлетворить свои потребности. Плач может сигнализировать о неблагополучии, возникающем при неудовлетворении разных потребностей, но не всегда родители умеют распознать, что же нужно ребенку, и ребенок может продолжать плакать, испытывая злость и разочарование.

Нарушение детско-материнского взаимодействия наблюдается и в процессе повседневной организации рутины сна, которая не соответствует благоприятному засыпанию и непрерывному сну. При укладывании ребенка мать ориентируется на свои представления о том, как должен спать ребенок, не учитывает его состояний, а также может перестимулировать ребенка, используя разнообразные способы успокоения, скорее способные утомить ребенка, нежели его успокоить. В раннем возрасте может наблюдаться своего рода борьба ребенка и матери за первенство в отношениях, что отражает типичное для этого возраста стремление ребенка к автономии через противостояние взрослому (М. Малер). Это противостояние проявляется также в процессе укладывания спать, когда ребенок склонен действовать по своей собственной программе, а мать недостаточно умела, чтобы справляться с проблемным поведением ребенка.

Классификация и клинические симптомы нарушений сна в раннем возрасте. Существует несколько классификаций нарушений сна, в основу которых положены разные принципы.

Патологические феномены сна делят на 5 групп [148]:

- стереотипные движения, связанные со сном (качание, биение, сосание пальцев во сне и др.);
- пароксизмальные явления во сне (судороги, ночные страхи, энурез, ночные рвоты и др.);
- статические феномены сна (странные позы, сон с открытыми глазами);
- сложные формы психической деятельности во сне (снохождение, сноговорение, кошмарные сновидения);
- нарушение цикла «сон – бодрствование» (нарушение засыпания, нарушение пробуждения, инверсия сна и бодрствования).

Репозиторий БрГУ

Диагноз «поведенческая диссомния» применительно к детскому возрасту был введен еще во 2-е издание Международной классификации расстройств сна в 2005 году [264]. Главным признаком этого расстройства являются трудности отхода ко сну и трудности продолжительного сна, сходные с инсомнией у взрослых. Для детей младше 5 лет трудности отхода ко сну связаны как с тем, что родители обеспечивают недостаточное или непостоянное ограниченное время отхода ко сну, так и с тем, что ребенок требует от родителя помощи в засыпании. Трудности сохранения сна, или ночные просыпания, чаще всего являются результатом негативных ассоциаций, связанных с засыпанием, поэтому ребенок нуждается в помощи, чтобы заснуть снова.

В русскоязычной клинической литературе [6; 148; 246] принято различать также диссомнии и парасомнии. К диссомниям относятся: 1) гиперсомния – повышенная сонливость, связанная преимущественно с внутренними причинами; 2) инсомния – бессонница, связанная преимущественно с внешними причинами; 3) расстройства, связанные с нарушением циркадных ритмов сна. К парасомниям относят: 1) расстройства пробуждения; 2) расстройства, возникающие при переходе от сна к бодрствованию; 3) парасомнии, возникающие в фазе парадоксального сна; 4) смешанные расстройства.

С клинических позиций наиболее оправдано, по мнению Б. Е. Микиртумова [148], разделение нарушений сна у детей на следующие группы: 1) первичные расстройства сна различной этиологии (протодиссомния, инсомния, нарушение цикла сон – бодрствование); 2) вторичные расстройства сна как проявления других заболеваний и расстройств (психических, неврологических, соматических).

На основе наиболее часто встречающихся клинических описаний инсомнии (ночные просыпания, трудности засыпания, ночное беспокойство, ранние утренние просыпания) О. Бруни и соавт. [298] определили три варианта инсомнии у детей в раннем возрасте (средний возраст 21,29 месяца). 17 % детей отнесены к первому варианту, для которого характерны трудности с засыпанием, беспокойство, ночные беспокойства и пробуждения ночью. Ко второму варианту отнесены 21 % детей – он характеризуется ранним пробуждением. К третьему варианту отнесены 62 % детей, которые отличались высокой частотой ночных пробуждений и трудностями с засыпанием. В первой группе наиболее частыми были сообщения о более длительной латентности сна и наличии синдрома беспокойных ног и анемии в семейном анамнезе; депрессия и или расстройства настроения были более частыми во второй группе, а аллергия и/или пищевая непереносимость чаще встречались в третьей группе.

Наиболее распространенными нарушениями сна у детей раннего возраста Б. Гудлин-Джонс и Т. Андерс [355] считают *протодиссомнии.* Термин «протодиссомния» используется как предположение о потенциальных предвестниках более поздних полноценных диссомний. К ним относят различные по этиологии расстройства, при которых нарушение сна является первичным и ведущим клиническим проявлением. Протодиссомнии встречаются у 25–50 % детей, начиная со второго полугодия жизни, и характеризуются: а) трудностями засыпания вечером (более 20 минут); б) ночными пробуждениями (после 6 месяцев жизни

Репозиторий БрГУ

здоровые доношенные дети должны спать всю ночь без ночных кормлений); в) ночными страхами, возникающими через 60–120 минут после засыпания, с дезориентировкой, беспокойством, криком, пробуждением.

Протодиссомнии могут быть связаны с расстройством пробуждения. Если дети утомлены, то они не могут проснуться полностью, и начинают стонать, потягиваться, биться головой. Если эти феномены становятся все длительнее по времени и интенсивнее по выраженности, могут легко появиться ночные страхи и снохождения. Такой вариант протодиссомнии называют «беспорядочным пробуждением». Беспорядочные пробуждения встречаются в первой половине ночи, обычно через час после засыпания. Большинство этих эпизодов длятся 5–15 минут. Пробуждения, возникающие в утреннее время, обычно протекают легче тех, которые наблюдаются через короткое время после засыпания.

При постановке диагноза «протодиссомния» учитывается критерий продолжительности нарушений сна. Нарушениями сна считаются только те расстройства, которые длятся у детей более 3 месяцев, в течение которых 5 и более ночей в неделю ребенок плохо спит.

Протодиссомнии отличаются от нарушений сна при гипертензионно-гидроцефальном синдроме вследствие перинатального поражения мозга. Особенностями таких нарушений сна являются их частое возникновение во второй половине ночи, в ответ на незначительное воздействие, например открытие двери в комнате, легкое прикосновение, изменение положения тела. Бессонница сопровождается характерным громким, напряженным, раздражительным, монотонным плачем высокой интенсивности.

Ночные страхи наблюдаются у 5 % детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет, пик приходится на возраст 3–4 года. Склонность к ночным страхам может быть наследственно обусловленной. Ночные страхи обычно возникают через 1–4 часа после засыпания, когда наступает четвертая стадия сна. Ночные страхи отличаются от кошмарных сновидений. Кошмары – это страшные сны, возникающие рано утром, а не через несколько часов после отбоя. Во время страшного сна ребенок плачет и выглядит испуганным. Плачем он реагирует на пугающий его сюжет. После кошмарного сновидения ребенка бывает легко разбудить и утешить. Рядом с родителем ребенок постепенно успокаивается и засыпает. Ночные страхи наблюдаются чаще, если ребенок переутомлен. Отсутствие постоянного режима увеличивает риск ночных страхов. При соблюдении четкого распорядка дня ночные страхи устраняются, что обеспечивает детям плавный переход от одной стадии сна к другой.

Расстройства, связанные с нарушениями в цикле сон–бодрствование проявляются поздним засыпанием (после полуночи) и затрудненным утренним пробуждением. Особенностью этих расстройств является отсутствие нарушений глубины сна. Дети не просыпаются по ночам, спят всю ночь без пробуждений и ночных кормлений. Нарушения цикла сон–бодрствование у детей могут быть связаны с особенностями режима сна их родителей. Часто родители бодрствуют и спят вместе со своими детьми.

Репозиторий БрГУ

Нарушения цикла сон–бодрствование могут быть связаны с ранним укладыванием спать. Дети, как и взрослые, прежде чем отойти ко сну, проходят период активного бодрствования, необходимого для наступления полноценного сна. Если детей укладывают в постель в 8 часов вечера, а ребенок готов заснуть только в 10 часов, то оставшиеся 2 часа ребенок не спит.

Диагноз «нарушение цикла сон–бодрствование» ставят в том случае, если ребенок не привыкает к режиму в течение 6 месяцев и просыпается ночью более 3 раз в неделю. Эти расстройства отличаются от кратковременных и обратимых нарушений циклов сна, возникающих под влиянием непродолжительных психотравмирующих факторов (переезд на новое место, госпитализация).

Апноэ – это остановки дыхания во сне; американскими авторами используется также термин «расстройство сна, связанное с дыхательными расстройствами» [288]. Ребенок периодически перестает дышать во сне ввиду блокировки дыхательных путей при сближении стенок гортани. На участке, расположенном позади корня языка, стенки несколько дряблые и они могут сблизиться, когда ребенок дышит с усилием. В других случаях дыхательные пути закрывает язык, заваливающийся в гортань. Причинами приступов апноэ часто бывают увеличенные миндалины и аденоиды, которые сужают просвет дыхательных путей. Когда ребенок пытается сделать вдох, ему приходится прилагать усилия, чтобы втянуть в себя необходимое количество воздуха. Постановка диагноза затруднена, поскольку днем, на приеме у врача, ребенок выглядит совершенно здоровым. Когда он бодрствует, гортань остается открытой, а язык выдвигается вперед. Проблемы возникают во время сна, когда мышцы действуют менее слаженно. Важный сигнал апноэ – громкий храп во сне. Такие дети спят беспокойно, постоянно ворочаются, пытаясь найти положение, при котором дыхательные пути будут максимально открыты. Дети не высыпаются из-за многочисленных пробуждений, вызванных апноэ. Поскольку они дышат ртом, гортань пересыхает, отсюда частые пробуждения и просьбы попить. Плохой сон приводит к трудностям в поведении. Днем дети с приступами апноэ часто капризничают и раздражаются – их чрезмерная активность вызвана недосыпанием.

С приступами апноэ во сне связаны и другие проблемы. Некоторые из страдающих апноэ детей кашляют по ночам, поскольку не в состоянии справиться с нормальной секрецией гортани. Апноэ также ослабляет способность чувствовать запах и вкус пищи. Сочетание этих факторов вызывает ухудшение аппетита и отставание в росте.

Расстройства сна оказывают долговременное влияние на развитие ребенка. По данным К. А. Бонук [288], поведенческая диссомния детского возраста (behavioral insomnias of childhood (BIC)) и нарушение сна, связанное с дыханием (sleep disordered breathing (SDB)) негативно сказываются на состоянии ребенка и на его развитии, так как они прерывают сон и делают его неэффективным. Будучи неизлеченными в раннем детском возрасте, эти нарушения сна увеличивают риск проблемного развития ребенка, что проявляется, в частности, в уменьшении роста, в поведении и когнитивной сфере. Дети с нарушениями дыхания во сне имеют тенденцию демонстрировать более низкие результаты по тестам

Репозиторий БрГУ

психического развития, в том числе тестам интеллекта по сравнению со сверстниками, не имеющими проблем дыхания во сне. Обнаружено, что к концу первого года жизни, по сравнению с контрольной группой детей того же возраста, у детей с повторными кратковременными остановками дыхания (апноэ) и замедлениями частоты сердечных сокращений существенно снижены показатели психического развития.

В австралийском лонгитюдном исследовании К. Вильям с соавт. [556] проблемы сна рассматриваются с позиций модели каскадов в развитии. Материнские сообщения о проблемах сна и саморегуляции у детей собирались в пять временных отрезков в период с младенчества до 8–9 лет. В соответствии с моделью каскадов в развитии проблемы со сном в детстве оказывают постоянное негативное влияние на эмоциональную регуляцию, что, в свою очередь, способствует продолжению и усилению с течением времени проблем со сном и ухудшению регуляции внимания у детей.

В масштабном исследовании, проведенном на норвежской выборке размером более 30 000 диад детей и матерей [513], установлены взаимосвязи нарушений сна в раннем возрасте и эмоционально-поведенческих проблем и их возникновения в будущем. Оказалось, что короткая продолжительность ночного сна (менее 10 часов) и частные ночные пробуждения (более трех раз за ночь) у детей в возрасте 18 месяцев значимо связаны с наличием у них эмоциональных и поведенческих проблем. Нарушения сна в 18 месяцев у детей также являются предикторами эмоциональных и поведенческих проблем, возникающих как одновременно, так и в разное время у детей в возрасте 5 лет.

Диагностика проблем сна у детей раннего возраста. Различные подходы к оценке нарушений сна у детей раннего возраста предложены американскими [355] и немецкими исследователями [505]. Сходство подходов к оценке состоит в том, что все авторы констатируют необходимость изучать не только самого ребенка, но и его отношения с родителями и их взаимодействие в рутинах, связанных со сном.

Оценка нарушений сна у детей должна проводиться после медицинского обследования, в процессе которого исключаются такие заболевания, как инфекция уха, аллергия, наличие у ребенка, боли разной этиологии и др. В соответствии с моделью каскадов развития состояний «сон-бодрствование» оценка нарушений сна должна быть сфокусирована на нескольких областях: 1) сущность поведения, связанного со сном, существуют ли проблемы сна; 2) характеристики ребенка; 3) паттерны взаимодействия ребенка с родителями: ребенок должен оцениваться внутри контекста семьи; 4) контекстуальные факторы: характеристики родителей, семейный контекст, средовые и культурные факторы.

В исследованиях и клинической практике используются две основные группы методов оценки нарушений сна у детей:

1) Опросы родителей: родителей спрашивают, как спал их ребенок в последнюю ночь или как он спит на протяжении последних трех недель в типичных для этого ситуациях. Используются также опросники и дневниковые записи родителей.

Репозиторий БрГУ

2) Аппаратные методы исследования, в том числе видеозапись поведения ребенка на протяжении периода засыпания, сна на протяжении всей ночи, периодов дневного сна. Важно также сделать видеозапись интеракций родителей и ребенка при засыпании, а также в ситуациях просыпания ребенка ночью.

В процессе оценки проблем (нарушений) сна необходимо ответить на следующие вопросы:

- соответствует ли процесс сна ребенка социально приемлемым паттернам сна?
- соответствует ли процесс сна ребенка семейному распорядку дня?
- отвечает ли процедура сна ребенка его потребностям во сне?
- каково актуальное состояние ребенка и его настроение перед укладыванием в кровать?
- наблюдается ли борьба ребенка с родителями в период отхода ко сну?
- сколько времени проходит между предложением ребенку идти спать и помещением ребенка в кровать?
- требует ли ребенок присутствия родителей для того, чтобы заснуть?
- каковы степень и способы актуальной родительской помощи в засыпании ребенка?
- каковы ритуалы отхода ребенка ко сну или его укладывания?
- насколько регулярными являются паттерны сна?
- каков типичный день ребенка в терминах времени подъема, времени отхода ко сну, дневного сна, продолжительности сна?
- каковы типичные интеракции ребенка и родителей в период дневного сна и в период отхода ко сну?
- сколько времени требуется ребенку, чтобы уснуть в привычном для него месте для сна?
- ребенок засыпает один или с другими людьми (родителями)?
- просыпается ли ребенок среди ночи и зовет (настоятельно требует) ли кого-нибудь?
- сколько раз за ночь просыпается ребенок и сколько раз на протяжении недели это происходит?
- кто обычно отвечает на призывы ребенка?
- как много времени требуется ребенку, чтобы вернуться ко сну?
- какие используются техники для успокоения ребенка?
- какие средства используются для успокоения ребенка?
- на какие интеракции похожи интеракции матери и ребенка в течение ночных пробуждений?
- требуется ли присутствие родителей для того, чтобы ребенок мог снова заснуть?
- какова степень субъективного и объективного напряжения родителей, каковы их ресурсы в ситуациях трудностей сна ребенка?

Критерии нарушений сна и засыпания в раннем детстве предложены в руководстве «Основные линии диагностики и терапии регуляторных рас-

Репозиторий БрГУ

стройств в младенческом и раннем возрасте Немецкого общества детской и юношеской психиатрии и психотерапии» (2007) [412]:

- засыпание ребенка только при использовании помощи от родителей;
- продолжительность периода засыпания более 30 минут;
- нарушение процесса сна: ребенок просыпается более 3 раз за ночь на протяжении по крайней мере 4 ночей в неделю, в сочетании с неспособностью заснуть снова без помощи родителей;
- периоды бодрствования на протяжении ночи превышают 20 минут;
- сдвиги циркулярных фаз «сон–бодрствование»;
- нарушение эмоционального состояния и самочувствия в период бодрствования;
- сон в постели с родителями, или совместный сон, рассматривается как явление, подверженное существенным культурным и межиндивидуальным колебаниям. Так как в первые месяцы жизни ребенка он широко распространен, его не относят к обязательным симптомам нарушений сна.

Немецкие исследователи предлагают следующие *диагностические критерии нарушений сна у детей* [357; 505]:

- ребенок неспособен без существенной помощи родителей заснуть и не засыпает самостоятельно в течение ночи после просыпаний;
- родители страдают от синдрома перестимуляции ребенка, так как они спят урывками и не получают достаточного количества сна ночью, и у них накапливается дефицит сна;
- наличие дисфункциональных паттернов интеракции ребенка и родителей, которые непосредственно приводят к нарушениям сна;
- родители, находясь в состоянии перенапряжения и стресса, часто используют для успокоения ребенка широкий круг средств, в том числе причудливых (многочасовое ношение ребенка, игра с ребенком, вождение автомобиля по кругу с ребенком в нем и др.).

Оценка проблем сна у маленьких детей включает оценку складывающихся детско-родительских отношений и психосоциальных факторов, которые влияют на процессы саморегуляции ребенка. Способы поведения родителей при организации времени отхода ко сну оказывают влияние на то, как ребенок успокаивается перед сном и засыпает в начале ночи, а также на поведение ребенка после ночных пробуждений. Типичные паттерны укачивания и держания ребенка на руках могут быть ассоциированы с началом сна, и они в дальнейшем ожидаются в связанной со сном практике воспитания ребенка.

Дети с нарушениями сна просыпаются не чаще, чем дети без нарушений сна, однако они в первую очередь отличаются тем, что им необходима помощь при засыпании и при ночных просыпаниях. Поэтому в клинической диагностике менее значимо количество ночей, в которых наблюдались нарушения сна, и продолжительность периодов бодрствования. Большее значение имеют субъективные переживания матери и/или отца, испытываемое ими напряжение, так же как характеристика детско-родительских отношений.

Репозиторий БрГУ

Терапия и коррекция нарушений сна у детей раннего возраста. Терапия и коррекция нарушений сна основана на их этиологии и патогенезе, а также на закономерностях возрастного развития ребенка и детско-родительских отношений как в ситуациях, связанных со сном, так и в других ситуациях. Основной целью терапии нарушений сна является нормализация детско-материнских отношений [148]. Главный принцип психотерапии – это воздействия на систему «мать – дитя» в целом, то есть ребенок и мать представляют собой единый объект психотерапевтического воздействия. Семейные переменные важны для возникновения проблем со сном, и традиционные поведенческие методы терапии проблем сна не так эффективны, как считалось ранее [449], поэтому внимание к семейному психосоциальному благополучию, особенно материнскому функционированию, имеет большое значение для решения проблем со сном в детском возрасте.

Определены основные направления терапии и коррекции нарушений сна у детей раннего возраста:

- Овладение родителями стратегиями отхода ребенка ко сну и поведения при просыпании.
- Анализ и коррекция дисфункционального рисунка коммуникации между родителем и ребенком и тех факторов, которые его поддерживают.
- Психотерапия эмоциональных состояний матери (родителей), связанных с их родительской компетентностью.
- Психотерапия семейных отношений: отношений в супружеской диаде, отношений между родителями и прародителями.

Поведенческие методы терапии расстройств сна у детей являются достаточно распространенными, существуют их различные модификации [354]. Обобщенно можно обозначить три основные стратегии, которые могут использоваться для нормализации процессов сна у детей [3].

Первая стратегия предлагает использовать решительные жесткие и достаточно авторитарные действия родителей по отношению к малышу – привычке хорошо спать следует обучать с младенчества. Необходимо, чтобы дети с самого рождения научились спать самостоятельно всю ночь, поэтому данный подход получил название «Тихая ночь» [253]. Родителям предлагают не укачивать ребенка, не нянчиться с ним, не позволять спать в постели родителей. Кто-нибудь из родителей должен уложить еще бодрствующего ребенка в детскую кроватку, находящуюся в его комнате, поцеловать и, пожелав доброй ночи, уйти. Если ребенок будет плакать вслед, родитель должен подождать некоторое время, затем войти в комнату и снова пожелать малышу спокойной ночи. Нельзя брать ребенка на руки, кормить или предпринимать какие-либо попытки успокоить его. Терапевт предлагает схему поведения родителей, в которой описано, насколько долгими должны быть эти «визиты» родителей, что следует и чего не следует делать в это время. Подобные предписания даются и относительно пробуждения малыша среди ночи. Сторонники данной стратегии доказывают, что если добросовестно следовать этой методике, то она эффективна практически для всех детей в любых ситуациях.

Репозиторий БрГУ

Вторая стратегия терапии расстройств сна предлагается доктором У. Сирсом, и в ней в большей степени представлен психоаналитический подход. У. Сирс осуждает первую стратегию, считая изложенную в ней методику жестокой и бесчувственной, и полагает, что ребенок может находиться в постели родителей. Вполне естественно, когда кормящая грудью мать и ее дитя спят вместе, и малыш, оказавшись отдельно от мамы – источника тепла, заботы и пищи – будет нервничать и просыпаться по ночам. У. Сирс считает, что оставленный в отдельной кроватке ребёнок чувствует себя брошенным. Крик малыша, оставленный без ответа, отнюдь не «учит» его засыпать самостоятельно; на самом деле из этого опыта малыш выносит чувство, что никому до него нет дела, и он не может полагаться на то, что его родители действенно откликнутся на его нужды. Малыш с самого начала учится быть недоверчивым и обособленным от семьи.

Сторонники первой стратегии имеют свои возражения на эти обвинения. Они утверждают, что у детей, которым позволяли спать в «семейной постели», вырабатывается мнение, что только комфортность их собственного сна имеет значение. Таким образом, родители жертвуют своим собственным полноценным сном ради сна ребенка, не задумываясь о том, что они теряют возможность уединения и супружеской близости, забывая о тяжелой нагрузке на мать, которой приходится вставать по нескольку раз за ночь, чтобы успокоить ребенка. Кроме того, впоследствии возникнет необходимость отучать малыша от родительской постели. Доктор У. Сирс, напротив, считает, что родители должны «нянчиться» с малышом более продолжительное время – даже когда его уже называют тоддлером, и отлучать его только тогда, когда он начнёт терять к этому интерес.

Третья стратегия предлагает придерживаться промежуточной позиции. Б. Адлер [3] считает, что нельзя слепо следовать ни одному из этих подходов. Одни и те же решения неприменимы для совершенно разных типов детей и столь же разных типов родителей. Автор полагает, что каждая семья должна изучить собственную, единственную в своем роде ситуацию, найти наилучшее решение, которое будет отвечать предпочтениям всех членов семьи. Б. Адлер проводил опрос родителей, пытавшихся действовать с соответствии с первой стратегией, но обнаружил, что они не смогли придерживаться его программы по ряду причин. Во-первых, родителям очень сложно переносить длительный крик ребенка. Во-вторых, родители опровергают, что дети научаются засыпать самостоятельно уже на седьмой день выполнения программы. В-третьих, следованию программы препятствует отсутствие согласия между родителями, когда один из родителей часто меняет свое мнение относительно действенности и применимости этого метода после одной или двух ночей крика ребенка. Б. Адлер считает, что не стоит действовать по принципу: или все или ничего, так как вполне возможно сочетать оба этих метода.

Методы терапии расстройств сна, основанные на положениях детского психоанализа и концепции регуляторных расстройств [106; 235; 393; 419; 458; 505]. В коррекции нарушений сна у ребенка решающую роль играют родители, поэтому основные усилия специалистов направляются на работу с чувствами и

Репозиторий БрГУ

эмоциональными состояниями родителей, а обучение стратегиям совладания с проблемами сна становится вторичной задачей.

Если уже первые месяцы жизни ребенка были осложнены для родителей проблемами в его соматическом развитии, проблемным поведением ребенка, то это приводит к формированию у родителей чувства потери контроля ситуации, депрессивности, переутомлению и неуверенности в своей родительской компетентности. В этих условиях у родителей возникают смешанные чувства: усталость, раздражение, гнев, фрустрация, чувство вины. Неуверенность и чувство вины заставляет родителей подчеркнуто бережно относиться к ребенку, что делает поведенческую тактику родителей в целом весьма непоследовательной.

Родители, находящиеся под воздействием психосоциальных конфликтов, испытывают трудности в передаче ребенку сигналов уверенности, доверия, защиты. Плач и бессонница ребенка, особенно в вечернее и ночное время, вызывает у них ощущение потребности в помощи в первую очередь для себя самих, они испытывают повышенное чувство беспомощности, страхи. Поэтому родители нуждаются в психологической поддержке, в разъяснении природы их чувств и связанных с ними трудностей нормализации режима дня и режима сна ребенка.

Дополнительный вклад в возникновение проблем сна у ребенка вносит незнание родителями возрастных закономерностей психосоматического развития ребенка, что может стать предметом консультирования родителей.

В первые месяцы жизни дети испытывают трудности в установлении режима сна и бодрствования, и родители помогают им, организуя ритмично периоды кормления и сна, укачивая ребенка в кроватке, держа и покачивая его на руках, передвигаясь с ребенком на руках по комнате и т. д. После достижения 3 месяцев, когда начальные проблемы регуляции уже преодолены, эти способы поведения родителей и становятся ритуалами, отказаться от которых ребенок может, только пройдя период протеста, плача и крика. Поэтому легко возникают дисфункциональные рисунки взаимодействия в диаде мать–ребенок. Некоторые из расстройств сна возникают во второй половине первого года жизни, зачастую после заболеваний ребенка, прививок, переезда, периода отпуска и других внешних обстоятельств, при которых родители вынужденно прибегали к ритуалам укладывания спать, связанным с более тесным телесным контактом, кормлением и т. п. После этого родителям достаточно сложно поверить, что, когда ребенок плачет и цепляется за них, он в состоянии заснуть самостоятельно. Им не хватает уверенности, и они не могут передать ребенку ощущения уверенности и надежности ситуации, стимулирующей самостоятельное освоение возрастной задачи научиться засыпать самостоятельно.

Родителей обучают быть более чувствительными к сигналам усталости, переутомления и невысыпания ребенка, умению учитывать индивидуальные потребности ребенка в режиме дня. Оценивается также потребность ребенка в привязанности и автономии, которые могут быть связаны с проблемами сна. Для этого можно использовать видеозаписи взаимодействия мамы и ребенка в течение дня, а также в период укладывания ребенка.

Репозиторий БрГУ

Расстройства сна вследствие общих проблем регуляции в связи с нарушением баланса между зависимостью – автономией (которая проявляется в чрезмерном упрямстве ребенка) предполагает получение нового опыта позитивных отношений мамы и ребенка во время свободной игры. Полезно также обучение родителей позитивному поведению в ситуациях проблемного поведения ребенка, которое проводится посредством видеоанализа.

В консультировании по вопросам развития ребенка дается общая информация о соответствующей фазе развития ребенка, потребностях во сне, значении регулярного ритма сна. На основании протокола сна анализируются интервалы, неблагоприятные для укладывания.

Особое внимание уделяется также личной психотерапии родителей, которые мотивируются тем, что для того, чтобы справиться с проблемами сна у детей, родители сами должны быть отдохнувшими, полными сил, не испытывать постоянной тревоги и не чувствовать себя беспомощными.

Нарушения сна и семейные отношения. По данным М. Папушек [458], конфликты в родительской паре наблюдались в 56 % случаях комбинированных расстройств сна, проблемы отношений с прародителями в 33 % случаев. При наличии супружеских конфликтов нередко плохо засыпающий ребенок буквально вытесняет одного из родителей из супружеской постели. Поэтому коррекция нарушений сна у детей может включать необходимость психотерапии семейных отношений, отношений в супружеской паре, отношений родителей и прародителей.

2.6 Нарушения питания

2.6.1 Нарушения пищевого поведения

Термин «питание» обозначает физиологическое понятие, которое включает в себя совокупность происходящих в организме процессов, приводящих к построению новых тканей и поддерживающих основной обмен веществ. Питание как психологическое понятие характеризует процесс употребления пищи. Пищевое поведение представляет целенаправленную деятельность человека по отбору пищевых продуктов, их приготовлению для употребления, процесс непосредственного употребления пищи, а также формирование пищевых предпочтений. Пищевое поведение включает также ценностное отношение к пище и ее приему, стереотипы питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию.

Пищевое поведение направлено на удовлетворение разнообразных потребностей человека как индивида и личности: биологическая потребность в пище, потребность во впечатлениях и получении положительных эмоций (удовольствия), эстетическая потребность, потребность в общении, потребность в самоутверждении и самореализации, потребность в принадлежности к своей культуре и формирования культурно-национальной идентичности и т. п. Пищевое поведение характеризует человека, который использует процесс употребления пищи для удовлетворения своих разнообразных потребностей [110]. В ран-

Репозиторий БрГУ

нем и дошкольном возрасте пищевое поведение развивается быстрыми темпами, и его благополучное развитие должно привести к адекватному, но не чрезмерному увеличению веса в детстве и к реализации здорового питания на протяжении всей жизни человека [349].

Если ребенок в соответствии с возрастными ограничениями не может реализовать пищевое поведение, говорят о процессе кормления, который организуется для ребенка ухаживающим взрослым. Разделение процессов питания и кормления не является абсолютным и не связано напрямую с возрастом человека: кормить можно и взрослого человека, и пожилого человека, и человека болеющего. Главным критерием является та степень активности, которую проявляет индивид в процессах употребления пищи, и чем больше собственной активности ребенка, тем в большей степени данный процесс можно назвать питанием (не кормлением), или пищевым поведением.

Пищевое поведение является, таким образом, сложным феноменом, и оно выполняет различные функции в жизнедеятельности человека. Исследования феномена пищевого поведения проводятся в междисциплинарной парадигме [83; 19; 110; 208; 349]. В структуре пищевого поведения выделяется несколько уровней:

- биологический уровень (пища как источник поддержания жизни и обеспечения телесного здоровья);
- социально-культурный уровень (культурные традиции в питании, ценность и смысл пищи и питания, социально-психологические функции пищи; питание в содержании социальных ролей, например роли матери);
- межличностный уровень (межличностное взаимодействие в процессе питания, в том числе детско-родительское взаимодействие как реализация типичных детско-родительских отношений; функции питания в реализации детско-родительских отношений; значение питания ребенка для матери как показатель материнской эффективности);
- индивидуальный уровень (индивидуальные предпочтения в питании, индивидуальный смысл пищи и питания, питание как средство и способ решения психологических проблем). Процесс питания – именно та сфера жизнедеятельности, в которой человек может максимально проявить свою автономию и независимость, так как невозможно заставить человека есть без его желания.

Ни одна жизненная функция в ранние годы жизни не играет столь важной роли в эмоциональной сфере человека как питание. Ребенок впервые испытывает избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления – таким образом удовлетворение чувства голода тесно связывается с ощущением комфорта и защищенности. Помимо ощущения защищенности, насыщение часто ассоциируется с ощущением того, что тебя любят. Для ребенка ситуация «быть накормленным» становится эквивалентом ситуации «быть любимым» и означает фактически ощущение защищенности, связанное с насыщением. Формирование пищевых привычек в первые три года жизни тесно связано с пищевыми привычками и поведением по отношению к еде его родителей [83].

Репозиторий БрГУ

Анализ нарушений кормления/питания исследователями проводится на нескольких уровнях: уровень возрастного развития (задачи развития) в контексте освоения пищевого поведения; уровень поведения в контексте нарушений адаптации; уровень взаимодействия с близкими взрослыми; уровень родительского отношения к ребенку в контексте питания (Н. В. Андрущенко, Д. Н. Исаев, М. Кляйн, Б. Е. Микиртумов, М. Папушек И. Шатур, М. Черпка и др.).

Расстройства пищевого поведения в детском возрасте пролонгируются на подростковый возраст и взрослость, проявляясь в виде таких клинических нарушений, как нервная анорексия и булимия, орторексия и ожирение; в виде различных невротических нарушений и расстройств личности. Нарушения кормления имеют тенденцию к персистентному существованию и обозначают наличие риска для дальнейшего телесного, умственного, социоэмоционального развития ребенка и для развития связей внутри семьи [109]. Поэтому проблемы питания в детском возрасте требуют не меньшего внимания, чем другие проблемы развития ребенка, даже если они не вызывают обеспокоенности у родителей. Расстройства питания в раннем возрасте являются общими проблемами в педиатрической практике, они сопровождаются негативными эмоциональными переживаниями детей и их родителей [377]. Они могут создавать долгосрочную угрозу для развития ребенка и детско-родительских отношений, так как соматический стресс у детей, их ранние вкусовой и сенсорный опыт тесно связаны с поведением родителей и психологическим стрессом. Проблемы с кормлением, возникающие у детей раннего возраста, М. В. Белоусова с соавт. [19] предлагают рассматривать как предикторы нарушений речевого развития в раннем возрасте: по данным авторов, проблемы кормления наблюдаются у 75 % детей раннего возраста с перинатальными поражениями нервной системы, среди тех, чьи родители обратились к неврологу с жалобами на нарушения речевого развития.

С самого раннего детства ребенка приучают к осуществлению целого ряда функций, связанных с питанием, овладением инструментами и способами принятия пищи: постепенно ребенок овладевает социокультурными средствами питания и пищевого поведения. Сензитивным для расстройств пищевого поведения является период раннего онтогенеза и особенно период младенчества. Питание появляется с самого момента рождения человека, так как сразу после рождения ребенок должен начать самостоятельный процесс употребления пищи в виде материнского молока или искусственных смесей, ибо внутриутробно он получал питательные вещества с кровотоком матери. Проблемы питания обнаруживаются у новорожденного как проблемы его кормления. Одной из задач развития ребенка в первые месяцы его жизни становится усвоение ритма сон–бодрствование, режима питания, то есть овладение социокультурными средствами организации питания как процесса жизнедеятельности.

Проявления расстройств питания/кормления отражают нерешенность возрастных задач развития (Н. В. Андрущенко [6]). В первые месяцы жизни нарушения кормления связаны с регуляцией ребенком физиологических состояний и уровня возбуждения. На втором году жизни эти расстройства наблюдаются в связи с прекращением кормления ребенка грудью и переходом к самостоятель-

Репозиторий БрГУ

ной еде. В детско-материнских отношениях в этот период наблюдаются трудности сепарации, отделения ребенка от матери в связи с прекращением кормления грудью. На втором году жизни возрастает стремление ребенка к автономии и самостоятельности, достигающее апогея в период кризиса трех лет. Ребенок активно стремится самостоятельно участвовать в процессе кормления или еды, поэтому именно в этом возрасте проблемы кормления проявляются в «борьбе за власть», за управление ситуацией. Проблемы матери в процессах кормления выражаются в том, что она нечетко и неясно для ребенка устанавливает границы, или же устанавливает слишком жесткие границы, тем самым игнорируя стремление ребенка к самостоятельности и к участию в приеме пищи. Таким образом, отказываясь от еды или требуя еду по своим правилам, ребенок контролирует поведение родителей. Причины нарушений пищевого поведения детей можно назвать исходя из основных возрастных новообразований. В возрасте трех лет, который характеризуется как кризисный период [61], ребенок желает сам принимать решения, а еда – наиболее удобная для этого сфера.

В младенческом возрасте процесс кормления/питания ребенка и его нарушения рассматриваются как родителями, так и специалистами в числе наиболее важных и наиболее сложных. «Нарушения кормления имеют тенденцию к персистентному существованию и обозначают наличие риска для дальнейшего телесного, умственного, социоэмоционального развития ребенка и для развития связей внутри семьи» [458, с. 100]. Поэтому проблемы питания в детском возрасте требуют не меньшего внимания, чем другие проблемы развития ребенка, даже если они не вызывают обеспокоенности у родителей.

В теории психосексуального развития (З. Фрейд) в качестве первой стадии развития ребенка была названа оральная стадия, поэтому процессы питания стали центральными в исследованиях представителей детского психоанализа (А. Фрейд, М. Кляйн), которые подчеркивали, что на первом году жизни отношения матери и ребёнка во многом определяются приемом пищи. А. Фрейд определила 6 линий развития ребенка, одна из которых – линия развития пищевого поведения, описывающая период от рождения (грудное вскармливание), отлучения от груди, перехода от кормления к самостоятельной еде, овладения ложкой и вилкой, отделения питания от матери, до подросткового возраста, когда ребенок обретает самостоятельность в питании и переходит к рациональным установкам в отношении пищи. А. Фрейд отмечала, что «еда является тем “полем битвы”, на котором могут быть обнаружены проблемы в отношениях матери и ребенка» [235, с. 6]. «Каждый отказ ребенка от еды нацелен на нее лично, то есть выражает неприятие ребенком ее материнской заботы и отношения, осуждение, которое вызвано сверхчувствительностью в отношении процесса кормления и скрыто за этим навязыванием пищи со стороны матери. Это объясняет также, почему на этих фазах отказ от пищи и прихоти в еде могут исчезнуть, если кормление будет осуществляться не матерью, а заменяющим ее незнакомым человеком» [235, с. 6]. Таким образом, ошибки в уходе за ребенком, и, как следствие, разрушение у ребенка чувства надежности матери, приводят к тому, что у

Репозиторий БрГУ

него пропадает желание сосать материнскую грудь, и такой отказ можно назвать «отказом от мамы».

Изучение пищевого поведения и установок в отношении пищи представляется М. Кляйн [106] наилучшим подходом к пониманию проблем маленьких детей. Дефицитарные, искаженные объектные отношения всегда приводят к нарушению грудного вскармливания. Наблюдения за стилем сосания позволяют сделать вывод об успешности формирования объектных отношений и развитии эмоциональной сферы ребенка.

Представители психоанализа подчеркивали, что проблемы ребенка раннего возраста, в том числе проблемы питания – это проблемы его родителей: «Детская психосоматика – это отражение психологических проблем матери, с которой ребенок связан неразрывной телесно-эмоциональной, эмпатической связью… неосознанно отождествляя себя с матерью, ребенок, как в зеркале, отражает ее эмоциональный дискомфорт – только не во “взрослой”, словесно-опосредованной форме, а в “детской, телесной” [491, с. 367]. Ф. Дольто полагает, что маленький ребенок способен брать на себя проблемы своих родителей, в то время как последние остаются внешне здоровыми. «Тело ребенка – язык, представляющий историю родителей» [80, с. 510].

Нарушения питания/кормления в период младенчества рассматривались также представителями русскоязычной школы детской психиатрии как психосоматические расстройства (Д. Н. Исаев, В. В. Ковалев, В. Е. Микиртумов). Согласно концепции уровневого реагирования на вредности В. В. Ковалева [107], в раннем детстве ведущим является сомато-вегетативный уровень. Психосоматические расстройства у маленьких детей встречаются достаточно часто, так как ребенок в этом возрасте реагирует на трудные обстоятельства почти исключительно органами и системами тела. Затруднения при вскармливании и нарушения питания детей первого года жизни могут быть отражением сложностей налаживания грудного вскармливания, обусловленными проблемами и матери, и ребенка. Среди этиологических факторов возникновения нарушений пищевого поведения наиболее весомым является эмоциональное напряжение, возникшее вследствие трудных для ребенка обстоятельств.

Родительское отношение к кормлению ребенка раннего возраста также имеет свои характеристики. В периодизации типов питания в онтогенезе период раннего возрасте назван Ш. Гааган [349] «диетой, модифицированной взрослыми». На втором году жизни, после отлучения от груди, детям предлагается пища, которая отражает и напоминает предпочтения их семей. Введение разнообразных питательных продуктов и новых вкусов в этот период особенно важно, так как дети изначально более восприимчивы к новым продуктам по сравнению с детьми дошкольного возраста, которые могут неохотно пробовать и даже сопротивляться предложению попробовать новые продукты.

Мать всегда в первую очередь заботится о том, чтобы ребенок был сыт, так как питание ребенка приобретает для нее значение индикатора материнской эффективности, и поэтому она переформулирует состояние ребенка с «быть сытым» на «быть накормленным». Проблемы питания ребенка приобретают для

Репозиторий БрГУ

матери особенно острое значение, и она пытается решить их любыми доступными ей способами, из которых главным становится умножение усилий по «наполнению» ребенка пищей. При этом мать не склонна думать о состоянии ребенка, его собственных желаниях и потребностях, в том числе о положительных эмоциях ребенка. Проблемы питания ребенка становятся важным пунктом семейных обсуждений и обсуждений за пределами семьи, что свидетельствует о возрастании тревожности матери и индуцированной тревожности ребенка. Как образно сказано М. Черпка [311] образно отмечает, что семья воспринимает ребенка только лишь как большой живот, требующий постоянного наполнения.

Распространенность расстройств кормления/питания. В младенческом возрасте нарушения кормления встречаются у каждого третьего здорового ребенка. Легкие и средней степени тяжести расстройства пищевого поведения встречаются у детей в возрасте до двух лет в 15–25 %, выраженные в возрасте 3 года – в 10% случаев. Расстройства питания, гипотрофии более редки и встречаются в 3–4 % случаев [6].

Расстройства пищевого поведения редко наблюдаются изолированно. В Мюнхенском исследовании, проведенном под руководством М. Папушек [458], изучались дети, родители которых обратились в отделение кричащего ребенка с жалобами на наличие у них расстройств пищевого поведения. Оказалось, что у этих детей дополнительно отмечались другие регуляторные расстройства: расстройства сна (71–93 % случаев), в первые месяцы жизни – эксцессивный, перманентный крик (95 % случаев), во втором полугодии – нарушения поведения в виде чрезмерного цепляния за мать (12–29% случаев), на втором году жизни – чрезмерное упрямство (46–73 %), в конце второго года жизни – выраженное агрессивное поведение (11–40 % случаев). Наличие выраженного стресса до родов отмечалось более чем у 60 % матерей, и матери этих детей сами часто имели расстройства пищевого поведения в детстве или же эти расстройства сохранялись и в настоящее время.

В клинической практике о расстройствах приема пищи у детей раннего возраста можно говорить тогда, когда это представляется проблемой для родителей ребенка, и они обращаются за помощью. Так как преходящие расстройства приема пищи встречаются достаточно часто, дополнительно введен критерий длительности: эти расстройства должны существовать более месяца.

Представители немецкой школы изучения регуляторных расстройств [311; 412] предлагают выявлять триаду симптомов при наличии расстройств питания/кормления:

- проблемы регуляции поведения ребенка при принятии пищи;
- дисфункциональный рисунок взаимодействия родителей с ребенком во время кормления;
- расстройства адаптации со стороны родителей (синдром «переутомления» одного или обоих родителей).

Определены диагностические признаки нарушений питания/кормления:

- ребенок упорно отказывается от пищи;

Репозиторий БрГУ

- ребенок ест с неудовольствием или даже с отвращением: смотрит на предложенную еду с недовольным выражением лица, отворачивает голову или отталкивает ложку, выплевывает еду, реагирует спровоцированной рвотой и сжиманием рта;

- ситуация кормления отходит как бы на второй план: ребенок во время еды направляет свое внимание на другие раздражители и побуждает мать к использованию отвлекающих стратегий;

- дети «позволяют» себя кормить, но их внимание направлено на другие объекты в окружении;

- темп еды неравномерный: фазы приема пищи короткие или чрезмерно затянутые;

- продолжительность процесса приема пищи, а также количество съеденного сильно варьируют от одного приема пищи к другому;

- поведение ребенка во время еды и навыки, приобретенные ребенком, не соответствует возрасту;

- ребенка можно покормить только в состоянии полусна.

Клинические классификации расстройств питания/кормления в раннем детстве. Расстройства питания и пищевого поведения в детском возрасте представлены в разных классификациях психических и поведенческих расстройств.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [152] расстройства пищевого поведения детей младенческого и раннего возраста представлены следующими позициями:

F98.2 Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте.

F98.2 Расстройство питания младенческого и детского возраста:

А. Постоянная неспособность адекватно кушать, или постоянная жвачка или срыгивание пиши.

Б. Отсутствие прибавки в весе или потеря веса за период по меньшей мере один месяц (учитывая частоту транзиторных расстройств питания, исследователи могут предпочесть в некоторых целях минимальную частоту 3 месяца).

В. Начало расстройства в возрасте до 6 лет.

Г. Отсутствие синдрома, отвечающего в МКБ-10 критериям любого другого психического расстройства (кроме умственно отсталости, F70-F79).

Д. Отсутствие органического заболевания, которое могло бы объяснить неспособность питаться.

F98.3 Поедание несъедобного младенцами и детьми — ПИКА. Устойчивая тяга к поеданию непищевых продуктов (таких, как земля, краски, стружки и т. д.):

А. Постоянное или периодически повторяющееся поедание несъедобных веществ с частотой не реже двух раз в неделю.

Б. Продолжительность не менее 1 месяца (в некоторых целях исследователи могут предпочесть минимальный период 3 месяца).

В. Отсутствие любого другого психического расстройства, отвечающего критериям рубрик в МКБ-10 (кроме умственной отсталости, F70-F79).

Репозиторий БрГУ

Г. Хронологический и умственный возраст не менее 2 лет.

Д. Характер питания не является частью культурально одобряемой практики. Этот симптом может быть частью более глубокого психического расстройства (такого, как аутизм); он также может проявляться как относительно самостоятельное психопатологическое поведение. Только в этом, последнем случае можно использовать данную рубрику. Извращенный аппетит более распространен среди детей с умственной отсталостью. Случаи с одновременным наличием умственной отсталости следует кодировать рубриками F70–F79 в соответствии с основным диагнозом.

Кроме расстройств, специфичных для детского возраста, предлагается использовать шифры, применяемые во взрослой практике: F50 – анорексия, F50.4 – переедание.

Расстройства питания/кормления в раннем детстве классифицированы и описаны в Международной диагностической системе DC: 0–3 [572] с дополнениями в DC: 0–5 [398; 573]:

601: нарушения кормления, затрагивающие регуляцию гомеостаза (регулятивно-адаптационные нарушения);

602: нарушения кормления с недостаточностью детско-родительского взаимодействия;

603: инфантильная анорексия (неадекватное регулирование аппетита);

604: сенсорно обусловленный отказ от еды;

605: посттравматические нарушения кормления;

606: нарушения кормления в связи с текущими заболеваниями.

Рассмотрим данные расстройства более подробно.

601: *Регуляторно-адаптационные нарушения питания/кормления*. В эту категорию включают так называемых «кричащих младенцев», часто это хорошо развитые младенцы, но очень чувствительные к раздражителям, и у них обнаруживаются нарушения кормления. Причины неукротимого плача многообразны. Одна из них – это напряженные отношения в семье между родителями. Согласно результатам исследования М. Папушек, сильно плачущие младенцы чаще наблюдались в семьях с высоким уровнем материнского и брачного дистресса, с высокими оценками конфликтов между родителями, между родителями и прародителями ребенка, с показателями низкой семейной поддержки каждого члена семьи [463]. Одна из возможных причин, которую тоже установили авторы, это так называемый «синдром родительской перестимуляции», или избыточной стимуляции ребенка родителями: взрослый постоянно организует общение с ребенком, все время тормошит его, требует от него каких-либо действий, не оставляет ему возможности остаться или поиграть самому. Со стороны ребенка наблюдаются защитные формы поведения, которые он использует в условиях избыточного общения.

Эти нарушения называют также нарушениями кормления, затрагивающими регуляцию гомеостаза [313; 314]. Это расстройство питания характеризуется трудностями в установлении регулярного, спокойного кормления и недостаточным приемом пищи младенцем. В течение первого месяца жизни регули-

Репозиторий БГПУ

рование питания тесно связано с отношениями матери и ребенка. Как младенческие, так и родительские характеристики вносят вклад в эти регуляторные трудности кормления.

А. Ребенок:

1. Проблемы с питанием от рождения до 3 месяцев.

2. Нерегулярное питание и плохое потребление пищи: а) потребление пищи варьируется в количестве; б) кормление варьируется по времени дня и по продолжительности кормления.

3. Младенец демонстрирует плохую регуляцию состояния во время кормления, о чем свидетельствуют раздражительность, легкая утомляемость и/или чрезмерная сонливость.

4. Отсутствие прибавки в весе приводит к отсутствию хорошего роста.

Б. Родитель: родительская тревога, депрессия, родительская психопатология и/или психосоциальные стрессоры приводят к неспособности матери читать сигналы младенца и обеспечивать спокойное и успешное кормление.

В. Дифференциальный диагноз. Следующие органические проблемы младенца могут способствовать, но не полностью объяснять проблемы с питанием: а) недоношенность, незрелость; б) болезни сердца или легких; в) функциональные или структурные нарушения ротовой полости и носоглотки или желудочно-кишечного тракта (волчья пасть, гастроэзофагеальный рефлюкс, атрезия пищевода и т. д.).

602. Нарушения кормления с недостаточностью детско-родительского взаимодействия. Недостаточное внимание к ребенку со стороны матери объясняется недостатками воспитания в ее собственном детстве, выраженными проблемами в отношениях с партнером, социальной изоляцией. В данных случаях наблюдаются трудности в понимании реакций на сигналы ребенка, слабые зрительный контакт, ответная улыбка, редкий телесный контакт.

Непонимание и дифференциация сигналов голода родителями приводит к практике кормления ребенка в ответ на его любой крик или плач. В работе С. Штифтер [525] изучается взаимосвязь между темпераментом ребенка и использованием родителями пищи для успокоения ребенка в ситуации его дистресса. Характеристики темперамента (динамизм, негативизм, раздражительность, возбудимость) детей в возрасте 6 месяцев выявлялись в процессе наблюдения в лабораторных условиях и с помощью родительского опросника. Родители заполняли опросник хронометража крика и отмечали, когда они использовали пищу в ответ на крик ребенка, создавая т. н. круг суеты и беспокойства. Оказалось, что динамичные дети, которых родители кормили в ответ на их сигналы беспокойства и тревоги, набирали больший вес и имели больший рост. Получены также данные о значимых связях показателей возбудимости и стремлением родителей кормить ребенка, что является предиктором прибавки в весе в первые два года жизни. Таким образом, динамизм как характеристика темперамента ребенка вызывает у родителей такую практику кормления, которая увеличивает риски здоровья детей, так как повышенная прибавка в весе в период младенчества является фактором риска ожирения в детстве.

Репозиторий БрГУ

Это расстройство называют также *расстройством питания, связанным с нарушением привязанности* [313; 314]); оно характеризуется отсутствием взаимодействия или неадекватным взаимодействием между матерью и младенцем. Мать часто отрицает какие-либо проблемы с питанием у младенца, и младенец может попасть в поле зрения профессионалов из-за заметного нарушения роста или других проблем со здоровьем.

А. Ребенок:

1. Начало задержки роста между 2 и 8 месяцами.

2. Младенец демонстрирует отсутствие соответствующей возрасту социальной чувствительности: а) отсутствие визуального взаимодействия, но повышенная зрительная чувствительность, когда люди находятся на расстоянии; б) отсутствие ответной улыбки; в) отсутствие вокальной взаимности; г) отсутствие предупреждающего протягивая рук при поднятии (если ребенку более 5 месяцев); д) отсутствие группирования и объятий, когда ребенка берут на руки.

3. Развитие ребенка: а) задержка в развитии моторных навыков; б) слабый мышечный тонус, о чем свидетельствуют гипертония при поднятии, расслабление позы при удержании; в) задержка когнитивного развития; г) отсутствие состояния эмоционального благополучия.

Б. Родитель: острая или хроническая депрессия и/или расстройство личности, злоупотребление наркотиками или алкоголем и/или высокий психосоциальный стресс приводят к отсутствию нежной заботы и регулярного кормления ребенка. В процессе кормления бутылочки должны быть приподняты для того, чтобы младенец мог самостоятельно кормиться, или же о кормлении можно вообще забыть.

В. Дифференциальный диагноз. Это расстройство питания необходимо отличать от органических условий, которые могут привести к недостаточному увеличению веса у младенца. Тем не менее, обычно мать и ребенок обычно показывают лучшее взаимодействие.

603: Инфантильная анорексия (неадекватное регулирование аппетита) или сепарационное расстройство кормления [313; 314]). Происхождение данного расстройства неизвестно, однако имеются указания на его повторение в семейной истории. Ребенок ест разные продукты, разной консистенции, но ест очень мало – у него явно отсутствует аппетит. Он развивается с отставанием в весе и росте, но его психическое развитие соответствует возрасту. О ребенке говорят, что у него нет времени на еду, и даже во время еды он часто отвлекается на посторонние предметы. Это расстройство питания характеризуется не только отказом ребенка от питания, но и выраженным конфликтом в отношениях матери и ребенка в связи с проблемами автономии, зависимости и контроля.

А. Ребенок:

1. Начало отказа от пищи в возрасте от 6 месяцев до 3 лет при переходе ребенка к самостоятельному кормлению.

2. Отказ младенца от пищи: а) варьируется от еды к еде, б) варьируется среди разных ухаживающих взрослых, с) приводит к недостаточному потреблению пищи в целом.

Репозиторий БрГУ

3. Недостаточное потребление пищи привело к неспособности благополучного роста и развития: а) вес ниже 5-го процентиля по возрасту, или вес отклоняется на две процентильные кривые в период от 2 до 6 месяцев, б) вес для данного роста меньше 90 % от идеального для данного роста веса.

4. Развитие кажется нормальным, за исключением: а) задержки моторного развития в тяжелых случаях, вторичной по отношению к недоеданию; б) задержки экспрессивной речи у некоторых детей, которые отказываются говорить так же, как они отказываются от еды.

Б. Родитель:

1. Родители воспринимают ребенка: а) как имеющего плохой аппетит; б) как любопытного и требующего внимания; в) будучи трудным и упрямым во время кормления, ребенок отвергает попытки родителей заставить его есть.

2. Высокая родительская тревога по поводу плохого потребления пищи младенцем, которая проявляется: а) в попытках заставить ребенка есть больше; б) в отвлечении ребенка игрушками или играми, чтобы побудить ребенка есть; в) в кормлении младенца круглосуточно, в том числе ночью; г) в предложении разных видов пищи, если ребенок не ест; д) в насильном кормлении ребенка.

В. Дифференциальный диагноз. Отказ от приема пищи у ребенка не связан с травмирующим событием, таким как удушье, рвота, введение эндотрахеальных трубок для кормления, рвота или боль вследствие гастроэзофагеального рефлюкса, или любым другим соматическим заболеванием.

604. Сенсорно обусловленный отказ от еды. У детей наблюдается особая чувствительность к определенным запахам, вкусам, консистенции и температуре пищи. Дети отказываются есть, так как им неприятны вкус, текстура, запах пищи; ребенок может отказываться есть вплоть до тошноты и рвоты. Предпочитаемые продукты при этом легко принимаются и потребляются ребенком в достаточном количестве. Как правило, это расстройство наблюдается при введении новых видов пищи в дополнение к грудному молоку, например пюре из баночек с кусочками фруктов или овощей. Эти симптомы нарастают в период от 4 до 24 месяцев. В дальнейшем у ребенка обнаруживается повышенная чувствительность в иных сенсорных областях, например, он не переносит грязь на руках, хождение босиком по траве, он сверхчувствителен к определенным тканям, громким звукам.

Дети с разными видами нарушений развития также характеризуются расстройствами пищевого поведения. Сенсорная гиперчувствительность к пище характерна для детей с расстройствами аутистического спектра и для детей с расстройствами питания ПИКА, в то время как дети с избегающе-ограничительным расстройством пищевого поведения отличаются самой низкой чувствительностью по отношению к пище, особенно по сравнению с НТ детьми [530].

605. Посттравматические нарушения кормления возникают вследствие перенесенных ребенком вмешательств в ротовую полость (интенсивная терапия, зонд, интубация), а также насильственного кормления и травматичной, неприятной для ребенка чистки зубов. Дети демонстрируют чрезмерную тревожность, иногда даже панические реакции в ответ на любую стимуляцию в области лица,

Репозиторий БрГУ

рта, глотки. Выраженное сопротивление они оказывают даже при виде ложки или бутылочки со смесью или молоком, они отказываются проглатывать находящуюся во рту пищу. Ребенок либо вообще отказывается от кормления, либо при попытке кормления у него наблюдаются приступы давления пищей; страх задохнуться или испытать боль ассоциирован у ребенка с процессом кормления. Во время кормления наблюдается плач, запрокидывание головы, ребенок не открывает рот, отталкивает ложку, выплевывает пищу. Защитное поведение ребенка возникает еще до еды, при виде стульчика для кормления, бутылочки, ложки.

Диагностика нарушений кормления/питания может проводиться двумя способами:

1) Анализ родительских отчетов о процессе питания/кормления. Родителям предлагается вести дневники питания ребенка, или пищевые протоколы, которые заполняются в течение дня. В протоколах отмечаются: время кормления и его продолжительность, количество и набор съеденной пищи.

2) Наблюдение процесса кормления ребенка (анализ прямого наблюдения и видеозаписей).

Для оценки нарушений взаимодействия матери и ребенка в ситуации кормления может использоваться *шкала кормления,* разработанная под руководством И. Шатур [312]). Шкала прошла процедуру валидизации и стандартизации, продемонстрировала высокие показатели надежности; прогностическая валидность методики была продемонстрирована на примере дискриминации групп детей с нарушениями и без нарушений кормления, а также трех видов нарушений кормления[4]. Данная шкала используется в многочисленных исследованиях нарушений кормления/питания детей в раннем возрасте, а также в клинической практике с детьми в возрасте от 1 месяца до 3 лет.

В шкале выделены 5 субшкал, и оценка выставляется по каждой шкале отдельно.

Субшкала 1. Реципрокность в диаде – позитивный обмен между мамой и ребенком.

Субшкала 2. Конфликт в диаде – отказ ребенка от пищи и его негативные эмоции, негативные эмоции матери и ее негативные комментарии относительно ребенка.

Субшкала 3. Разговоры и отвлечение внимания – вовлечение матери и ребенка в разговор и игру, что мешает кормлению.

Субшкала 4. Борьба за контроль: контролирующее материнское поведение – игнорирование (отвержение) сигналов ребенка, заталкивание пищи в рот ребенка, сопротивление ребенка (выплевывание пищи).

Субшкала 5. Материнская предсказуемость, или неизменность – неподходящее, неуместное поведение матери во время кормления (игнорирует или отвергает сигналы ребенка, слишком крепко удерживает ребенка, ограничивает движения ребенка).

Шкала кормления содержит описание 46 характеристик поведения матери и ребенка, а также их взаимодействия в процессе кормления. Ситуация кормле-

---

[4] Русскоязычная адаптация шкалы проведена нами. – *И.В.*

Репозиторий БрГУ

ния ребенка матерью на протяжении 20 минут записывается на видео. В оригинальной версии видеозапись проводится в лабораторных условиях, а также в ситуации клинической практики. В центре раннего вмешательства видеозапись может быть сделана как в клинических условиях, так и в домашней обстановке. Оптимально сделать видеозапись во время домашнего визитирования семьи специалистом. Видеозапись может быть сделана также родителями после получения консультаций по организации видеосъемки.

В дополнение к шкале кормления разработана и проведена психометрическая оценка шкалы игры родителя и ребенка [315]. Необходимость разработки дополнительной шкалы, оценивающей взаимодействие матери и ребенка в неструктурированной ситуации свободной игры обосновывается положением о том, что качества дисфункциональной игры в сочетании с дисфункциональным взаимодействием в процессе кормления свидетельствуют о существовании общих неадаптивных паттернов во взаимодействии в диадах «мать–ребенок». В данной шкале выделены 4 субшкалы: диадическая реципрокность, материнская неотзывчивость, диадический конфликт, материнская навязчивость.

Матери и их дети с диагнозом «Нарушение кормления регуляторного характера» характеризуются как имеющие низкую диадическую взаимность, они демонстрируют более высокие оценки по шкале материнской невосприимчивости к сигналам ребенка по сравнению с контрольной группой детей того же возраста, не имеющих нарушений кормления. Дети более старшего возраста с диагнозом «Нарушения кормления с нарушениями реципрокности или с инфантильной анорексией» отличаются от первой группы детей с нарушением кормления и контрольной группы по показателям диадического конфликта. Кроме того, они демонстрируют меньшую диадическую реципрокность и материнскую невосприимчивость к сигналам ребенка. Более высокие показатели материнской навязчивости были обнаружены в группе детей, имеющих нарушения кормления, по сравнению с контрольной группой.

Результаты исследований с использованием шкалы взаимодействия матери и ребенка в ситуации свободной игры вновь подтверждают важность «достаточно хороших» отношений матери и ребенка, а также необходимость использования способов материнского скаффолдинга [113; 562] для раннего развития биологической, эмоциональной и социальной регуляции.

Терапия и коррекционная работа при нарушениях питания в раннем возрасте. Последствия расстройств пищевого поведения и дисфункциональных взаимодействий ребенка и родителей могут быть благоприятными, если проводить комплексную терапию и коррекцию на ранних стадиях. Терапия сложных расстройств пищевого поведения требует междисциплинарного сотрудничества специалистов разного профиля (врачи, психологи, эрготерапевты) [373]. Существенно важным является проведение интегративной терапии в процессе диагностики и лечения детей раннего возраста с проблемами кормления и питания, а также их родителей [375].

При любых видах нарушений питания/кормления ребенка раннего возраста, а также с целью профилактики расстройств питания врач или психолог в

Репозиторий БрГУ

процессе терапии проводит консультирование *по вопросам нормативного развития пищевого поведения в данном возрасте*. В содержание консультирования включаются вопросы нормального развития пищевого поведения в возрастном контексте.

Вместе с родителями необходимо разработать правила кормления [311] и обучать родителей следованию им:

- родители определяют, когда, где и что ребенок ест, ребенок определяет, сколько есть, посредством чувства голода и насыщения;
- родители ограничивают время принятия пищи, окончание приема пищи согласно определенным четким правилам;
- ребенку предлагаются не более трех различных видов еды за один прием пищи;
- ребенку предлагаются маленькие порции, добавки – только по его просьбе;
- кормление не сопровождается принуждением и насилием;
- процесс еды не сопровождается игрой или другими занятиями; необходимо четко разделять игру и еду;
- родители вызывают у ребенка интерес к процессу еды, создают условия для получения удовольствия от еды;
- родители поддерживают самостоятельное принятие пищи ребенком; стимулируют самостоятельность ребенка в еде, использование им столовых приборов;
- родители позитивно подкрепляют желательное поведение ребенка, игнорируют нежелательное поведение, четко устанавливают границы;
- родители поощряют самостоятельное поведение ребенка во время еды, а не стремятся к количеству съеденной пищи;
- родители не используют пищу в качестве награды для ребенка;
- родители организуют еду ребенка за родительским столом, обучают его правильной еде на своем позитивном примере;
- родители должны показывать пример правильного процесса употребления пищи, сосредоточиваясь на ней и демонстрируя положительные эмоции.

В содержание терапии обязательно входит психологическая поддержка родителей, особенно матери. Психологическая поддержка необходима матери потому, что она перестает быть уверенной в своей материнской компетенции, если ее ребенок плохо и мало ест. В процессе консультирования терапевт стремится к смене критериев оценки матерью своей материнской компетентности: компетентной, то есть хорошей мамой является та мама, которая организует процесс питания в соответствии с возрастными особенностями ребенка, а также умеет исправить имеющиеся у ребенка нарушения питания.

В традициях психодинамического подхода психотерапия ориентирована на эмоциональные проблемы самих родителей. Проблемы кормления/питания ребенка зачастую связаны с эмоциональными проблемами родителей, их непрожитыми детскими переживаниями, которые проявляются в ситуациях кормления их ребенка. В ситуации кормления ребенка реализуются психодинамические аспекты интеракции родителей и детей:

- страх за жизнь, благополучное развитие и рост;
- страх потери ребенка;

Репозиторий БрГУ

- стремление к контролю и принуждению вместо автономии ребенка;
- симбиоз, чувство собственного достоинства, бедность или нарцистическое расстройство;
- конфликт в супружеской паре;
- нарушения пищевого поведения у родителей.

Эти проблемы должны прорабатываться в процессе личной терапии родителей и терапии в супружеской паре [393; 419].

Организация терапии и коррекции нарушений питания. Работа должна начинаться с тщательного изучения проблемы:

- изучение жалоб и запросов родителей;
- проведение клинической диагностики, учитывая, что проблемы питания могут быть результатом соматической и неврологической патологии;
- сбор и анализ родительских отчетов о процессе питания/кормления (родителям предлагается вести дневники питания ребенка, или пищевые протоколы, которые заполняются в течение дня; в протоколах отмечаются время кормления и его продолжительность, количество и набор съеденной пищи);
- проведение наблюдения процесса кормления ребенка (прямое наблюдение или видеозаписи), анализ ситуаций кормления с использованием диагностических шкал, например, может использоваться шкала кормления И. Шатур [312].

Собранный диагностический материал используется для определения типа нарушения питания/кормления. Для каждого типа нарушений предлагается специфическая терапия. Терапия разрабатывается для каждого конкретного случая командой специалистов: педиатр и/или невролог, психолог/психотерапевт, логопед.

Функции участников команды:

- врач-педиатр выявляет клинические аспекты нарушений кормления/питания и составляет рекомендации по лечению соматических заболеваний;
- врач-невролог выявляет неврологические расстройства у ребенка, которые могут лежать в основе нарушений питания/кормления, составляет рекомендации по лечению неврологических расстройств и по преодолению проблем питания, вызванных этими расстройствами. Если у ребенка имеются трудности глотания, вызванные парезом черепных нервов, в этом случае необходимо специфическое неврологическое лечение;
- логопед в случае рекомендаций невролога выполняет артикуляционный массаж, направленный на улучшение функции глотания и жевания; логопед может использовать также приемы эрготерапии для совершенствования речевой моторики;
- психолог составляет рекомендации по оптимизации пищевого рациона ребенка и способам его внедрения; изучает систему диадического взаимодействия матери и ребенка в процессе питания, составляет и реализует рекомендации, направленные на оптимизацию взаимодействия.

Коррекция и терапия нарушений питания/кормления разных видов

Регуляторно-адаптационные нарушения питания/кормления, или ранние детские регуляторные нарушения. Проводится консультация с родителями, им предлагается:

Репозиторий БрГУ

- ограничить число и интенсивность сенсорных стимулов, обеспечить сенсорно более комфортную обстановку для ребенка;

- составление режима дня, корректировка старого режима дня; рекомендация четко следовать ритму сон-кормление-игра;

- обучение родителей распознаванию сигналов от ребенка, различению сигналов голода, усталости, перестимуляции;

- психотерапия для снижения уровня собственной тревожности.

Инфантильная анорексия (неадекватное регулирование аппетита). Главная цель терапии – стимулировать интерес ребенка к еде, к процессу еды:

- родителям предлагается как можно раньше давать ребенку возможность есть самостоятельно, в том числе есть руками;

- разрешать ребенку исследовать еду руками, для чего организуется т. н. «буфет»: на столе или на полу раскладывается разная еда в виде кусочков фруктов, овощей, сухариков, соусов, соков и т. п., ребенку предлагается исследовать еду, самостоятельно совершая различные манипулятивные и исследовательские действия;

- на первых этапах терапии следует реализовать принцип «главное – интерес ребенка к еде, а не его насыщение».

Нарушения кормления с недостаточностью детско-родительского взаимодействия. В этих случаях требуется терапия детско-материнского взаимодействия, направленная не столько на обучение навыкам кормления ребенка, сколько на улучшение разных параметров отношений матери и ребенка. Проводится интенсивная терапия, включающая регулярные инструкции по взаимодействию матери и ребенка, обучение матери пониманию сигналов от ребенка, обучение способам установления зрительного контакта, телесного контакта, использованию эмоционально насыщенных средств общения с ребенком.

В тяжелых случаях, особенно если семья определена как находящаяся в социально опасном положении, необходимо подключение специалистов социальной службы, регулярная поддержка матери, проведение комплекса мероприятий для уменьшения психоэмоциональной нагрузки в семье.

Сенсорно обусловленный отказ от еды. Консультирование родителей включает их обучение правильному поведению в ситуации кормления, избеганию принуждения ребенка к еде (ребенок сам определяет, сколько пищи ему необходимо), максимальное понимание его трудностей, терпеливое приучение к разнообразной еде; избегание постоянных напряженных обсуждений темы еды и питания ребенка в семье. Родителей обучают использованию методики десенсибилизации: медленное, постепенное привыкание ребенка к разным отвергаемым видам пищи, предложение новых продуктов в минимальных количествах до тех пор, пока ребенок к ним не привыкнет, постепенное увеличение дозы продукта. Используется 5-10-50-кратное увеличение объема предлагаемой ребенку пищи для привыкания; постепенно увеличивается густота пищи (например, пюре), включаются твердые кусочки для привыкания ребенка к более густой пище. Родители ведут протокол питания, где фиксируется время питания, количество съеденного и виды пищи.

Репозиторий БрГУ

Обязательна терапия моторики рта, направленная на уменьшение орофациального напряжения и повышенной чувствительности через десенсибилизацию ротовой области.

Посттравматические нарушения кормления. Направления терапии: необходимо очень мягко, постепенно приучать ребенка к еде, начиная с очень маленьких порций; главный принцип: лучше меньше пищи, чем больше. Кормление не должно сопровождаться страхом, ребенок не должен испытывать боль, поэтому еду не предлагают, если ребенок активно протестует. Допустимо кормить ребенка в состоянии полусна, чтобы уменьшить негативные симптомы отказа от пищи. Необходимо вести протокол питания с целью контроля калорийности пищи. При недостаточной калорийности проводится консультация педиатра, который может рекомендовать парентеральное питание.

Проведение сенсорной стимуляции: обонятельная стимуляция, вкусовая стимуляция без глотания (капли пищи на язык), тактильная стимуляция кистей и стоп.

При разработке программы терапии нарушений питания/кормления полезно использовать результаты оценки по шкале питания И. Шатур. В шкале выделены 5 субшкал, и оценка выставляется по каждой шкале отдельно на основе анализа видеонаблюдения процесса кормления ребенка. Терапевт может анализировать видеозапись совместно с матерью, указывая на проблемные способы ее поведения и предлагая более приемлемые способы поведения. Для этого наиболее эффективен пошаговый разбор ситуации кормления ребенка. Правильные и неправильные способы поведения матери описываются в каждом пункте шкалы. Для закрепления новых способов поведения организуются упражнения, когда мать пробует использовать предложенные ей образцы поведения.

2.6.2 Клинико-психологические проблемы грудного вскармливания

Грудное вскармливание представляет собой процесс раннего взаимодействия ребенка и матери. Грудное вскармливание оказывает выраженное позитивное влияние как на самого ребенка, так и на установление его отношений с матерью. В медицинских исследованиях показано, что для детей с перинатальными поражениями ЦНС грудное вскармливание является важнейшим фактором повышения компенсаторных возможностей детского мозга и активизации в нем нейропластичных процессов [150]. Кормление ребенка грудью является позитивным фактором не только из-за максимально подходящего для детского организма состава грудного молока, но и в аспекте установления позитивных отношений ребенка с матерью.

Дети, получавшие длительное (не менее 8–10 месяцев) грудное вскармливание развиваются более гармонично, по данным Е. М. Парцалис [174], у них практически не возникает проблем коммуникации в первые три года жизни. Если в силу объективных или субъективных причин ребенок перестает получать грудное молоко в возрасте до 3 месяцев, частота коммуникативных нарушений уже в раннем возрасте возрастает в 3,5 раза. Нарушения взаимоотношений ребенка со сверстниками и «чужими», новыми для ребенка людьми у таких детей

Репозиторий БрГУ

встречаются в 3 раза чаще по сравнению со сверстниками, получавшими грудное вскармливание длительное время. Американские исследователи описывают особенности поведения таких детей спустя десятилетия. У взрослых людей (и мужчин, и женщин), не получавших грудного вскармливания, отмечается более высокая частота конфликтных ситуаций в семье и разводов, чем у тех, кто вскармливался материнским молоком длительно, до 1 года [401].

Грудное вскармливание связано с позитивными изменениями материнской чувствительности на протяжении раннего детства: в диадах «мать–ребенок», если ребенок получал грудное вскармливание более 6 месяцев, характеристики взаимодействия оказывались выше не только в период младенчества, но и на протяжении всего периода раннего детства [464]. Таким образом, грудное вскармливание закладывает основание гармоничного взаимодействия между матерью и ребенком, становясь триггером для становления благоприятных детско-материнских отношений.

Нарушения питания/кормления на первом году жизни могут быть выявлены, по мнению М. Кляйн [106], посредством изучения особенностей поведения ребенка у груди, так как грудное вскармливание – это доступная форма наблюдения за эмоциональной жизнью младенца, которая позволяет своевременно вскрыть имеющиеся психологические проблемы. По мнению автора, дети отличаются друг от друга установками в отношении сосания.

Разница в сосании младенцев связана с поведением матери, считает М. Кляйн, хотя она придает большое значение также индивидуальности внутренней жизни ребенка. У лениво сосущих младенцев мамы часто нежно ухаживающие, у неспокойных – чрезмерно тревожные, и это не может не отразиться на детях. Неправильное поведение матери провоцирует в свою очередь искаженное отношение ребенка к ней, в результате чего возникают нарушения питания. Таким образом, в процессе ухода за любым ребенком с самых первых дней его жизни и на всех последующих этапах терпение и понимание со стороны матери имеет огромное значение, так как это помогает ребенку преодолеть ранние тревоги.

Одной из ключевых психологических характеристик грудного вскармливания исследователи называют чувства матери, которые она испытывает во время кормления, так как они показывают отношение женщины к ребенку и к своей новой роли матери. Женщина, которая совершает кормление своего ребенка как обыденную работу, без чувств и эмоций, извращает естественные взаимоотношения с ним. Такой ребенок будет слишком сильно чувствовать ее состояние, чтобы быть в это время целиком и полностью собой, его бытие будет нарушено: важен не столько сам акт кормления, а то, что он несет в себе. Если он заключает в себе возможность для матери найти удовлетворение и реализацию своей естественной функции как женщине, то младенец сможет испытать то же самое удовлетворение в своих собственных функциях. Ребенок чувствует любовь только тогда, когда матери нравится кормить его грудью.

Отказываются от грудного вскармливания при столкновении с проблемами в первую очередь матери с определенными личностными особенностями [41]. Женщины из группы грудного вскармливания имеют более устойчивую са-

Репозиторий БрГУ

мооценку, лучше переносят неудачи и обладают меньшей агрессивностью. Женщины, кормящие детей смесью, используют гораздо меньше способов решения проблем, чаще выбирают наиболее удобный для себя вариант, требующий минимальных усилий и дающий быстрый результат. Успешность ГВ определяет тип психологического компонента гестационной доминанты, поскольку он является частью общей материнской доминанты и отражает готовность женщины к материнству.

Проблема продолжительности грудного вскармливания является одной из самых важных прикладных проблем. Вопрос о продолжительности грудного вскармливания напрямую связан с организацией кормления и выбора грудного вскармливания по требованию ребенка или грудного вскармливания по режиму [71]. В соответствии с рекомендациями сторонников грудного вскармливания по требованию ребенка предлагают прикладывать ребенка к груди всякий раз, когда он этого потребует, выразив свое желание сосать грудь. Матерям предлагается также кормить ребенка грудью столько времени, сколько ребенок будет в этом нуждаться. Сторонники грудного вскармливания по режиму предлагают ориентироваться на определенную периодичность прикладывания ребенка к груди, контролировать количество выпитого ребенком молока, но при этом проявлять гибкость, ориентируясь на потребности ребенка.

Эта проблема была подробно проанализирована в наших совместных публикациях с Ю. В. Гречаник (Барановской) [42;43], в которой мы приводим убедительные данные психологических исследований, в том числе собственных, в пользу грудного вскармливания по режиму. Этот вид организации грудного вскармливания в большей степени соответствует решению возрастных задач развития ребенка в раннем детстве. Ребенок в период после кризиса одного года должен перейти к продуктивным способам взаимодействия с матерью, при том что непосредственно эмоциональное общение с матерью утрачивает свое ведущее значение. Сохраняющееся длительно грудное вскармливание выступает для ребенка как способ упокоить себя, уменьшить тревогу в сложных для него ситуациях, и зачастую дети становятся зависимыми от материнской груди, не развивая адекватные возрасту способы саморегуляции.

Вопрос о длительности грудного вскармливания должен рассматриваться с позиций его благоприятного влияния на психическое развитие ребенка. Исследования, в которых анализируется взаимосвязь длительности грудного вскармливания и особенностей психического развития, немногочисленны. Авторы, работавшие в данном направлении, изучали влияние кормления грудью на нейробиологическое развитие мозга [444; 482], на моторное развитие ребенка [268]), на интеллектуальное развитие [480]. Исследовалась также связь кормления грудью с качеством контакта в диаде «мать – ребенок», с частотой жестокого обращения с ребенком в семье, с уровнем психосоциальной адаптации ребенка [331], с уровнем речевого развития ребенка [231].

Анализ литературы позволяет выделить три основные позиции исследователей относительно психологических аспектов длительности грудного вскармливания.

Репозиторий БрГУ

1. Ребенка следует кормить грудью до 1 года: в работах имеется или прямое указание на возраст, или сделан акцент на переход на другой уровень взаимоотношений матери и ребенка. Новый уровень взаимоотношений возможен благодаря развитию у ребенка все большей самостоятельности и автономности (Д. В. Винникотт, М. Кляйн, М. Малер, Э. Эриксон), которые проявляются в результате развития ходьбы, появления автономной речи (Л. С. Выготский), ситуативно-деловой формы общения (М. И. Лисина), появления предпосылок личности. Ребенок активно осваивает окружающий мир, взаимодействует с предметами, стремится проявлять самостоятельность (как в действиях, так и в желаниях). Годовалый малыш способен отделиться на некоторое время от матери, он значительно расширяет круг общения, и эмоциональные отношения с матерью уходят на второй план. С появлением первых слов автономной речи телесный контакт дополняется вербальным общением (Д. Н. Исаев [95]). Первый год жизни – это возраст формирования привязанности к ухаживающему взрослому, результатом которой является формирование у ребенка рабочей модели себя и окружающих, определяющей успешность построения отношений с окружающим миром (Дж. Боулби, М. Эйнсворт). Если мать кормит ребенка грудью слишком долго, это говорит о ее невозможности по каким-либо причинам оторваться от ребенка [490], в результате ребенок может начать управлять и манипулировать взрослым [185].

2. Грудное вскармливание должно осуществляться более 1 года. Кормление ребенка в возрасте ребенка старше одного года отвечает потребностям ребенка, помогает ему пережить стрессовые ситуации, улучшает семейные отношения [14]. Это тот период, на протяжении которого у ребенка формируется чувство безопасности, позволяющее строить гармоничные отношения с другими людьми.

3. Длительность грудного вскармливания не может быть регламентирована, так как это вопрос личных взаимоотношений матери с ребенком (позиция детских психоаналитиков). Возраст отлучения ребенка от груди не имеет значения. Важно, чтобы мать была к этому готова, не лишала ребенка телесного контакта и объяснила вербально, почему она это делает (Ф. Дольто [80]).

Краткое описание трех выделенных позиций показывает, что большинство авторов прямо или косвенно указывают на тот факт, что тесные эмоциональные отношения с матерью теряют свою первостепенную значимость на втором году жизни, уступая место активности в предметной деятельности и вербальному общению. Поэтому для благополучного развития ребенка важен переход на новую стадию взаимоотношений с взрослыми, на которой ребенок осваивает новые способы общения и взаимодействия, включая новый тип питания.

В эмпирическом исследовании Ю. В. Барановской [14] сравнивались психологические характеристики грудного вскармливания в группе мало кормивших матерей и в группе длительно кормивших матерей. Сравнение проводилось по следующим показателям: стратегия кормления грудью (по требованию/по режиму), наличие/отсутствие у женщины волнения по поводу достаточного количества молока, общение с ребенком в процессе кормления, отлучение ребенка от груди (причины отлучения, способы, реакция ребенка на прекращение грудного вскармливания), наличие/отсутствие трудностей в период кормления, по-

Репозиторий БГПУ

нимание женщиной роли грудного вскармливания, возможность использования аналога грудного молока. Оказалось, что матери реализуют разные модели грудного вскармливания. Если женщины, осуществляющие грудное вскармливание менее 6 месяцев, имеют больше проблем при установлении тесного контакта с ребенком (отсюда волнение, негативные эмоции, дистанцирование от малыша), то длительно кормящие мамы не могут психологически грамотно отлучить ребенка от груди, и они избирают травмирующие ребенка способы отлучения, не понимая, как справиться с протестом и негативной реакцией.

Дети, кормление грудью которых осуществлялось меньше 6 месяцев, при достижении ими дошкольного возраста отличаются от детей, получавших грудное молоко 7–13 месяцев, по следующим характеристикам: более высокие уровни страхов, тревожности, чувства неполноценности, незащищенности, конфликтность; более частые проблемы со сном, психосоматические проблемы (чрезмерная потливость, покраснение лица, боли в животе, недержание мочи), трудности в общении).

Дети, получавшие грудное вскармливание более 13 месяцев, отличаются по следующим характеристикам: более высокие уровни страхов, тревожности, чувства незащищенности, конфликтность; у них чаще наблюдаются сосание пальца, проблемы со сном, трудности в общении; неуверенность в себе, пассивность при выполнении какой-либо деятельности, потребность в одобрении каждого действия, отсутствие интереса к познавательной деятельности, творчеству.

Наиболее показательным результатом исследования является установление взаимосвязи длительности кормления грудью и наличия у ребенка проблем в общении: при длительном грудном вскармливании у ребенка наблюдаются проблемы в общении со сверстниками.

Эмоционально благополучными в дошкольном возрасте являются дети, кормление грудью которых осуществлялось 7–13 месяцев. Матери, кормящие ребенка грудью непродолжительный период, испытывают трудности в установлении с ребенком тесного эмоционального контакта. Чрезмерная дистанция в диаде «мать–ребенок» не позволяет последнему в полной мере почувствовать ее любовь и заботу, что объясняет страхи, неуверенность в себе, конфликтность. Длительно кормящие мамы, наоборот, чрезмерно привязывают ребенка к себе, не давая ему возможности стать самостоятельным. Ребенок сосредоточен на материнской груди, он меньше интересуется сверстниками, окружающим миром и общением со сверстниками, детям этой группы сложно проявить инициативу в деятельности и общении.

Психологическая помощь при возникновении проблем грудного вскармливания. При возникновении проблем грудного вскармливания мы предлагаем следующую схему проведения терапии и консультирования [43]. Основной целью семейной психотерапии при расстройствах пищевого поведения является как коррекция нарушений питания у ребенка и одновременно с этим нормализация межличностных отношений в системе «мать–дитя».

1. Обучение матери правильному распознаванию подаваемых младенцем знаков «голода». Прежде всего, необходимо научить мать распознавать на слух

Репозиторий БрГУ

различные типы младенческого крика-плача. Для правильного их распознавания рекомендуется вести дневники крика-плача. В процессе наблюдения за ребенком в левой половине страницы отмечаются характерные особенности крика-плача, а в правой – причина, его вызвавшая («хочу есть», «хочу спать», «я мокрый»). Можно использовать также правило «паузы». Матери предлагается остановиться и задуматься, чего в настоящую минуту может хотеть плачущий ребенок. При необходимости рекомендуется использовать помощь других членов семьи, особенно тех, кто уже имеет опыт ухода за маленькими детьми.

2. Коррекция представлений матери о потребностях ребенка заключается в проведении с матерью просветительской работы о потребностях малыша, динамике прироста его массы тела. Одновременно необходима работа по повышению у матери самооценки. Для этого врач или психолог предлагает ей присутствовать при обсуждении плана лечения, терпеливо объяснять цель и сущность вмешательства. На каждую манипуляцию с ребенком мать должна давать формальное разрешение.

Наиболее эффективной методикой коррекции представлений матери о потребностях младенца в пище является методика видеообратной связи. Методика видеообратной связи включает в себя просмотр пациентом видеозаписи собственного поведения, в данном случае процесса кормления матерью ребенка. Таким образом создаются условия для того, чтобы «со стороны» объективно оценить свое поведение. Мать самостоятельно или под руководством врача/психолога отмечает допущенные в ходе кормления ошибки, что способствует пересмотру ее позиции и трансформации поведения в более адаптивное. По способам применения предъявленной информации различают активную (отобранный фрагмент видеозаписи демонстрируют матерям с подробными комментариями специалиста) и пассивную видеообратную связь (видеосюжеты используют без их анализа). При просмотре записи осуществляется оценка вербального и невербального поведения матери в процессе кормления ребенка.

3. Коррекция представлений матери о способах воздействия на младенца. Пищевое поведение ребенка во многом зависит от качества детско-материнской привязанности и, в частности, от поведения матери во время кормления. Надежная детско-материнская привязанность, в свою очередь, возникает при высоком уровне активности младенца в такие режимные моменты, как кормление и бодрствование. Формированию надежной привязанности способствует умение матери во время кормления и бодрствования поддерживать инициативу ребенка, устанавливать с ним контакт взглядов, синхронизировать свои действия с действиями ребенка, общаться в режиме диалога.

Кормление ребенка необходимо проводить, понимая, что лучший способ сохранить хороший аппетит ребенка – это создать у него ощущение, что не мать пытается его накормить, а он сам этого хочет. Используется, например, тезис о том, что «дети плохо едят потому, что их родители всеми силами пытаются заставить их есть хорошо». Матери объясняют, что ребенок рождается с «инстинктом упрямства», когда его слишком понукают, и с «инстинктом отвращения» к той пище, с которой у него связаны неприятные воспоминания. Применяется

Репозиторий БрГУ

также прием «психотерапевтического зеркала». Матери предлагают представить себя на минуту на месте ребенка, в один из душных дней, когда ей совсем не хотелось есть. Далее мать должна вообразить, что какой-то нервничающий гигант сидит рядом и с беспокойством наблюдает за каждым куском, который она проглатывает. Она съедает немного тех блюд, которых ей хотелось, и кладет вилку, чувствуя, что насытилась. Но гигант выглядит расстроенным и говорит: «Ты даже не попробовала репу». Мать объясняет, что ей не хочется репы, но он не понимает ее настроения и ведет себя так, как будто бы она нарочно хочет его огорчить. Тогда гигант говорит, что она не встанет из-за стола, пока она не съест всю репу без остатка. Мать пробует ложечку, но чувствует легкую тошноту. Гигант зачерпывает столовую ложку репы и заталкивает ей в рот, отчего она давится.

При работе психолога с кормящей матерью необходимо соблюдать ряд требований. При расспросе матери необходимо проявлять интерес к ее проблеме, сопереживать, избегать употребления оценивающих слов. С целью формирования уверенности и поддержки психолог должен принимать то, что говорит мать, одобрять то, что правильно, оказывать практическую помощь, давать уместную информацию, использовать простой язык в общении.

2.7 Сенсорные нарушения

2.7.1 Нарушения слуха

Для благополучного развития ребенка необходима высокая степень сохранности у него слуха, а между тем слуховая система человека является очень хрупкой и уязвимой. В процессе эволюции слуховая система появилась позднее по сравнению со зрительной системой, а более поздно возникшие в процессе эволюции органы являются и более уязвимыми к действию различных вредоносных факторов. К тому же центр слуха и речи в височной области головного мозга занимает площадь всего лишь в несколько квадратных сантиметров, что повышает его уязвимость. Количество людей с нарушениями слуха во всем мире постоянно увеличивается, в том числе и в детской популяции. На нашей планете 4–6 % всего населения имеют нарушения слуха в такой степени, которая затрудняет социальное общение, из них 2 % людей имеют двустороннее снижение слуха и воспринимают разговорную речь на расстоянии менее 3 метров, а 4 % – выраженную одностороннюю тугоухость. В 70% случаев потеря слуха возникает у детей в возрасте 2–3 года [24].

Причины нарушений слуха различны, и они делятся на несколько групп. Первая группа – факторы наследственных нарушений слуха: наследственно обусловленные формы нарушений слуха наблюдаются с частотой от 25 до 50 %, и вероятность рождения ребенка с нарушением слуха очень высока в том случае, если хотя бы один из родителей страдает дефектами слуха. Вторая группа – врожденные факторы (ненаследственные), действующие на плод внутриутробно. Третья группа – факторы, действующие на слуховой аппарат прижизненно. Нарушения слуха часто являются результатом действия нескольких факторов,

Репозиторий БрГУ

один из которых называется пусковым, а другие – фоновыми. Пусковой и фоновые факторы могут быть отставлены во времени. Фоновыми факторами могут быть перенесенная матерью во время беременности вирусная инфекция, неблагоприятное воздействие на плод антибиотиков, химических веществ, гипоксия ребенка во время родов и др. Последующее заражение ребенка инфекционными или вирусными заболеваниями могут привести уже к тяжелому нарушению слуха. Нарушения слуха также могут быть результатом применения антибиотиков определенной группы, разрушающе действующих на слуховой аппарат (так называемые ототоксические антибиотики), которые применялись для лечения любого другого заболевания, а иногда даже и для спасения жизни ребенка. Стойкое нарушение слуха у ребенка возникает в результате заболеваний носа и носоглотки (хронический насморк, аденоиды), особенно в раннем детстве. Нарушения слуха могут быть последствиями травм органа слуха, возможно также снижение слуха из-за длительного воздействия сильных шумов.

Психическое развитие детей с нарушением слуха подчиняется тем же закономерностям, что и развитие всех детей с отклонениями в развитии. В соответствии с классификацией В. В. Лебединского [131] психическое развитие при нарушении слуха относится к дефицитарному психическому развитию – развитие психики ребенка протекает в условиях недостаточности слуховой системы. При дефицитарном типе психического дизонтогенеза первичное нарушение вызывает множественные вторичные нарушения разного порядка, которые непосредственно отражают первичное нарушение. В результате происходит нарушение межфункциональных связей, что изменяет структуру познавательной деятельности детей, развивающихся в условиях слуховой депривации. У детей с нарушением слуха преобладают зрительные и тактильные формы познания окружающего мира, наблюдается несоразмерность в развитии наглядно-действенного и словесно-логического мышления, дети с нарушением слуха овладевают одновременно несколькими видами речи, каждая из которых дополняет друг друга: это словесная и жестовая речь, дактильная азбука, чтение речи с губ и лица говорящего. Все эти особенности сказываются на развитии всех психических процессов, на развитии личности детей, во многом определяют их интересы и мотивы поведения.

Дети с нарушениями слуха различаются по своим возможностям развития в зависимости от степени нарушений слуха и времени их возникновения. Медицинская классификация нарушений слуха разработана Л. В. Нейманом (излагается по [219]). В ее основу положены способности человека воспринимать звуки определенной частоты и силы. Для восприятия разговорной речи человек должен воспринимать частоту звуков в пределах от 500 до 3500 Гц; при потере слуха в пределах от 15 до 80 дБ наблюдается тугоухость, при потере более 80 дБ – глухота. Определяются 4 группы людей: 1-я группа – люди со снижением слуха от 25 до 40 дБ (испытывают трудности в определении на слух местоположения говорящего, плохо понимают речь на фоне общего шума); 2-я группа – люди со снижением слуха от 41 до 55 дБ (затруднено понимание речи средней громкости на расстояниях, превышающих 1–1,5 м, не всегда различаются сигналы транс-

Репозиторий БрГУ

порта, дверные или телефонные звонки); 3-я группа – люди со снижением слуха от 56 до 83-85 дБ слышат только звук громкого голоса у самого уха и изредка различают отдельные слова; 4-я группа – люди со снижением слуха от 83–85 до 120 дБ, это глубокая, или тотальная глухота; они не слышат ничего, кроме очень громких и резких звуков (гудок тепловоза, проезжающего рядом, звук реактивного самолета).

В педагогической классификации Р. М. Боскис [29], в основу которой положены такие критерии как степень потери слуха, время возникновения нарушений слуха, уровень развития речи у детей, выделяются три основные группы детей с нарушением слуха: глухие (ранооглохшие), слабослышащие (тугоухие) и поздноглохшие.

Специфика психического развития ребенка с нарушением слуха наблюдается с самого рождения. В первые месяцы жизни неслышащий ребенок мало отличается от ребенка с сохранным слухом. Он может быть даже более спокойным, чем слышащие дети, так как звуки окружающего мира воздействуют на него в малой степени, и у детей с сохранным слухом они могут вызывать возбуждение, раздражение, испуг, могут приводить к нарушениям сна. Однако начиная со второго-третьего года жизни ребенок с нарушениями слуха начинает заметно отличаться от ребенка с нормальным слухом. В норме звуки выполняют для ребенка роль сигналов, и их роль возрастает тогда, когда ребенок не видит предмет или человека, а ориентируется на них только по звукам. Неслышащий от рождения ребенок обычно имеет остаточный слух в диапазоне низких и средних звуковых частот, что дает ему возможность слышать громкие низкие звуки. В обращенной громкой речи он может различить только отдельные гласные звуки и некоторые отчетливо произносимые слова. Внимание ребенка не привлекается звучащими предметами, следовательно, обедняется и зрительное восприятие, так как у ребенка уменьшаются возможности зрительной фиксации ряда предметов.

У ребенка с врожденной глухотой, потерявшего слух в первые месяцы жизни или имеющего существенное снижение слуха, трудности в становлении эмоционального общения со взрослым возникают достаточно рано. У детей с нарушениями слуха в структуре комплекса оживления отсутствует либо очень слабо выражено сосредоточение на звуках человеческого голоса, а также вокализации. За счет действия механизма компенсации у неслышащих детей зрительное сосредоточение на лице взрослого преобладает и даже замещает функции отсутствующего слухового сосредоточения.

Зрительное сосредоточение ребенка на лице взрослого (взгляд) выполняет разнообразные функции. В исследовании Е. И. Исениной [97] выделены 4 типа взглядов у детей: контактный взгляд, направленный в глаза другому человеку с целью обратить на себя внимание; указательный, направленный на предмет с целью привлечь к нему внимание другого человека; взгляд, ищущий оценку (своего действия), направленный в глаза другому человеку после совершения какого-либо действия; соединяющий взгляд, объединяющий предмет, на который указывает ребенок, и человека, к которому он обращается по поводу этого предмета. У годовалых неслышащих детей отмечены два типа взгляда – кон-

Репозиторий БРГУ

тактный и ищущий оценку, в то время как у нормально развивающихся детей представлены все 4 типы взглядов. Однако к полутора годам у неслышащих детей появляются и другие типы взглядов.

Комплекс оживления у детей с нарушениями слуха может быть либо богат своими проявлениями, либо слабо выражен, что зависит от поведения матери с ребенком. Если взрослые активно поддерживают ребенка, активно используют мимику, выражают положительные эмоции, используют движения тела, направленные к ребенку, то комплекс оживления у неслышащего ребенка будет мало отличаться от нормы.

У неслышащих детей в возрасте до двух лет медленнее формируется функциональное значение жеста, так как правильному использованию жеста помогает речь, которая у них не развивается. При этом жесты более активно используются неслышащими детьми для привлечения внимания взрослых, по сравнению со слышащими детьми, и эти жесты всегда сопровождаются взглядом. Усиливается также роль эмоциональной экспрессии, которая передает внутреннее эмоциональное состояние ребенка, его отношение к партнеру по общению, в общении со взрослым неслышащий ребенок сохраняет нужное для воздействия выражение лица в течение всего периода общения.

Развитие речи начинается с гуления. Гуление у неслышащих детей обычно возникает в те же сроки, что и у слышащих детей, однако оно быстро затухает, так как не находит подкрепления слуховым опытом ребенка. Без специальной стимуляции лепет у детей с нарушениями слуха не появляется. Неслышащие дети значительно отличаются от слышащих по уровню развития речи. Глухой ребенок, воспитывающийся в среде слышащих, обычно пользуется жестами для целей общений, произносит несколько лепетных слов, расширяя их значение на несколько предметов. Неслышащий ребенок к трем годам может овладеть отдельными словами для общения и обозначения отдельных предметов, хотя звукопроизношение слов будет неточным и искаженным, но только при условии проведения логопедической работы и использовании слуховых аппаратов.

Дети с нарушением слуха активно пользуются жестами в общении с окружающими. Как установила Е. И. Исенина [96], в использовании жестов неслышащими и слышащими детьми в возрасте 2–3 года количественные различия отсутствуют. Различие относится лишь к указательному на себя жесту, который служит аналогом слова «Я»: у неслышащих детей этот жест не был зафиксирован вплоть до 22 месяцев, что рассматривается как свидетельство более низкого уровня осознания ребенком самого себя. Специфические особенности экспрессивной речи неслышащих детей автор называет протоязыком, в котором вокализации заменяются кинезизнаками-жестами. Число и частота использования кинезизнаков-жестов у неслышащих детей для привлечения внимания значительно выше по сравнению со слышащими детьми. В процессе общения ребенку необходимо удержать внимание взрослого, и слышащий ребенок добивается этого с помощью вокализаций, а неслышащий – путем удержания взгляда, который используется совместно с жестом. На протяжении всей ситуации общения неслышащий ребенок удерживает нужное для воздействия на слушателя выражение

Репозиторий БрГУ

лица. Это свидетельствует об усилении роли эмоциональной экспрессии как средства общения неслышащего ребенка.

Причины трудностей в поведении детей раннего возраста с нарушениями слуха зачастую лежат в нарушениях понимания речи [278]. Непонимание речи детьми приводит и к ограничениям их контактов с матерями. Нарушения понимания речи связаны как прямо, так и косвенно с проблемами поведения детей через эффекты снижения активного внимания и нарушений коммуникации с близкими.

В развитии предметно-манипулятивной деятельности у неслышащих детей также наблюдается отставание, некоторые виды предметных действий появляются только после двух с половиной лет, и даже позже. У таких детей в раннем возрасте преобладающим видом игровых действий является неспецифическая и специфическая манипуляция с предметами [135]. Без специального обучения развитие предметных действий у детей происходит медленно и неравномерно. Труднее всего у детей складывается умение переносить действие с одного предмета на другой, например расчесывать не только куклу, но и игрушечных животных, надевать тапочки (прикладывать их) к нижней части различных предметов, как это делают слышащие дети. После трех лет, наряду с манипуляцией, у детей появляются процессуальные действия, которые являются основным содержанием игры значительного большинства детей.

У неслышащих детей по сравнению со слышащими вследствие бедного речевого опыта долго сохраняются трудности перехода от предметно-действенных к словесно-логическим мыслительным формам, что ограничивает свободу внутреннего оперирования образами [96]. А. В. Запорожец исследовал особенности наглядно-действенного мышления неслышащих детей, не владеющих ни одним видом речи. Он предъявлял детям задачи разной сложности, в которых требовалось применить средства для их решения, например воспользоваться палкой или линейкой для того, чтобы достать удаленный предмет; детям также предлагались задачи с различными рычагами, где нужно было установить внутренние механические отношения между ними. Переходя от одной задачи к другой, ребенок вынужден пользоваться рычагом, который выступает с новой стороны и требует иных приемов применения – нужно тянуть рычаг на себя или от себя. При решении таких задач у детей формируется доречевое обобщение, умение переносить способ действия с одного предмета на другой. Оказалось, что неслышащие дети в большей степени, чем слышащие, ориентируются на внешние признаки предметов, которые диктуют им способы действий с предметами. Дети не могут отвлечься от этих внешних свойств и, осмыслив предмет с определенной точки зрения, ребенок с большим трудом от него отказывается, если только ему не предлагается внешняя подсказка.

Неслышащие дети приобретают умение решать наглядно-действенные задачи в более старшем возрасте по сравнению со слышащими (Н. В. Яшкова [260]). Неслышащие дети не владеют обобщенными способами действия, поэтому им требуется в четыре раза больше времени и в три раза больше показов, чтобы научиться решать такие задачи. Обобщенные способы действия закрепляются с помощью речи, поэтому при задержке в становлении речи отстают в

Репозиторий БрГУ

своем развитии и обобщенные способы действий. Тем не менее при обеспечении оптимальных условий развития неслышащего ребенка по развитию предметно-практического мышления он может находиться на том же уровне, что и слышащие дети.

Таким образом, неслышащий ребенок к трем годам при обеспечении условий для его полноценного развития существенно не отстает в развитии от слышащих детей в предметно-практической деятельности, в области познавательного развития. Однако неслышащий ребенок очень сильно отличается от детей с сохранным слухом по уровню развития речи.

Взаимодействие детей с нарушениями слуха с матерями. Результаты исследований свидетельствуют и о том, что детская глухота не оказывает общего негативного влияния на социальное взаимодействие матери и ребенка. Многие матери могут быть способны к интуитивной адаптации к различным потребностям неслышащего ребенка на протяжении раннего периода развития.

Нарушения слуха у маленьких детей представляет собой расстройство, которое может повлиять на взаимодействие родителей и детей и, таким образом, на становление отношений привязанности. Однако существуют данные, доказывающие, что нарушения слуха у детей не оказывают систематического воздействия на привязанность. В. Колин [320] приводит данные результатов наблюдения за взаимодействием слышащих и неслышащих детей (средний возраст детей – 22 месяца) с их матерями в «незнакомой ситуации» и в игровой сессии. Во время игры дети с нарушениями слуха и их матери проводили меньше времени во взаимодействии по сравнению с диадами со слышащими детьми. Однако оценки материнской чувствительности, влияния, контроля и дидактического поведения матерей были одинаковыми в обеих группах, не отличались также показатели инициативности детей, их податливость и совместимость с матерями. Слабослышащие малыши, как и дети с нормальным слухом, были так же надежно привязаны к матерям, у них с одинаковой частотой встречалась дезорганизованная и тревожная привязанность.

Матери неслышащих и слабослышащих младенцев не демонстрируют нарушений привязанности, как установлено в работе С. Аммерман [266]. Кроме того, привязанность слышащих матерей с глухими и слабослышащими детьми не отличается существенно от привязанности слышащих матерей и слышащих детьми. Все матери были обеспокоены будущим их детей; однако матери детей с нарушениями слуха говорили о более конкретных проблемах, в том числе связанных с развитием у детей коммуникации.

На основе обзора результатов исследований по взаимодействию неслышащих и слышащих матерей с их неслышащими детьми Г. Лутц с соавт. [415] представили интерсубъектную модель развития раннего взаимодействия матерей с неслышащими детьми. Основная идея авторов заключается в том, что развитие символической интерсубъектности в течение второго года жизни ребенка зависит от степени, в которой диада «мать–неслышащий ребенок» преуспевает в создании последовательных визуальных коммуникативных паттернов. Последовательные визуальные коммуникативные паттерны для взрослых и детей помогают

Репозиторий БрГУ

неслышащим и слабослышащим детям последовательно разделять их визуальное внимание между объектами или событиями совместного внимания и материнской речью.

В отличие от слышащих младенцев, которые обычно могут слушать речь взрослых и одновременно наблюдать за объектами и событиями, к которым она относится, неслышащие младенцы должны смещать визуальное внимание между предметной средой и их партнерами по общению, чтобы получить и связать одновременно источники информации. Они должны последовательно выполнять то, что слышащий младенец получает одновременно визуально-слуховым путем.

Межсубъектная модель раннего взаимодействия матерей с неслышащими детьми включает в себя развитие последовательных визуальных моделей общения на основе раннего использования матерями различных визуально-тактильных коммуникационных стратегий. Авторы предположили, что использование различных стратегий визуально-тактильной коммуникации сразу после рождения ребенка позволяет неслышащим матерям включать своих неслышащих детей в последовательные визуальные коммуникационные паттерны, которые создают визуализацию речевой информации и повышают уровень коммуникативных взаимодействий. Однако слышащие мамы, которые придерживаются одновременного слухо-визуального способа общения, рискуют быть исключенными из участия в символическом взаимодействии со своими неслышащими детьми, и развитие взаимодействия между матерью и младенцем подвергается риску застоя.

Способность строить диалог пошагово (высказывание – слушание) является универсальной способностью человека. Наличие нарушений слуха у ребенка связано с коммуникативной компетентностью ухаживающих взрослых, или с поочередностью высказываний в совместных коммуникациях [515]. Установлено, что материнская речь, обращенная к детям с нарушениями слуха, нечувствительна к большому количеству переменных и менее координирована с коммуникативной динамикой ребенка. Дети в возрасте от 4 до 60 месяцев с нормальным слухом и с нарушениями слуха, а также их матери демонстрируют параллельные тенденции в общении, с возрастом однако все быстрее реагируя на коммуникации друг друга. Существенно, что матери все более тесно увязывают время своих действий с возможностями ребенка, возможно, что это тот способ скаффолдинга, который приводит к более зрелому уровню коммуникативных компетенций у ребенка, имеющего нарушение слуха.

В работах, оценивающих особенности отношений в диадах «мать–ребенок с нарушениями слуха» рассматриваются различные характеристики матерей, которые могут повлиять на установление отношений привязанности. Так, неслышащие дети слышащих родителей имеют более высокий риск установления небезопасной привязанности в тех случаях, когда родители имеют негативную установку относительно глухоты, воспринимают глухоту ребенка негативно, и в тех случаях, когда в отношениях между родителями и ребенком возникает много негативных эмоций [413].

Репозиторий БрГУ

В работах, выполненных К. Мидоу-Орланс (K. P. Meadow-Orlans) и под ее руководством, приводятся данные о существенных различиях взаимодействия матери и ребенка, имеющего и не имеющего нарушений слуха. По сравнению с матерями слышащих детей, матери неслышащих детей реже и меньше использовали позитивные прикосновения, были менее чувствительными и более навязчивыми, менее гибкими и менее согласованными [430].

Идея о существовании специфики взаимодействия в диадах матерей и детей раннего возраста, которая определяется *сходством слуховых возможностей матери и ребенка*, является одной из популярных гипотез, верифицированных во многих исследованиях [240; 431], так как материнская чувствительность, различная у слышащих и неслышащих матерей, рассматривается авторами как наиболее важный фактор развития социальных и когнитивных компетенций неслышащих детей в раннем возрасте.

В специальном исследовании [431] были проанализированы видеозаписи игрового взаимодействия матери и ребенка в ситуациях, требующих совместного внимания. Диады «мать–ребенок» были разделены на соответствующие и не соответствующие по нарушениям слуха:

- неслышащий ребенок – неслышащая мать (НН),
- слышащий ребенок – неслышащая мать (СН),
- неслышащий ребенок – слышащая мать (НС),
- слышащий ребенок – слышащая мать (СС).

Оказалось, что матери в диадах, соответствующих по параметру слуха, были более чувствительными по сравнению с матерями в диадах, несоответствующих по параметру слуха. Неслышащие дети с неслышащими матерями были более включенными в ситуации, требующие совместного внимания.

Взаимодействие в СН и СС диадах анализировалось по показателям навязчивости матери (частота, с которой мать прерывает или неожиданно вмешивается в протекающую активность ребенка), ее способности к своевременному изменению своей активности и соответствия материнского вмешательства в активность ребенка его уровню развития [408]. Сравнение взаимодействия в этих диадах позволяет получить информацию о том, создает ли детская глухота риски для нарушений развития ребенка. По результатам данного исследования оказалось, что неслышащие дети могут быть подвержены рискам вторичных нарушений из-за негативных характеристик материнского поведения: отсутствия поощрений, высокого уровня контроля ребенка, негативного фона общения с матерями. Такое взаимодействие, которое характеризуется негативным аффективным тоном и низким уровнем реципрокности, не может быть фасилитатором овладения речью, социального и когнитивного развития.

Взаимодействие в СН диадах часто прерывается из-за коммуникативных перерывов (пауз). Хотя эти коммуникативные разрывы не связаны с негативным аффектом, они на самом деле приводят к уменьшению количества интеракций между матерью и ребенком. Слышащие матери неслышащих детей приспосабливаются к коммуникативным потребностям их ребенка, используя больше визуальных коммуникативных средств и увеличивая число прикосновений к своим

Репозиторий БрГУ

детям. Однако, как только речь начинает опосредовать взаимодействие между слышащими детьми и их матерями, природа взаимодействия начинает существенно различаться в СН и СС диадах, которое становится более оптимальным в СС диадах.

Оптимальная коммуникация с неслышащим ребенком – это в большей степени интуитивная коммуникация, которую обеспечивают неслышащие родители, сами имеющие нарушения слуха, и именно такая коммуникация может быть заложена в программы раннего вмешательства для детей с нарушениями слуха, родители которых не имеют нарушений слуха.

В исследованиях формирования привязанности у неслышащих детей также подчеркивается, что более благоприятные условия для формирования привязанности складываются у неслышащих детей, воспитывающихся неслышащими родителями, по сравнению с неслышащими детьми, воспитывающимися слышащими родителями, или если они воспитываются в семье, где хотя бы один из родителей также имеет проблемы со слухом. Это объясняется большей чувствительностью родителей и более адекватными способами их взаимодействия с детьми. В НН диадах не наблюдается различий в паттернах привязанности по сравнению с СС диадами, то есть коммуникация в диаде нарушается в меньшей степени, если мать имеет такое же нарушение, как и ребенок. Неслышащие дети неслышащих родителей обладают большей социальной зрелостью и более высокими показателями интеллектуального развития по сравнению с детьми, имеющими слышащих родителей. Например, наиболее успешно опознавали эмоции по их внешнему выражению те дети, у которых родители также имели нарушение слуха, а менее успешно – неслышащие дети слышащих родителей. Установлено также, что слышащие матери неслышащих детей менее чувствительны, более ригидны и назойливы по отношению к ребенку и его поведению, в результате ребенок менее активен и менее отзывчив по сравнению с СС диадами [413].

Неслышащий родитель испытывает меньший стресс по сравнению со слышащими родителями уже при рождении неслышащего ребенка, а переживание стресса и копинг-стратегии родителей влияют на их чувствительность к ребенку, что в дальнейшем оказывает влияние на развитие ребенка.

Неслышащие матери обеспечивают необходимое эмоциональное общение со своим ребенком, и в семье неслышащих родителей ребенок попадает в ситуацию адекватного для него общения со взрослыми, которые используют жестовую речь, что компенсирует недостаток слуха у ребенка. В этих случаях родители рано распознают, что у их ребенка имеется нарушение слуха, принимают этот факт и направляют свои усилия на оказание квалифицированной помощи ребенку [24]. В семьях, воспитывающих неслышащих детей, существуют значительные трудности обмена информацией между родителями и ребенком. В большей степени они проявляются в ситуациях, когда ребенку требуется понимать обращения родителя, и связаны с недостаточной эффективностью средств общения, которые в ряде случаев применяют родители. Наиболее эффективным способом общения, позволяющим усвоить информацию быстро, точно и полно, является

Репозиторий БрГУ

жестовый язык, что подтверждается наилучшими показателями обмена информацией в парах, где мать и ребенок имеют нарушения слуха.

В лонгитюдном исследовании [409] изучалось влияние детской глухоты на уровень стресса матери и ее удовлетворенность социальной поддержкой в возрасте ребенка от 2 до 4 лет. Когда детям было 22 месяца, матери неслышащих детей чаще сообщали о пессимизме в отношении того, что их дети смогут быть самостоятельными и смогут овладеть коммуникативными навыками. В возрасте детей 3–4 года матери как неслышащих, так и слышащих детей демонстрировали высокий уровень напряженности в связи с общими проблемами воспитания ребенка. Полученные результаты свидетельствуют о том, что большинство матерей неслышащих детей не испытывают высокого уровня общего стресса или неудовлетворенности своей жизнью или поддержкой социальных сообществ. Однако матери неслышащих детей испытывают стресс в областях, специфичных для глухоты, причем уровень стресса является достаточно стабильным на протяжении первых 4 лет жизни ребенка.

Ранняя терапия и коррекция при нарушениях слуха у детей. Оказание помощи неслышащему или слабослышащему ребенку должно начинаться как можно раньше. Чем раньше будет обнаружен факт нарушений слуха у ребенка, чем быстрее будет организовано правильное общение с ним, адекватное обучение, тем лучших результатов можно будет добиться. Нарушения слуха влияют не только на понимание речи, развитие коммуникации, потенциально они могут оказать влияние на социально-эмоциональное развитие, взаимодействие со сверстниками, а также отношения привязанности [495]. Однако существует серьезная проблема раннего выявления нарушений слуха у детей, которая связана как с объективными трудностями распознавания нарушения слуха, так и с отсутствием мотивации у родителей ребенка установить нарушение слуха вовремя, то есть как можно раньше.

Объективные причины трудностей распознавания нарушений слуха связаны с тем, что эти нарушения успешно маскируются за счет использования ребенком визуальных форм контакта со взрослым и наличием у ребенка гуления, которые убеждают взрослых в том, что ребенок нормально слышит. Ребенок на первом году жизни способен легко вступать в контакт, используя улыбку, движения рук, жесты, привлекая к себе внимание и добиваясь желаемого. Ребенок долгое время производит впечатление нормально и благополучно развивающегося. Зачастую родители убеждены, что у их ребенка слух в полной сохранности, доказывая это тем, что ребенок смотрит на окно, если за окном сильный шум, поворачивается в сторону двери, если вошла мама, реагирует на свое имя, улыбаясь при его назывании.

Хотя такие реакции маленького ребенка с нарушением слуха можно легко объяснимы. Ведь ребенок может реагировать не на звук сам по себе, а на вибрацию, на движение воздуха, на зрительные качества предметов: поворачивается к окну, так как чувствует вибрацию, поворачивается в сторону открытой двери, так как ощущает движение воздуха, реагирует на свое имя, потому что смотрит в момент его произнесения на лицо взрослого. Действительно, маленький ребенок

Репозиторий БрГУ

может даже обнаруживать признаки понимания слов окружающих: он реагирует на произнесенное слово тогда, когда видит лицо говорящего, так как научился читать с губ. Ребенок также учится понимать окружающих, ориентируясь на их жесты, и вновь возникает впечатление, что ребенок понимает сказанное.

Субъективные причины трудностей распознавания нарушений слуха связаны с тем, что родителям бывает трудно поверить и признать, что у их ребенка может быть какое-либо нарушение, в том числе нарушение слуха. Сознание родителей надежно защищено убеждением в том, что у них не может быть ребенка с каким-либо нарушением. Если родители никогда не сталкивались с нарушением слуха, они буквально будут «слепы и глухи» к такому нарушению у их ребенка. В таких случаях родители посещают одного за другим специалистов, ожидая в первую очередь опровержения подозрений на нарушение слуха у ребенка. Так теряется время, и когда родители все же поймут, что у их ребенка нарушение слуха, может оказаться слишком поздно, ибо потеряны возможности развития речи и других важных функций.

Самым разумным решением родителей является поиск специального дошкольного учреждения, где ребенок мог бы получать адекватную сурдопедагогическую помощь. Однако родители вместо этого начинают заниматься лечением слуха у ребенка, надеясь, что слух можно полностью восстановить, поэтому и не видят необходимости обращаться за специализированной педагогической помощью. Чем больше времени ребенок не получает такую помощь, тем больше накапливается нарушений в его развитии, которые становятся уже необратимыми. В то же время и сами родители должны стать для ребенка специалистами в области сурдопедагогики, так как они должны правильно общаться с ребенком, правильно организовывать его жизнь, стремиться к компенсации его недостаточного слуха.

Кохлеарная имплантация (КИ) является новым высокотехнологичным методом помощи детям с нарушениями слуха, начиная с раннего возраста. Суть КИ состоит в том, что в височную кость вживляются электроды, передающие в мозг соответствующим образом преобразованные звуковые сигналы. В результате неслышащие люди получают возможность слышать. Если неслышащих от рождения детей имплантируют рано (до трех лет), они довольно быстро и легко обучаются воспринимать речь и говорить. После проведения операции кохлеарной имплантации ребенок должен длительное время заниматься с логопедом, который обучает его речи в специфических условиях, помогая неслышащему ребенку воспринимать мир звуков и речи.

КИ не является необходимость, как в угрожающей для жизни ситуации, но она изменяет качество жизни, если сделана неговорящему неслышащему ребенку в первые 2–3 года жизни. Однако существует этическая дилемма [483]: специалисты советуют неслышащему неговорящему ребенку сделать КИ, и для этого противопоказаний нет. Но родители категорически отказываются от КИ, несмотря на интенсивную работу специалистов в этом направлении. В середине дилеммы стоит сам ребенок, именно он должен делать выбор, но он еще слишком мал для этого, поэтому родительские предпочтения и представления о пер-

Репозиторий БрГУ

спективах развития ребенка, непринятие факта улучшения качества жизни ребенка с КИ в конечном итоге ограничивают возможности ребенка.

Важным фактором вовлеченности и участия родителей в программах раннего вмешательства и других программах помощи ребенку является родительская самоэффективность – убеждение родителя в том, что он обладает знаниями и компетентностью, достаточными для того, чтобы реализовать родительские функции и тем самым повысить способность ребенка функционировать более эффективно. Действительно, результаты исследования Л. ДесЖардин с соавт. [327] дают основание предполагать, что чувство компетентности матери связано с ее речевыми стратегиями, использование которых улучшает овладение речью маленьких детей с кохлеарными имплантами. В данном исследовании материнские оценки самоэффективности и вовлечения в раннее вмешательство сравнивались у матерей двух групп маленьких детей (возраст 3 года) с прелинвальной глухотой: дети со слуховыми аппаратами и дети с КИ. Хотя матери детей с КИ ниже оценивали качество программ раннего вмешательства для их детей, они сами воспринимали себя как более эффективных в уходе и установлении сенсорных девайсов у их ребенка, во включение в развитие у детей умений разговорной речи. Матери детей со слуховыми аппаратами имели более низкие оценки самоэффективности, относящиеся к сенсорным девайсам ребенка и вовлеченности в программы раннего вмешательства. Таким образом, для повышения оценок самоэффективности у матерей необходимо их более активное включение в программы вмешательства у ребенка. Для использования КИ необходима большая активность матери по сравнению с использованием слуховых аппаратов, вероятно именно поэтому матери детей первой группы чувствовали себя более эффективными.

Несмотря на относительно небольшой период использования КИ, появились научные исследования, оценивающие особенности развития и поведения детей с нарушениями слуха, подвергшихся операции КИ. В таких исследованиях сравниваются дети одинакового возраста с КИ со слышащими детьми, а также с детьми, использующими слуховые аппараты.

По сравнению с неслышащими детьми, использующими слуховые аппараты, большинство детей с кохлеарными имплантатами показывают значительно лучшие результаты развития восприятия речи и активной речи. Дети с кохлеарными имплантатами демонстрируют уровень владения речью на уровне, сходном со слышащими детьми [327].

В трехлетнем лонгитюдном исследовании [269] оценивались характеристики нарушений поведения в связи с речевыми умениями детей в возрасте от 1 года до 5 лет (средний возраст 3;8) с КИ. Средний возраст имплантации – 16,8 месяца, период использования КИ – от 2 до 45 месяцев. Дети с КИ оказались сравнимы со слышащими детьми по уровню деструктивного поведения, тревожности и депрессивности, которые с возрастом увеличивались в обеих исследуемых группах. Более высокий уровень речевых умений связан с более низкими уровнями психопатологии. Ранняя КИ и более продолжительный ее период приводит к лучшим результатам речевого развития, а более высокий уровень ре-

Репозиторий БрГУ

чевого развития выступает как протективный фактор развития симптомов нарушений поведения. Сравнивались дети с КИ и нормально слышащие дети (средний возраст 39 месяцев). Дети с КИ показали немного более низкий уровень речевого развития, но уровень эмпатии и социальной компетентности был одинаковым у детей обеих групп [399].

Таким образом, ранняя КИ действительно улучшает уровень развития у детей и тем самым приводит к улучшению качества их жизни.

2.7.2 Нарушения зрения

Зрение – это интегрирующий фактор в раннем развитии ребенка: оно играет связующую роль между предметной средой и движениями человека, а разделенное зрительное внимание создает базу для социального взаимодействия ребенка и взрослого. Зрительная депривация или полное отсутствие зрения уже в первые месяцы жизни ребенка создают ситуацию «информационного вакуума» [21]. Ребенку с серьезными нарушениями зрения не хватает зрительной информации, и это сказывается на развитии у него движений: у детей запаздывает появление основных движений, а вместо них наблюдаются стереотипные движения для стимуляции мозговой деятельности. Зрительный информационный поток играет положительную роль в формировании познавательного интереса к окружающему, и без такой поддержки поведение регулируется в основном на эмоциональном уровне.

Многочисленные экспериментальные исследования показали, что выключение или ограничение зрения в первые месяцы жизни приводит к стойким, необратимым изменениям на всем зрительном пути, включая зрительные центры коры головного мозга. Особенно велика чувствительность зрительной системы к ограничению зрительной стимуляции в первые недели и месяцы жизни. Электрофизиологическими исследованиями детей, страдающих врожденной катарактой, обнаружены связанные с бездеятельностью зрительной системы нарушения в зрительных отделах коры головного мозга [215].

Среди этиологических факторов, которые приводят к патологии зрительной системы, выделяются врожденные и приобретенные факторы. Врожденные, в том числе наследственные, формы нарушений зрительных функций составляют 90 % случаев (92 % случаев слабовидения и 88 % случаев слепоты). Наследственные формы встречаются в более чем 30 % случаев. К нарушениям зрения может привести также патология беременности и родового акта. Экзогенные вредности (туберкулез, токсоплазмоз, вирусная инфекция, интоксикация) действуют на плод внутриутробно [131].

Нарушения зрения у детей подразделяются на слепоту (тотальную и парциальную) и слабовидение; принято также различать детей, имеющих нарушения зрения с рождения, от детей, ослепших прижизненно. У детей раннего возраста в США тяжелые некорригируемые нарушения зрения представлены тремя превалирующими диагнозами: корковые зрительные нарушения, ретинопатия недоношенных и гипоплазия зрительного нерва. У 60 % детей диагностирована

Репозиторий БрГУ

слепота, 65 % детей имели другие нарушения в дополнение к слепоте [370]. Распространенность тяжелых нарушений зрения у детей в последние 15 лет увеличивается [454]. У детей, рожденных в последние десятилетияй, изолированная слепота встречается редко, а частота множественных нарушений высока. Нарушения зрения тесно связаны со специфичными этиологическими подгруппами, преимущественно с интеллектуальной недостаточностью и расстройствами аутистического спектра [543].

Одной из причин тяжелых нарушений зрения у детей является ретинопатия недоношенных (РН), то есть возникающее у детей, родившихся раньше срока, поражение сетчатки глаза, которое приводит к снижению функций зрения, вплоть до слепоты. Эта патология возникает вследствие воздействия повышенной концентрации кислорода на сетчатку глаза. Высокая концентрация кислорода создается в кювезах, в которые помещаются преждевременно родившиеся дети для их дозревания в условиях, близких к тем, которые были в утробе матери.

РН – одна из главных причин слепоты у детей. Данные по эпидемиологии РН существенно различаются. Масштабные эпидемиологические исследования, проведенные в США и Швеции, показали, что у 97,4 % недоношенных детей диагностирована ретинопатия недоношенных, у 74,6 % развивается пролиферация. Значительная часть детей, особенно мальчиков, рожденных ранее 25 недель беременности, то есть на уровне выживаемости, имеют нарушения зрения в виде слабовидения тяжелой степени или слепоты [388].

В странах с низким уровнем дохода распространённость РН оценивается как эпидемия, что связано с низким качеством неонатальной заботы и ухода. В этих странах она встречается даже у детей с большим гестационным возрастом и весом, что значительно реже наблюдается в странах с высоким уровнем дохода [352; 575]. В России у недоношенных детей ретинопатии встречаются в 46,9 % случаев, у глубоко недоношенных, с массой тела менее 1000 г – в 90 % случаев [120]. Распространенность РН увеличилась в развитых странах в последние десятилетия, что связано с достижениями в области ухода за новорожденными, влекущими за собой повышенную выживаемость новорожденных.

Дети с врожденной слепотой и глубокими нарушениями зрения обнаруживают симптомы аутизма и получают также клинический диагноз расстройств аутистического спектра. У 58 % детей (средний возраст 3,5 года) с глубокими нарушениями зрения была хотя бы одна трудность в социальной, коммуникативной сфере или в области ограниченного стереотипного поведения, а 31 % детей имели клинический диагноз расстройства аутистического спектра, который они получали в период от 2,5 до 4,5 лет, и чаще он встречался у детей с глубокими нарушениями зрительных функций [466]. У детей с нарушением зрительных функций задержка развития встречается статистически значимо чаще у детей с расстройствами аутистического спектра по сравнению с детьми без социальных и коммуникативных трудностей. Таким образом, дети с глубокими и тяжелыми нарушениями зрения находятся в группе риска по расстройствам аутистического спектра.

Репозиторий БрГУ

Специфика и характер психического развития детей с нарушениями зрения, уровень возможностей детей, способы ориентировки в окружающем и познания мира, особенности их поведения и взаимоотношений с окружающими в значительной степени определяются характеристиками их зрительных функций, глубиной и характером поражения зрительного анализатора. Характеристики зрительных функций различаются в зависимости от времени возникновения дефекта и степени его выраженности. «Путь психического развития слепого ребенка по сравнению со зрячим своеобразен как по темпам психического развития, так и по качественной характеристике» [214, с. 20].

М. Брамбринг [290] сравнивал развитие незрячих детей в возрасте от 12 до 36 месяцев, половина которых были недоношенными (средний возраст гестации – 27 недель), другая половина – родившимися в срок. Было выявлено существенное отставание незрячих недоношенных от доношенных, а по ряду показателей недоношенные дети так и не смогли достигнуть уровня развития доношенных детей. Глубокая недоношенность, таким образом, сама по себе является фактором риска нарушений развития незрячих детей. Сходное по дизайну исследование было проведено Т. П. Кудриной [121]. Оценка уровня психомоторного развития слепых недоношенных младенцев (срок гестации 26–33 недель) проводилась путем сравнения с детьми с сохранным зрением. Оказалось, что слепые недоношенные младенцы отстают в развитии на 1–2 месяца в первом полугодии жизни, на 3–6 месяцев во втором полугодии, и концу первого года жизни уровни развития различаются на 6 месяцев. Таким образом, на протяжении первого года жизни темп развития слепых детей постоянно снижается, и это связывается с недостаточностью социально-личностного общения детей с матерями.

Неблагополучие в развитии слепых младенцев начинает проявляться уже в первые месяцы жизни; отставание в развитии наблюдается в социо-эмоциональной сфере, в развитии слуховых ориентировочных реакций, общих движений и речевой активности. Чем старше становится незрячий ребенок на первом году жизни, тем более неравномерный характер приобретает его развитие в разных сферах, и к началу второго года жизни у всех детей обнаруживаются признаки дисгармоничности в развитии [121].

Развитие активности и особенности поведения. У детей, перенесших раннюю зрительную депривацию в результате врожденной катаракты, наблюдаются устойчивые, на протяжении первых трех лет жизни, изменения некоторых черт темперамента, которые сопровождаются формированием особых стилей поведения ребенка. В работе М. М. Цетлин с соавт. [241] были описаны два паттерна темпераментных черт и поведенческих реакций, которые могут быть рассмотрены как общие стили поведения детей.

Первый из них встречается в 63 % случаев, и он характеризуется повышенным уровнем негативного эмоционального фона, страхом перед незнакомыми и более частым появлением защитных реакций. Дети, демонстрирующие этот стиль поведения, отличаются негативным настроением, проявляющимся во всех ситуациях. Постоянный негативный фон приводит к тому, что ребенок старается избегать любой новой, непривычной для него ситуации, в первую очередь кон-

Репозиторий БрГУ

тактов с незнакомыми людьми. Однако повышенная тревога и боязливость не влекут за собой снижения уровня коммуникативного поведения с близкими взрослыми. Второй паттерн встречается реже, в 29 % случаев. Дети чрезмерно интенсивно реагируют на любую ситуацию, несущую для них как положительную, так и отрицательную нагрузку. Они проявляют общее двигательное беспокойство, часто кричат и плачут, что может быть расценено как проявление моторной и эмоциональной разрядки высокого внутреннего напряжения. Для детей характерно предпочтение самостимуляции, которая может отражать компенсаторную активность, направленную на частичное снижение высокого напряжения. С возрастом уровень высокого напряжения у детей не снижается, но на смену разрядкам приходит агрессивное поведение, которое может рассматриваться как еще один способ разрядки. Этот паттерн, обусловленный высоким внутренним напряжением, предполагает наличие ряда проблем в коммуникативной сфере поведения; в нем присутствуют особенности, свидетельствующие о нарушении эмоционального контакта ребенка с матерью: дети часто настроены агрессивно по отношению к ней, кроме того, они реже имитируют близких взрослых.

Развитие моторики. У детей с врожденной слепотой отмечаются существенные отставания от возрастных норм в области грубой и тонкой моторики [290]. Слепые младенцы не просто проявляют задержки в тех областях своего моторного развития, на которые непосредственно влияет отсутствие зрения (навыки тонкой моторики и локомоция). В областях развития, которые не требуют зрительно-моторной координации (контроль осанки, основные ручные навыки), слепые 9- и 12-месячные дети не смогли достичь уровня развития зрячих младенцев. Задержка развития контроля осанки у слепых младенцев обусловлена более низким уровнем двигательной стимуляции из-за отсутствия зрения. Причиной замедленного приобретения навыков тонкой моторики и локомоторных навыков являются когнитивные предпосылки, позволяющие слепым новорожденным заменять зрительно-моторную координацию на аудио-проприоцептивную координацию при контроле движения [538].

По данным Л. И. Солнцевой [215], незрячие дети овладевают ходьбой в возрасте от года до двух лет, но первые попытки ходить они делают в том же возрасте, что и зрячие, то есть к концу первого года жизни. Однако с первыми самостоятельными попытками передвижения у ребенка появляется боязнь неизвестного пространства, а неизбежные ушибы и падения вызывают тревогу, поэтому тормозят его стремление ходить самостоятельно. Запаздывание устойчивого вертикального положения с освобождением рук для действий с предметами задерживает формирование и закрепление связи «предмет – действие», не способствует выделению свойств этих предметов. Чувствуя неуверенность при самостоятельном движении, незрячие дети стремятся меньше передвигаться, больше сидят, становятся малоподвижными, а когда у них появляется желание получить какой-либо предмет, они не пытаются сами его взять, подползая или подходя к нему, а используют для этого взрослого, заставляя звуками, словом и своими движениями приблизить предмет к себе. Отставание в развитии движений, длительная задержка в развитии самостоятельной ходьбы ограничивают

Репозиторий БрГУ

освоение ребенком «дальнего» пространства, значительно сокращают сферу предметов, доступных ребенку, и приводят к усилению пассивности, возникающей у слепорожденных уже в первые месяцы жизни. Это в свою очередь влечет за собой большую зависимость незрячего ребенка от взрослого.

Несколько отличные данные приводит И. В. Блинникова [21]. Роль зрительного опыта в наибольшей степени проявляется в развитии сенсомоторной интеграции и самоинициированных движений у детей с врожденной слепотой, тем не менее, к двум годам дети практически преодолевают имеющееся у них отставание в моторной сфере: к 18 месяцам дети уверенно ходят, к 24 месяцам могут самостоятельно залезть на диван и кресло, прыгают на двух ногах, держась за опору.

Различия в описании разными авторами двигательных возможностей детей с определенной вероятностью могут быть объяснены разным отношением близких взрослых к ребенку в аспекте учета их самостоятельности.

Ребенку с глубокими поражениями зрительной системы не достает внешней стимуляции, необходимой для активации мозговой деятельности, поэтому у них появляются, расширяются и закрепляются стереотипные формы поведения. Стереотипное поведение проявляется в виде раскачивания тела, головы, сосания пальцев, одежды, подергивания за волосы, надавливания на глаза, похлопывающих или трущих движений руками. Подобное поведение наблюдается чаще в тех случаях, когда ребенок возбужден, взволнован, сердится, когда он устает, остается один или когда ему становится скучно. В раннем возрасте у незрячих детей появляются такие стереотипные движения как движения рук, надавливание на глаза, качание головой, которые сохраняются длительное время и искореняются с большим трудом. Стереотипные движения выражают стремление незрячего ребенка к ритмичным движениям. В самых неблагоприятных случаях стереотипии становятся примитивными и направляются на стимуляцию собственного тела. Таким образом, у детей наблюдаются существенные нарушения в регуляции поведения: возрастает количество стереотипных движений при сниженном интересе к внешним объектам и недостаточной социальной вовлеченности.

С помощью опросника для родителей незрячих детей был определен круг стереотипных действий и вызывающие их причины [538]. Все дети демонстрируют хотя бы один вид стереотипного поведения, а большинство из них – несколько видов. Стереотипные движения наблюдались не менее одного раза в час у половины обследованных детей. Внутри иерархии распространенности доминируют закатывание глаз и покачивание туловищем. Определены четыре типичные ситуации, в которых наблюдается стереотипное поведение: монотонность, возбуждение, требования, а также кормление или прием пищи. Повторяющиеся движения рук и пальцев, стереотипные манипуляции с объектами и особенная забавная лицевая экспрессия, выражающая неприязнь и другие негативные эмоции, в основном появляются в ситуациях возбуждения, тогда как закатывание глаз, хныканье и сосание большого и других пальцев связаны с ситуациями монотонности.

Развитие тонкой моторики и действий с предметами у детей с глубокими нарушениями зрения существенно отстает от нормы, и только к концу первого

Репозиторий БрГУ

года жизни они начинают тянуться к звучащему предмету и захватывать его. Дети с нарушениями зрения в возрасте 13–24 месяца отстают в развитии по показателям «тонкие моторные движения» и «контроль движений рук». В период от 17 до 24 месяцев дети могли взять чашку, поставленную на стол с громким стуком. В возрасте 12–24 месяца у полностью слепых детей наблюдаются трудности в выполнении таких действий, как «исследование отверстий в доске», «снять крышку с коробочки», «положить кубик в чашку», «закрыть коробочку». Эти действия могли выполнять дети, имеющие остаточное зрение.

Развитие активности и видов деятельности. У детей с глубокими нарушениями зрения снижен уровень познавательной активности, их исследовательская активность в окружающей среде ограничена, и они относятся к окружающему миру достаточно пассивно, так как поток зрительной информации играет в этом процессе решающую роль. Поведение регулируется в большей степени на эмоциональном уровне, поэтому дети активно реагируют только на приятные стимулы (Л. И. Солнцева).

Развитие предметной деятельности у незрячих детей протекает по тем же закономерностям, что и у зрячих, и осуществляется в направлении от неспецифических манипуляций к овладению функциональными действиями. Но предметная деятельность развивается медленно, и ее формирование затягивается до 3 лет из-за отставания в развитии двигательных компонентов. К концу первого – началу второго года жизни у незрячих младенцев уже отмечается замедление темпа развития действий с предметами (Т. Н. Кудрина).

Специфика развития предметных действий незрячих и слабовидящих детей раннего возраста заключается в значительно более медленном темпе их формирования, диспропорциональности между пониманием функционального действия и его практическим выполнением. У детей длительное время сохраняются недифференцированные образы движения. Они длительно задерживают и не выпускают из рук предметы, так как у зрячего этот процесс осуществляется при виде другой игрушки, а незрячий ребенок не имеет стимула для ее выпускания. Это ведет к задержке дифференциации движений пальцев, а тем самым и задерживает развитие активного осязания. Первые специфические манипуляции и отдельные функциональные действия появляются у незрячих после двухлетнего возраста. Незрячие дети в раннем возрасте при обследовании игрушки подносят ее ко рту, касаются губами, трогают языком, сжимают зубами. Но такие дети долгое время недостаточно точны в движениях, они долго не выпускают предмет из рук. Это задерживает развитие мелких движений пальцев, а тем самым и развитие активного осязания. Первые специфические манипуляции и отдельные функциональные действия появляются у незрячих детей после двухлетнего возраста, однако к концу третьего года жизни еще не у всех детей окончательно формируется и становится ведущей собственно предметная деятельность. К концу третьего года жизни большинство незрячих детей начинают использовать предметы и игрушки по их назначению, и в первую очередь это предметы, которые постоянно в обиходе у детей.

Репозиторий БрГУ

Кроме замедленного темпа формирования предметных действий, у незрячих детей раннего возраста наблюдаются значительные трудности в использовании их в самостоятельной деятельности [54].

На основе опроса родителей изучались особенности игры слепых и зрячих детей в возрасте от 6 месяцев до 4 лет [539]. Зрячие дети вовлекались в игры более сложного уровня в более раннем возрасте, по сравнению со слепыми детьми. Слепые дети взаимодействовали с другими детьми менее часто, они предпочитали тактильно-слуховые игры и игрушки и редко занимались символическими играми. Приобретение незрячими детьми навыков игрового поведения отличается от поведения зрячих детей, так как они требуют игровых материалов разных типов, больше слуховых игр и большего сходства между игровыми действиями и реальностью.

Когнитивное развитие. По данным И. В. Блинниковой, по общему индексу когнитивного развития дети с нарушениями зрения в возрасте 22–24 месяцев существенно (в 1,5 раза) отличаются от своих сверстников без нарушений зрения [21]. Для когнитивного развития ребенка наибольшее значение имеют зрительно-моторные координации. По Ж. Пиаже, согласование зрительных и моторных схем ведет к развитию интеллекта на первой стадии – стадии сенсомоторного интеллекта (в норме – до рождения до двух лет) [119]. Поэтому у детей с нарушениями зрения могут возникать трудности в формировании представлений о сохранении объекта, следовательно в развитии сенсомоторного интеллекта.

Анализ звуковых стимулов вызывает значительные трудности у детей с серьезными поражениями зрения, что объясняется нарушениями интеграции информации, поступающей из внешней среды. Дети с нарушениями зрения обнаруживают высокую избирательность по отношению к звукам, отвергая громкие звуки и не реагируя на звуки от новых игрушек. Несмотря на отсутствие зрения у детей, представления о постоянстве объекта (репрезентации объекта) у них складываются – они ищут предмет, переставший звучать, или ищут предмет, выпавший из рук. Достигнутый детьми уровень моторного развития дает им большие возможности для освоения и запоминания пространственной структуры окружающего мира. Так, дети ищут игрушки в определенных частях кроватки, ждут мать с определенной стороны кроватки, в возрасте полутора–двух лет дети хорошо знают свою квартиру, расположение комнат и предметов в них, легко выполняют просьбы типа «иди на кухню». Пространство постепенно начинает вербально опосредоваться, и отдельные места в нем получают вербальную маркировку.

Для детей с нарушениями зрения важным ориентиром и точкой отсчета в восприятии окружающего мира является схема тела, которая складывается у них в те же сроки, что и у детей с сохранным зрением, то же относится и к развитию движений, основанных на схеме тела (например, перекладывание объектов из руки в руку).

Развитие речи. По данным И. В. Блинниковой, у детей с грубыми поражениями зрения еще до появления первых слов появляется жестовая активность. Дети используют жесты для коммуникации, подчеркивая свое требование движением руки. Если у детей с сохранным зрением жестовая активность снижается

Репозиторий БрГУ

по мере овладения речью, у слепых детей она продолжает сохраняться, но жесты существуют в отрыве от слов. В возрасте 18–24 месяцев дети с нарушениями зрения во взаимодействии со взрослыми используют жесты согласия, несогласия, приветствия и прощания.

Звуковые и речевые имитации у детей с нарушениями речи наблюдаются в несколько более позднем возрасте по сравнению с их зрячими сверстниками, однако нарастание имитационной активности происходит у детей с нарушениями зрения в возрасте после 2 лет и имеет более широкое значение. Звуковые и речевые имитации имеют коммуникативную ценность.

Понимание речи у детей с нарушениями зрения несколько отстает от понимания речи их сверстниками с сохранным зрением, но это связано с б*о*льшими возможностями последних обследовать окружающее. Уже на первом году жизни незрячие дети не могут соотносить характер обращенной к ним речи взрослого с его мимикой, что требует от ребенка установления других функциональных связей для дифференцирования интонаций и понимания контекста использования слов [121]. В знакомых ситуациях дети с нарушениями зрения на втором году жизни демонстрируют понимание слов, обозначающих расположение комнат в квартире, понимания названий предметов обихода, игрушек, то есть в знакомой обстановке понимание речи не отличается от нормы. Однако по отношению к новому окружению понимание речи у незрячих детей ограничено из-за отсутствия навыков планомерного тактильного изучения среды.

Экспрессивная речь детей с выраженным слабовидением имеет тенденцию развиваться позже, чем у зрячих детей, и детей, имеющих хотя бы небольшое сохранное зрение, что можно распознать по их ранним словам [428]. Словарный запас детей с врожденной слепотой в период от 14 до 17 месяцев находится в пределах возрастного диапазона для зрячих детей, но использование этих слов иное. Набор ранних слов в каждой из грамматических категорий у слепых детей также отличается от зрячих детей [286].

В исследовании И. В. Блинниковой не было обнаружено существенных количественных различий в овладении речью детьми с глубокими нарушениями, но в то же время обнаружены существенные качественные различия в овладении речевыми функциями в условиях зрительной депривации. «На самых ранних этапах отставание речевого онтогенеза у детей с грубыми поражениями зрительной системы объясняется недостаточным развитием детско-родительских отношений и невозможностью ребенка проследить движение взгляда, губ и жестов взрослого. В дальнейшем особенности развития речи при зрительной депривации связаны с ограничениями познания предметного мира, более поздним формированием понимания пространственных отношений и закономерностей взаимодействия» [22, с. 64].

Ребенок с нарушением зрения в полтора-два года начинает использовать речь в качестве основного средства общения со взрослым. Образование системы связей речевой деятельности со всей системой сохранившихся анализаторов, с развивающейся двигательно-мышечной системой обеспечивает основу для компенсации зрительной недостаточности в этом возрасте.

Репозиторий БрГУ

Особенности речевого развития детей раннего возраста с нарушениями зрения определены в работе О. И. Криницкой [117]. К ним относятся нарушение номинативной и коммуникативной функций речи, слабость подражательной деятельности, речевая пассивность, отсроченность речевых реакций, наличие эхолалий, речевой негативизм, относительно равномерное отставание в сформированности импрессивной и экспрессивной речи. Установлено наличие прямой связи между недостаточной сформированностью зрительного восприятия и уровнем развития импрессивной и экспрессивной речи.

В лонгитюдном исследовании М. Брамбринг [290; 291] сравнивался средний возраст, в котором дети с врожденной слепотой приобрели 29 вербальных навыков с учетом установленных возрастных норм для зрячих детей. Результаты показали лишь небольшие задержки развития в приобретении вербальных навыков у незрячих детей, хотя наблюдалась высокая степень изменчивости задержки развития в девяти категориях словесных навыков. Различия в развитии речи слепых и зрячих детей объясняются разными стилями родительского влияния. Родители зрячих младенцев в довербальной фазе развития имеют тенденцию называть те объекты или лица, на которые указывают дети, что увеличивает вероятность того, что слово будет использовано как замена объекта для его обозначения. Родители незрячих детей часто спрашивают их о тех объектах, которые они уже держат в руках, и просят детей назвать эти объекты. Вероятно, родители думают, что дети знают, что именно они держат в руках. Незрячий ребенок имеет значительно меньше возможностей воспринимать объекты и лица в своем окружении, указывать на них и по возможности взять их в руки.

Взаимодействие матери и ребенка с нарушениями зрения. Отсутствие у ребенка зрительного опыта в целом негативно сказывается на детско-материнском взаимодействии и становлении детско-родительских отношений. Мать полагает, что, если ребенок спокойно лежит и не проявляет никакой активности, не издает звуков, он не требует внимания. Поэтому матери мало разговаривают с таким ребенком, не играют с ним, не привлекают к активности с предметами. Дети же лишены возможности наблюдать за действиями взрослых, и у них снижаются возможности имитации, подражания действиям взрослых.

Матери детей в возрасте 4–24 месяца, родившиеся недоношенными, с врожденными или рано приобретёнными нарушениями зрительного анализатора мало взаимодействуют с ребенком, редко обращаются к нему, меньше его подбадривают как вербально, так и эмоционально. Социальная и материальная среда оказывается у таких детей менее вариативной: с детьми меньше ходят в гости, им мало читают, набор предлагаемых им игрушек ограничен (И. В. Блинникова**).**

Отсутствие зрительного восприятия препятствует становлению диалога матери и ребенка [538]. Незрячие младенцы демонстрируют более ограниченный репертуар выражений лица и меньшую отзывчивость. Они реже по сравнению со зрячими детьми пытаются сами установить контакт со своими матерями или отвечать на простые просьбы и запреты. Эти различия в социально-эмоциональном развитии слепых и зрячих младенцев являются следствием слепоты при взаимодействии матери и ребенка.

Репозиторий БрГУ

Анализ взаимодействия матери и слепого недоношенного младенца, проведенный Т. П. Кудриной [122], показал противоречивость ситуации: слепые дети были более активны в «контактном», телесно-эмоциональном взаимодействии, а матери дистанцировались, предпочитали речевые средства общения, которые для младенца были менее актуальными. Оптимальным для развивающего взаимодействия является такая организация пространства, при которой слепой ребенок максимально полно будет способен воспринимать лицо матери сохранными органами чувств, в частности, слухом. Дети откликаются, дают яркую ответную реакцию и удерживают внимание к инициативам матери, когда она находится близко, доступна восприятию младенца, когда она тактильно поддерживает свое обращение к ребенку и при этом ключевые характеристики ее речи (экспрессия, интонация, тембр, темп, паузы, предваряющие высказывание) позволяют обращению четко выделиться из окружающего ребенка шумового фона.

Матерям более чем в двух третях ситуаций не удалось привлечь внимание младенца к своей инициативе, так как их лицо находилось слишком далеко от лица ребенка, однако, несмотря на это, все они продолжили игровые действия. Для поддержания взаимодействия была необходима активность как взрослого, так и ребенка. Особенности реагирования слепого младенца на внешние стимулы отражались на его поведении во взаимодействии с близким взрослым. Проявление внимания в виде замирания, прекращения движений рук и ног, настороженного прислушивания, повороты головы в сторону, противоположную партнеру, – такое поведение ребенка противоречило ожиданиям матери, ориентирующейся на привычные средства выражения готовности к общению, к которым можно отнести двигательное возбуждение, улыбку, поворот лица к партнеру. С другой стороны, матери, не получающие от ребенка желаемых реакций, во взаимодействии вели себя чрезмерно активно, не ожидали «ответов» от слепых младенцев, стремились обеспечить их большей стимуляцией.

Таким образом, для проявления активности незрячего ребенка во взаимодействии с матерью необходимы специальные условия, основными из которых являются определенные пространственно-временные характеристики взаимодействия и наличие в поведении матери эффективных коммуникативных действий, инициирующих и поддерживающих общение. Полученные Т.П. Кудриной данные позволили сделать вывод о несоответствии поведения матерей сенсорным и социальным потребностям детей с тяжелыми нарушениями зрения. Поэтому есть основания говорить о сенсорной и социальной депривации уже на самых ранних этапах онтогенеза, приводящих к возникновению вторичных отклонений, которые прежде всего касаются социально-эмоционального развития слепых недоношенных младенцев.

Годовалые младенцы с нарушением зрения вследствие ретинобластомы характеризуются высокой вероятностью задержки развития и проблемного поведения; они не склонны поворачивать свое лицо или глаза к матерям, улыбаясь в ответ, разговаривая с ними, или меняя язык тела или выражение лица, или реагируя условным образом на их воздействия [448]. Эти результаты указывают на необходимость оказания поддержки, способствующей взаимодействию между

Репозиторий БрГУ

матерью и младенцем, в соответствии с характеристиками развития детей раннего возраста с нарушением зрения. Матери незрячих детей в возрасте 18–24 месяцев не более директивны, чем матери зрячих детей, но они мало адаптированы к особым потребностям своих детей в получении актуальных сведений об окружающем мире [305].

Исследования привязанности детей с нарушениями зрения [420] доказывают, что вероятность развития небезопасной привязанности составляет 80 % (по сравнению с 22 % детей с сохранным зрением). У незрячих детей с 12 месяцев наблюдается протест при расставании, они меньше улыбаются и менее понятны взрослым. Такие особенности поведения детей наблюдались как в незнакомой ситуации, так и в домашних и социальных условиях.

Сообщения, адресованные родителями маленьким детям с тяжелыми нарушениями зрения, проанализированы в работе В. Моор [442]. Восемь тотально слепых детей и восемь детей с серьезными нарушениями зрения в возрасте 18 месяцев посещались дома. Были сделаны видеозаписи взаимодействия ребенка с ухаживающим взрослым. Родители слепых детей с большей вероятностью сами инициируют взаимодействия и склонны чаще использовать словесные комментарии, не сопровождаемые действиями. Они с меньшей вероятностью говорят об объектах, которые были в фокусе внимания ребенка, и с большей вероятностью описывают ребенку свойства объектов, используя местоимения или существительные. Кроме того, они склонны запрашивать у своих детей устную информацию в отличие от родителей детей со слабовидением, которые чаще описывают объекты для детей. Дети в обеих группах получали больше запросов на действия, чем на любые другие типы высказываний, и все родители редко упоминали атрибуты объектов. Таким образом, родители незрячих детей сталкиваются с существенными трудностями в инициировании и поддержании взаимодействия со своими детьми.

Кризис трех лет для детей с нарушением зрения и тотально слепых усугубляется меньшей их активностью и самостоятельностью и большей зависимостью от окружающих взрослых (Л. Н. Солнцева). Желание детей быть самостоятельными наталкивается на трудности реализации в различных формах деятельности, особенно связаннных с контролем движений, совместными действиями с другими детьми и взрослыми. Огромную роль в возникновении кризисных ситуаций и трудного поведения детей играет неумение родителей оказать своевременную помощь; гиперопека, боязнь допустить ребенка к самостоятельной деятельности, оказание постоянной мелочной помощи из-за возможного травмирования и т. д. Такая позиция родителей приводит к появлению у ребенка негативизма, упрямства, строптивости, своеволия и даже деспотизма – то, что характеризует поведение ребенка в кризисных периодах. Отсутствие внимания родителей к ребенку усугубляет трудности становления самостоятельности, решения противоречия между потребностью в активной деятельности и ее удовлетворением.

Незрячие и слабовидящие дети занимают особое положение в семье, которое обозначается как «сентиментальный детоцентризм», несмотря на то, что позиции родителей к ребенку с нарушениями зрения различаются. Разные типы

Репозиторий БрГУ

отношения родителей к незрячему ребенку описаны С. М. Хорош [239] на основании критериев принятия/непринятия родителем ребенка и принятия/непринятия тяжелого зрительного дефекта. Сочетание вариантов этих критериев дает четыре разных варианта отношения родителей к ребенку.

Ранняя терапия и коррекция при нарушениях зрения. Коррекционно-развивающая работа с детьми раннего возраста с нарушениями зрения основывается на структуре нарушения и компенсаторных процессах в развитии ребенка в условиях зрительной недостаточности.

Главным условием формирования системы компенсации слепоты является развитие мотивации деятельности и становление активной позиции ребенка по отношению к окружающему миру. Л. И. Солнцева [214] разработала систему компенсации слепоты в период раннего детства, выделив в ней три стадии. Основную роль в обеспечении гармоничного развития ребенка, в том числе посредством реализации механизмов компенсации автор отводит близким взрослым: «Развитие системы компенсации слепоты осуществляется с первых дней рождения и зависит от организации жизни и деятельности ребенка, от того, как близкие взрослые помогают ему познавать мир и овладевать им» [214, с. 7]. Первая стадия компенсации слепоты в раннем возрасте связана с полисенсорным (комплексным) характером восприятия ребенка, его реакциями на комплексные раздражители. Она характеризуется образованием связей между сохранившимися анализаторами и обеспечивает создание базы полисенсорного восприятия, системы сенсомоторной деятельности, то есть создание связей между зрительными, слуховыми, осязательными, вибрационными и другими видами восприятия и движениями. Вторая стадия компенсации слепоты у детей связана с появлением, выделением и дифференциацией отдельных сигнальных признаков окружающих предметов и действий с ними. Для образования связей слов с воспринимаемыми предметами и для осуществления предметной деятельности дети используют речевое общение. Развитие речи как средства общения, обобщения и коррекции вторичных отклонений, в основе которого лежат четкие конкретные представления, также является необходимым условием компенсации слепоты. Третья стадия компенсации слепоты связана с появлением образов и представлений, и у ребенка формируется умение представлять предметы в их отсутствии и сохранять их образы в памяти.

2.8 Нарушения обработки сенсорной информации

Нарушения сенсорной сферы у детей стали предметом исследований и практики в теории сенсорной интеграции Дж. Айрис [272]. Теория сенсорной интеграции включает теоретические исследования, результатом которых явились классификации видов дисфункций сенсорной интеграции, разработка диагностических инструментов, а также обширная детально разработанная терапия дисфункций сенсорной интеграции [197; 272; 300; 336; 405; 438; 439; 564].

Дисфункция сенсорной интеграции, или нарушение сенсорной обработки (НСО), или нарушение обработки сенсорной информации (НОСИ) – это ком-

Репозиторий БрГУ

плексное церебральное расстройство, при наличии которого ребенок неправильно интерпретирует повседневную сенсорную информацию, что может приводить к проблемам с координацией движений, речью, поведением, обучением. Наличие сенсорных дисфункций приводит к ухудшению развития ребенка и качества жизни самого пациента и его семьи.

Необходимость рассмотрения нарушений сенсорной обработки информации применительно к раннему периоду развития ребенка обоснована В. Данн [336], который предложил модель влияния сенсорной обработки на повседневную активность маленьких детей.

В клинической практике принят термин дисфункция сенсорной интеграции (ДСИ), внутри которого выделяют нарушение сенсорной модуляции (НСМ) и сенсорно связанные двигательные нарушения (ССДН), причем пациенты могут иметь один или одновременно два типа дисфункции (A. Bundy с соавт. [300]). Л. Миллер с соавт. [439] настаивают на том, что диагноз «нарушение обработки сенсорной информации» может быть поставлен ребенку только в том случае, если трудности в обработке сенсорной информации приводят к нарушениям повседневного функционирования. Анализируя эволюцию понятий в теории сенсорной интеграции Дж. Айрис, авторы предлагают современную классификацию нозологий для диагностики типов нарушений сенсорной обработки информации.

Паттерн 1: Нарушение сенсорной модуляции. Подтип 1: Сенсорная гиперчувствительность. Подтип 2: Сенсорная гипочувствительность. Подтип 3: Сенсорный поиск/сенсорная жажда.

Паттерн 2: Нарушение сенсорной дискриминации.

Паттерн 3: Сенсорно обусловленные моторные расстройства.

Разработка проблем нарушений сенсорной интеграции проводилась параллельно в теории сенсорной интеграции и в диагностической классификации DC: 0–3 [571] независимыми группами исследователей. В DC: 0–3 была выделена категория регуляторных нарушений у детей, которая включает два подтипа:

400. Регуляторные нарушения (Regulatory Disorders): сложности в регуляции физиологических сенсорных процессов, внимания, движения, эмоций, регуляции настроения. Такие дети плохо держат температуру тела, путают день с ночью, склонны к срыгиванию, аллергии, дыхание и сердцебиение нерегулярны, имеются трудности в переводе их с одного типа питания на другое.

401. Гиперсензитивные (Type 1 – Hypersensitive). 1 тип детей – боязливые и осторожные (повышенная чувствительность к звукам, прикосновениям); 2 тип детей – негативные и неповинующиеся (гиперреактивность к звукам и прикосновениям, нормальный мышечный тонус, нормальная координация движений, затруднения отмечаются в тонкой моторике).

402. Гипореактивные (Type 2 – Under-reactive). 1тип – замкнутые и трудно вовлекаемые дети (кажутся апатичными, легко истощаемы, гипореактивны к звукам, прикосновениям); 2 тип – погруженные в себя дети (повышенная креативность, снижены слуховербальные и двигательные возможности).

Категории, выделенные в DC: 0–3 и в теории нарушений сенсорной интеграции, частично перекрываются, или накладываются друг на друга [438; 439].

Репозиторий БрГУ

При этом в обеих классификационных системах описываются дети раннего возраста, которые характеризуются атипичными реакциями на сенсорную стимуляцию, что приводит к изменениям процессов регуляции эмоций, поведения и внимания. Модель нарушений сенсорной модуляции частично пересекается с положениями классической теории трудного темперамента (А. Томас, С. Чесс), описанной нами в п. 2.3. Таким образом, концептуальным положением в теории сенсорной интеграции является положение о взаимосвязи в онтогенезе сенсорных процессов, эмоций, внимания и поведения.

В российской неврологической литературе нарушения сенсорной обработки у детей характеризуются достаточно ранним дебютом, наличием сочетанной патологии, прогредиентным течением и вовлечением в патологический процесс компонентов поведения, речи, эмоций, движения, что определяет черты патоморфоза сенсорных дисфункций в дошкольном возрасте [198], поэтому предлагается рассматривать проблему нарушений сенсорной обработки в детском возрасте в клинико-катамнестическом аспекте как пограничное нервно-психическое расстройство.

Возможные факторы риска различных типов НСО складываются из генетических нарушений (37–47 %), патологии течения беременности (33–53 %) и родов (19–31 %), недоношенности (25–38 %), постнатальных факторов (12–25 %). К средовым факторам относятся такие типы взаимодействия/воспитания как дистанцированность и эмоциональная холодность матери, регламентированность в проявлении чувств, негативное или безразличное отношение к ребенку; эмоциональная депривация, социальная депривация, продолжительные госпитализации ребенка без матери, совместное проживание с членом семьи с тяжелым психическим расстройством (Ю.Е. Садовская [198]).

Распространенность НОСИ оценивается по разным критериям, поэтому в литературе имеются несовпадающие данные. По данным американского исследования [262] в общей популяции детей эти расстройства встречаются с частотой 10–12 %. В российском исследовании [197] приводятся данные о распространенности НОСИ с частотой 5–6 % в выборке детей в возрасте от 2 до 7 лет.

У детей из клинической популяции (СДВГ, РАС, ДЦП, генетические синдромы) НОСИ встречается значительно чаще – от 20 до 100 % случаев [262]. По данным Л. Миллер с соавт. [439], 80–90 % детей с расстройствами аутистического спектра имеют симптомы НОСИ, при этом дети с этим диагнозом не имеют признаков расстройства аутистического спектра. Сходные данные получены в исследовании Ю. Е. Садовской [198]. Вероятно, изолированные нарушения обработки сенсорной информации встречаются достаточно редко, чаще они обнаруживаются в качестве коморбидных нарушений при СДВГ, РАС и других расстройствах. Так, по данным Ю. Е. Садовской, дисфункции сенсорной модуляции при аутизме выявляются в 82 % всех случаев, при СДВГ – в 66 %, при ДЦП – в 75 %, при симптоматической эпилепсии – в 70 %, при синдроме Вильямса – в 100 % всех случаев. Выраженность сенсорных признаков при аутизме, синдроме Вильямса, ДЦП и симптоматической эпилепсии коррелирует со степенью тяжести заболевания.

Репозиторий БрГУ

Подтверждением этому является тот факт, что большинство исследований, посвященных НОСИ, которые упомянуты в поисковых системах Google Scholar и Pubmed, выполнены на выборках детей с РАС, СДВГ, задержками развития. В работах этого направления исследований по-прежнему остается дискуссионным вопрос о природе нарушений сенсорной модуляции при РАС и СДВГ [275; 405]: является ли сверхчувствительность причиной других расстройств или можно говорить об их коморбидности?

Так, исследование С. Шон с соавт. [504] подтвердило выводы предыдущих работ о наличии существенных отличий детей с РАС и детей с дисфункцией сенсорной модуляции от типично развивающихся детей по поведенческим и физиологическим показателям. Более того, две клинические группы отличались и друг от друга: дети с РАС имели более низкий уровень возбуждения и более низкий уровень реактивности в лабораторной ситуации. Дети с дисфункцией сенсорной модуляции имели высокую реактивность во всех сенсорных модальностях.

Сравнение детей с нарушением сенсорной модуляции и СДВГ проведено в исследовании Л. Миллер с соавт. [439]. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) являются импульсивными, невнимательными и гиперактивными, в то время как дети с расстройством сенсорной модуляции испытывают трудности с адаптивным реагированием на повседневные сенсорные стимулы. СДВГ и расстройство сенсорной модуляции достаточно трудно различить из-за наличия многих сходных проблем у детей.

Клинические симптомы СДВГ и НСМ были оценены с целью дифференциации этих расстройств. У детей из этих клинических групп наблюдалось значительно больше проблем сенсорного и эмоционального развития, а также трудностей внимания и активности по сравнению с нормотипичными детьми. Однако в каждой клинической группе отмечается специфический сенсорный профиль: у детей с СДВГ были более выражены проблемы внимания, у детей с НСМ отмечалось больше сенсорных проблем, соматических жалоб, признаков тревоги/депрессии и трудностей с адаптацией. Дети с НСМ показали более высокий уровень физиологической кожной реактивности на сенсорные стимулы, по сравнению с детьми с СДВГ. Полученные данные свидетельствуют о том, что СДВГ и НСМ – это разные расстройства, поэтому детям должны выставляться разные диагнозы.

Принципиальное значение имеет разделение нарушений обработки сенсорной информации на первичные и вторичные нарушения – в зависимости от значения сенсорной дисфункции в общей картине нарушений развития у детей. Такое разделение было проведено в диссертационном исследовании Ю. Е. Садовской [198], и на материалах российской выборки детей раннего и дошкольного возраста обоснована авторская классификация НОСИ в дошкольном детстве (таблица 2).

Таблица 2 – Классификация нарушений сенсорной обработки у детей дошкольного возраста (Ю. Е. Садовская, 2011)

I. По причинам возникновения:

Репозиторий БрГУ

1. Первичные формы или самостоятельное заболевание
- нарушение сенсорной модуляции (сенсорная защита, гравитационная небезопасность, отвращающий ответ на движение, сенсорный поиск); - сенсорно-связанные моторные нарушения (диспраксия развития сенсорно-связанная, нарушения зрительного контроля и позы); - дисфункция сенсорной интеграции – сочетание нарушений сенсорной модуляции и сенсорно-связанных моторных нарушений
2. Симптоматические формы
- проявления основного заболевания (аутизм, шизофрения, синдром Вильямса и др.) - при различных заболеваниях центральной нервной системы, генетических синдромах с нарушением нервно-психического развития (ДЦП, симптоматическая эпилепсия, эпилептическая дезинтеграция, задержка речевого, психического развития)
II. По типу сенсорного восприятия
1. Гипосенситивный
2. Гиперсенситивный
3. Смешанный
III. По форме (по клиническим проявлениям)
1. Преобладание сенсорной защиты (тактильная, оральная, слуховая, зрительная, обонятельная, двигательная)
2. Преобладание сенсорного поиска
3. Преобладание диспраксии сенсорно-связанной
4. Сочетанный вариант – дисфункция сенсорной интеграции
IV. По стадии течения:
1. Компенсированный
2. Субкомпенсированный
3. Декомпенсированный
V. Особые клинические формы, частные варианты (синдромы):
1. Дисбазия по псевдоспастическому типу (ходьба на «цыпочках»)
2. Функциональная рвота
3. Функциональное расстройство приема пищи
4. Задержка речевого развития

Клинические симптомы НОСИ. Признаки НОСИ появляются в раннем возрасте, до 3 лет, и чаще всего в этом возрасте встречаются нарушения сенсорной модуляции [198; 433]. Первые описания нарушений сенсорной модуляции у детей младенческого и раннего возраста были сделаны в исследованиях нарушений сна и питания, эмоциональных расстройств. Результатом этих исследований было определение различных видов нарушений питания и сна, которые имеют в качестве основания нарушение сенсорной модуляции (эти расстройства описаны в п. 2.4 и 2.5). При рассмотрении эмоционально-поведенческих расстройств большое значение также придается сенсорным нарушениям (см. п. 2.12). В дальнейшем внимание исследователей было направлено на анализ специфики нарушений сенсорной модуляции не столько в структуре других нарушений, а в качестве самостоятельного расстройства.

Каждый ребенок отличается индивидуальным сенсорным профилем, который включает гиперсензитивные и гипосензитивные функции в разных мо-

Репозиторий БрГУ

дальностях. Таким образом, функции в одних модальностях могут быть гиперсензитивными, а в других модальностях – гипосензитивными. На основании множества исследований и практической работы составлены перечни признаков гипосензитивности и гиперсензитивности в разных модальностях, в том числе для детей раннего возраста.

Ключевым клиническим проявлением нарушения сенсорной модуляции являются различные варианты сенсорной защиты в слуховой, зрительной, вестибулярной, обонятельной, вкусовой или тактильной модальностях, что является признаком гиперсензитивности.

Сенсорная гиперчувствительность как один из подтипов расстройства сенсорной модуляции характеризуется крайне негативными реакциями на обычные сенсорные стимулы, и эти чрезмерные реакции могут мешать повседневной деятельности и вызывать стресс у детей и их семей. Однако этиология и траектории развития сенсорной сверхчувствительности все еще недостаточно ясны. Изменения гиперчувствительности в период от 2 до 4 лет у НТ детей характеризуются определенной траекторией [381]. На основании измерений сенсорной чувствительности все дети оказались разделенными на 4 группы, которые различались степенью риска возникновения сверхчувствительности: низкий уровень симптомов, уровень смягченных симптомов, позднее начало симптомов и хронический уровень. У детей с хроническими симптомами выраженность симптомов остается высокой вплоть до 4 лет. Дети из этой группы отличались меньшим гестационным возрастом и весом при рождении по сравнению с другими группами. Таким образом, симптомы сенсорной гиперчувствительности являются этиологически неоднородными и могут быть разной степени выраженности и стабильности.

Гипосензитивность проявляется также в разных модальностях и характеризуется сенсорным поиском, то есть поиском ощущений в тех модальностях, в которых обнаруживается сниженная чувствительность.

Терапевтическое вмешательство. Ранняя идентификация сенсорных проблем у детей, оценка содержания наполнения окружающей их среды в соответствии с особенностями сенсорной сферы позволяют начать своевременную адекватную интервенцию, основанную на разработанных методах сенсорной интеграции. Это имеет определяющее значение для улучшения процессов развития маленьких детей, гармонизации их поведения. В свою очередь, улучшение функционирования ребенка приведет к улучшению функционирования семьи, которая испытывает значительные трудности, воспитывая ребенка с сенсорными проблемами.

В теории сенсорной интеграции наиболее разработанной ее частью является система практических методов и технологий, направленная на улучшение функций сенсорной обработки информации у детей. Модель В. Данн [336] может использоваться как для распознания сенсорных потребностей детей, так и для разработки методов стимулирования и функциональной поддержки детей для удовлетворения потребностей в сенсорной обработке. Автор предлагает разрабатывать для каждого ребенка сенсорный профиль, который отражает особен-

Репозиторий ЕрГУ

ности сенсорной обработки информации и который может служить основанием для разработки индивидуальной программы терапии.

Терапия сенсорных дисфункций имеет целью улучшить адаптацию или добиться компенсации дисфункции. На основании собранной диагностической информации разрабатывается индивидуальный план вмешательства, адресованный к конкретным проблемам ДСИ пациента, который получил название *сенсорной диеты*. Сенсорно основанные интервенции включают: модификацию среды, адаптацию к повседневным активностям, изменение способа взаимодействия взрослых с ребенком [554]. Традиционным методом лечения также служат занятия в нейросенсорной комнате со специальным оборудованием под руководством квалифицированного специалиста

Программа сенсорной диеты составляется на основе обследования ребенка и выявления у него двух типов сенсорных дисфункций: гипосензитивных и гиперсензитивных. В терапевтической программе предлагаются разные подходы к коррекции этих дисфункций. Для гиперсензитивных функций показана их десенсибилизация, постепенное приучение ребенка к стимулам, которые он воспринимает как сверхсильные. Для гипосензитивных функций показано их активное стимулирование и использование на разных материалах.

К работе по терапии сенсорных дисфункций активно привлекаются родители, которые организуют домашнюю среду в соответствии с требованиями сенсорной диеты. Родители также реализуют саму программу в домашних условиях. Для родителей разработаны специальные методические пособия [564], которые переведены и на русский язык [258].

2.9 Нарушения двигательной сферы

Существует ряд заболеваний нервной системы у детей, при которых основным клиническим симптомом является нарушение движений [256], к ним относятся миелодисплазия, прогрессирующие мышечные атрофии, спинномозговая грыжа и др. Наиболее распространенным заболеванием является детский церебральный паралич (ДЦП) – полиэтиологическое непрогрессирующее заболевание головного мозга, возникающее вследствие его поражения внутриутробно, в перинатальный период и в период новорожденности. ДЦП рассматривается как одна из форм резидульно-органической нервно-психической патологии центральной нервной системы сложного генеза. Клинически ДЦП проявляется двигательными нарушениями (параличи, парезы, гиперкинезы, нарушение координации), что сочетается с нарушениями психического развития, нарушениями слуха, зрения, судорожными припадками. Двигательные нарушения обусловлены тем, что изменение мышечного тонуса, сочетаясь с патологическими тоническими рефлексами (автоматизмами), препятствует нормальному развитию возрастных двигательных навыков. У ребенка сохраняются безусловные рефлексы, которые вовремя не исчезли, и при сочетании с измененным мышечным тонусом это приводит к запаздыванию в становлении основных движений.

Репозиторий БрГУ

Патогенез ДЦП трактуется как нарушение взаимодействия систем регуляции произвольных и непроизвольных движений, поэтому детский церебральный паралич характеризуется неспособностью произвольно управлять процессом мышечного движения, а не как неспособность двигаться вообще [144]. ДЦП характеризуется не как простое отставание в моторном развитии или выпадение отдельных двигательных функций, а как расстройство с искаженным процессом двигательного развития, что в большинстве случаев нарушает последовательный ход и динамику психического развития ребенка, приводя к своеобразному нарушению развития в целом.

Выделяются три стадии течения ДЦП (К. А. Семенова [200]), первые две из них соотносятся с ранним возрастом: ранняя стадия – первые месяцы жизни, ранняя резидуальная стадия – первые годы жизни и поздняя резидуальная – с 2–4 лет. Это означает, что *становление и оформление клинической картины при ДЦП относится именно к раннему возрасту*. На ранних стадиях наблюдаются изменения мышечного тонуса, наличие атипичных движений, стойких позотонических рефлексов, а также задержка психоречевого развития. На ранней резидуальной стадии сохраняется или повышается активность тонических рефлексов, не формируются или частично формируются элементы установочных рефлексов, резко задерживается развитие произвольной моторики, нарастают патологические синергии и двигательные стереотипы.

Диагностика ДЦП, как правило, не вызывает трудностей у неврологов. Тяжелые формы ДЦП выявляются уже в первые месяцы жизни, более легкие формы ДЦП диагностируются несколько позже, ко второму полугодию жизни. Легкую и среднюю степени тяжести ДЦП часто бывает сложно выявить в первые месяцы жизни ребенка, так как ряд непроизвольных движений ребенка – это нормальные рефлекторные движения ребенка на втором и третьем месяце жизни. В связи с этим нередки случаи ДЦП, ошибки диагностики ДЦП в раннем возрасте, особенно его гипердиагностики. Л. Т. Журба [85] проанализировала 64 случая, когда диагноз ДЦП был поставлен в первом полугодии жизни и снят после 1,5–2 лет наблюдения.

Неврологическая симптоматика, имеющая место у детей первого года жизни, не всегда свидетельствует о развитии детского церебрального паралича. К характерным клиническим проявлениям, на основании которых ставился диагноз, относятся: повышенная возбудимость, затрудненность вскармливания, вздрагивания при громком звуке, преходящее повышение мышечного тонуса, ярко выраженные безусловные рефлексы, задержка формирования выпрямляющих рефлексов туловища в положении на спине и на животе, отставание в моторном развитии. Неврологическая симптоматика наиболее ярко выражена в первом полугодии жизни. После того как ребенок начинает тянуться к игрушке, поворачиваться со спины на живот, нормализуется тонус мышц, угасают безусловные рефлексы, и к 1–1,5 годам дети догоняют своих сверстников в развитии.

Выделяются несколько клинических форм церебрального паралича, в основе которых лежат следующие признаки: характер мышечного тонуса (повышенный, сниженный, изменчивый); количество и сочетание пораженных конеч-

Репозиторий БрГУ

ностей; наличие или отсутствие гиперкинезов. По классификации, предложенной К. А. Семеновой [200], в зависимости от ведущих неврологических синдромов выделяются пять форм ДЦП.

Двойная гемиплегия – наиболее тяжелая форма ДЦП, так как у детей обнаруживается тяжелое массивное поражение головного мозга. Наблюдается тетрапарез, то есть поражены четыре конечности, руки, как правило, страдают больше, чем ноги, мышечный тонус высокий во всех конечностях. Ребенок не может самостоятельно даже сидеть, поворачиваться со спины на живот, стоять, ходить. В редких случаях дети могут научиться самостоятельно сидеть к 2–3 годам. Резко снижены возможности ребенка действовать руками, в тяжелых случаях ручные движения вообще отсутствуют. Характерны расстройства жевания и глотания, повышено слюнотечение. В речи наблюдается тяжелая дизартрия, нарушено звукопроизношение, обусловленное поражением мышц артикуляторного аппарата. При дизартрии речь неясная, глухая, в тяжелых случаях ребенок может произносить только отдельные звуки. При двойной гемиплегии часто наблюдаются судороги, что еще более ухудшает состояние головного мозга ребенка. Уровень психического развития развитие детей при двойной гемиплегии сопоставим с умственной отсталостью.

Спастическая диплегия – спастический тетрапарез, так как при этой форме ДЦП поражены четыре конечности, и ноги, как правило, поражены больше, чем руки. В конечностях повышен мышечный тонус, поэтому ноги приведены одна к другой, перекрещены на разных уровнях (стопы, голени или колени). В вертикальном положении ребенок стоит на носочках, поэтому такую позу называют позой балерины. Нарушения ручных движений варьируют от самых легких, которые проявляются в моторной неловкости, трудностях формирования и выполнения сложных двигательных навыков, до выраженных, когда в связи с высоким мышечным тонусом в руках ребенок может выполнить только самые простые движения типа захвата предметов и элементарного манипулирования ими. У детей задерживается формирование двигательных навыков: они позже начинают переворачиваться, ползать, сидеть, стоять и ходить. При первой степени тяжести к 3–5 годам дети начинают ходить.

Гемипаретическая форма проявляется повышением мышечного тонуса, парезами или параличами в верхней и нижней конечностях на одной половине тела. Преимущественно поражаются верхние конечности. В зависимости от стороны поражения различают левосторонний и правосторонний гемипарез, так как очаг поражения располагается контрлатерально. У детей наблюдается типичный внешний вид, который описывается как «поза Вернике–Манна»: рука на пораженной стороне приведена к туловищу, согнута в локтевом и лучезапястном суставах, согнуты также пальцы в кисти, нога приведена к туловищу, но разогнута в суставах, стопа упирается на носок и развернута вовнутрь. С возрастом пораженные конечности уменьшаются в размерах по сравнению со здоровыми, так как в связи с нарушением иннервации конечностей ухудшается и их питание, и они растут медленнее. Все дети с гемипаретической формой овладевают двигательными навыками, начинают самостоятельно ходить, хотя и с некоторым от-

Репозиторий БрГУ

ставанием от здоровых сверстников. В легких случаях активные движения в ноге восстанавливаются почти полностью, остаются лишь нарушения функций руки. Психическое развитие при гемипаретической форме церебрального паралича нарушается незначительно.

Атонически-астатическая форма характеризуется низким мышечным тонусом и нарушением координации движений. Дети позже овладевают двигательными навыками, но научаются самостоятельно ходить. Движения у них порывистые, неловкие, нескоординированные. Походка шаткая, неуверенная, с широко расставленными ногами. Психическое развитие детей с атонически-астатической формой ДЦП зависит от локализации очага поражения. При локализации очага поражения в области мозжечка наблюдаются незначительные нарушения психического развития, а чаще они вообще отсутствуют. На первый план выдвигаются нарушения координации движений и походки. При локализации очага поражения в лобной коре наблюдаются выраженные умственные нарушения по типу интеллектуальной недостаточности. В этом случае дети медленнее восстанавливаются и в двигательной сфере.

Популяционное исследование [526] веса и роста детей с церебральным параличом, родившихся не ранее 36 недель гестации, показало, что они имеют нормальный вес и рост, если они родились не слишком маленькими для своего гестационного возраста или если у них отмечаются лишь мягкие моторные нарушения. Дети с нарушениями кормления в младенчестве имеют сниженный вес и рост на протяжении раннего возраста, в то время как дети без нарушений кормления имеют нормальные показатели роста и веса.

Обычная двигательная активность у детей с ДЦП легкой степени тяжести остается неизменной с возрастом, в то время как у детей с ДЦП тяжелой степени она значительно уменьшается, и особенно начиная с возраста 2,5 года до 3 лет, одновременно увеличивается время пребывания детей в сидячем состоянии [397].

Психическое развитие ребенка в условиях двигательной недостаточности. Дефицитарность моторной сферы обусловливает явления двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушения эмоционально-волевой сферы. Наиболее задержанным в развитии оказываются те функции, которые в своем формировании наиболее тесно связаны с двигательно-кинестетическим анализатором (В. В. Лебединский, Е. М. Мастюкова).

С первых месяцев жизни ребенка психическое развитие осуществляется в тесной связи с двигательным развитием, и если у ребенка вовремя не появляются возрастные двигательные навыки, его психическое развитие нарушается. Так, если ребенок не удерживает голову, лежа на животе, то он получает меньше впечатлений от окружающего мира, лежа только на спине, поэтому уменьшается зрительная стимуляция, поступающая в мозг. Если ребенок не начинает вовремя захватывать предметы, у него не развивается восприятие, не совершенствуются функции руки, он не овладевает манипулятивными действиями.

Если ребенок не передвигается самостоятельно с помощью ползания или ходьбы, он не осваивает пространство, у него не развиваются кожно-кинестетические ощущения, то есть ощущения от положения тела и его переме-

Репозиторий БрГУ

щения в пространстве, что является необходимым условием для развития остальных движений, для формирования образа телесного «Я». Возможности манипулирования существенно снижаются, если ребенок не сидит самостоятельно, потому что в положении лежа манипулировать предметами довольно сложно. Снижаются также возможности зрительного контроля выполнения действий с предметами.

В дальнейшем задерживается освоение предметных действий, предметной деятельности в целом, что автоматически приводит к задержке игры и изобразительной деятельности, которые генетически производны от предметной. В рамках предметной деятельности ребенок осваивает общую структуру деятельности, у него формируются процессы целеполагания, целенаправленность деятельности. Если предметная деятельность не появляется в нормативные сроки, то у ребенка задерживается развитие восприятия, страдает наглядно-действенное мышление, отстает и развитие символической функции.

С раннего возраста ребенок с двигательным расстройством развивается в специфических условиях, определяющих его отношения с окружающим миром:

- у детей с первых месяцев жизни наблюдаются различные соматовегетативеые расстройства: расстройства аппетита, стойкие нарушения сна, общее беспокойство, повышенная возбудимость и гиперсензитивность к обычным стимулам;
- психоорганический синдром как последствие резидуально-органических расстройств проявляется в виде общего снижения активности, повышенной истощаемости и утомляемости, вялости или в виде психомоторной расторможенности или аффективных нарушений;
- уменьшаются возможности самостоятельного передвижения, что снижает и возможности познания ребенком окружающего мира;
- ограничивается самостоятельное взаимодействие ребенка с социальным окружением ввиду двигательных и коммуникативных нарушений;
- раннее включение детей в процесс реабилитации выступает как дополнительный психотравмирующий фактор, так как дети много времени проводят, занимаясь физическими упражнениями и подвергаясь болезненным лечебным воздействиям.

Оценка особенностей и уровня развития детей с ДЦП или угрожаемых по ДЦП по сравнению со здоровыми детьми на первом году жизни была проведена И. И. Мамайчук [141]. Установлено, что у младенцев с церебрально-органической недостаточностью по типу ДЦП наблюдается, с одной стороны, выраженная гетерохронность в развитии психических функций, с другой стороны, их автономность. Причем, чем больше выражена автономность психических функций, тем ниже динамика психического развития ребенка. Интересным является вывод о том, что не существует прямой связи между тяжестью клинических проявлений и уровнем развития психических функций у младенцев. В первые годы жизни задержка психического и речевого развития наблюдается даже у детей при наличии относительно легких двигательных нарушений, но у части детей это состояние в дальнейшем несколько сглаживается [249].

Репозиторий БрГУ

В раннем возрасте дети с церебральным параличом всегда отстают в развитии от своих сверстников, что И. А. Смирнова обосновывает «доминированием сенсомоторного развития и влиянием двигательного дефекта на психическое развитие ребенка» [212, с. 24]. По результатам нейропсихологического обследования психического развития детей с церебральным параличом установлено, что недостаточность высших психических функций по типу психического недоразвития и ЗПР отмечена у детей в возрасте от 1 года до 3 лет в среднем в 53 % случаев [84]. Е. В. Сазонова [199] также утверждает, что уровень развития почти всех обследованных ею детей отстает от возрастной нормы по всем показателям, лишь один ребенок развивается в пределах возрастной нормы. Нарушения в развитии ВПФ с возрастом уменьшаются, и особенно это связывается с направленными медико-педагогическими воздействиями: в условиях экспериментального обучения уровень развития детей к трем годам начинает приближаться к показателям нормотипичного развития.

Комплексное изучение вариантов и динамики психофизического развития детей в возрасте от одного года до одного года двух месяцев с детским церебральным параличом проведено О. Г. Приходько [186]. Ею установлено, что у всех детей с различными формами церебрального паралича наблюдаются двигательные расстройства разной степени тяжести общей моторики, функциональных возможностей кистей и пальцев рук, артикуляционной моторики. У большинства детей отмечается также задержка психического развития, в том числе речевого развития. При этом наблюдаются разноуровневые вариативные специфические нарушения в развитии разных функций, но речедвигательные (дизартрические) расстройства и нарушения социального развития наблюдаются у всех детей. На основании критерия уровня развития познавательной и речевой деятельности дети были разделены на три группы: I группа – дети с уровнем развития познавательной и речевой деятельности, приближающимся к возрастной норме. У них отмечались только дизартрические (речедвигательные) расстройства. К этой группе были отнесены 10 детей (6 %). II группа – дети с задержкой речевого развития в сочетании с дизартрическими расстройствами. Уровень познавательного развития – в пределах возрастной нормы. В эту группу вошли 17 детей (9 %). III группа – дети с задержкой познавательного и речевого развития в сочетании с дизартрическими расстройствами. К этой группе отнесены 153 ребенка (85 %).

Таким образом, у детей с ДЦП на втором году жизни наблюдаются сложные вариативные сочетания нарушения различных функциональных систем, существенно отличающие их от возрастной нормы.

Изучение развития детей в динамике в лонгитюдном исследовании показало, что широко варьируются также темпы моторного, социального, познавательного и речевого развития детей с церебральным параличом. На втором году жизни наиболее интенсивно происходит развитие эмоционально-социальной сферы, познавательной деятельности, а также двигательной сферы. Речевое развитие детей происходит в наиболее медленном темпе. Даже у детей с тяжелой двигательной патологией развитие общей моторики чаще всего опережает раз-

Репозиторий БрГУ

витие речи. Значительный скачок в развитии речи наблюдается к концу третьего года жизни, однако только при условии проведения коррекционно-логопедической работы. Неравномерная динамика отмечается также и в области социального развития и навыков самообслуживания: достаточно выраженный уровневый рост наблюдается по показателям контактности, эмоциональной сферы, использованию средств общения, менее значительный уровневый рост характерен для развития навыков самообслуживания.

Установлены взаимосвязи уровней развития разных сфер: обнаружено наличие положительной корреляционной связи между уровнями развития артикуляционной моторики и функций рук, а также отсутствие такой связи между показателями познавательного и речевого развития, общей моторики и познавательного развития, артикуляционной моторики и речевого развития.

Далее охарактеризуем процесс развития ребенка с ДЦП в раннем возрасте в разных областях развития.

Предметная деятельность. У детей с ДЦП предметная деятельность, предшествующая игровой, формируется со значительным опозданием, так как действия с предметами формируются по мере совершенствования общей моторики. Так, нормально развивающийся ребенок начинает активно манипулировать предметами, когда уже хорошо держит голову, сидит. При выполнении действий с предметами у него развивается активное осязание, появляется возможность узнавания предметов на ощупь. У детей с ДЦП предметные действия затруднены вследствие сложной структуры двигательного дефекта. Это приводит к задержке формирования целостного представления о предмете, к недостаточному запасу знаний и представлений об окружающем мире. Для развития предметной деятельности большое значение имеет сформированность зрительно-моторной координации. Дети с ДЦП часто не могут следить глазами за движениями и действиями рук, что препятствует формированию предметной деятельности. Эти и некоторые другие особенности формирования предметной деятельности негативно сказываются на развитии игры.

Когнитивное развитие. Уже на первом году жизни наблюдается отставание в развитии у ребенка с ДЦП ориентировки в окружающем, на основе которой развиваются процессы восприятия и мышления. Зрительное сосредоточение появляется у детей с церебральным параличом с отставанием, после 4 месяцев, зрительное прослеживание также формируется позднее и характеризуется фрагментарностью, скачкообразностью и ограничением поля зрения.

У детей с ДЦП перцептивная активность затруднена в силу двигательного дефекта: нарушения мышечного аппарата глаз нарушают согласованные движения руки и глаза. У некоторых детей глазодвигательная реакция имеет рефлекторный, а не произвольный характер, что не способствует активизации моторной и психической деятельности ребенка. Поэтому дети не могут следить глазами за своими движениями, у них нарушена зрительно-моторная координация, нет единства поля зрения и поля действия, что негативно сказывается на формировании образов восприятия.

Репозиторий БрГУ

Развитие зрительного восприятия осуществляется при использовании движений глаз и движений головы для обследования предмета. При наличии нистагма, косоглазия, недостаточной по времени фиксации глаз на предмете образ предмета у ребенка оказывается нечетким, фрагментарным и искаженным. Невозможность последовательного зрительно-тактильного обследования предмета приводит к тому, что у ребенка не складываются четкие представления о контуре, форме, размере, пропорциях предмета. Образы-представления предметов в памяти также оказываются нечеткими и фрагментарными. Нарушения зрительного восприятия проявляются и в недостаточной сформированности таких свойств восприятия, как константность и осмысленность. Особенно очевидным это становится в процессе узнавания ребенком изображений и картинок. Значительно позже появляется и координация «глаз–рука», необходимая для овладения хватанием и совершения обследовательских действий. У детей с опозданием, чаще только к 3 годам, появляются и зрительно-моторные координации, что затрудняет развитие действий с предметами, предметной деятельности и навыков самообслуживания (Л. В. Кузнецова [123], И. И. Мамайчук [141]).

В раннем возрасте развивается онтогенетически первый вид мышления – наглядно-действенное, когда ребенок учится решать возникающие в его повседневной жизни наглядно представленные задачи с помощью разнообразных действий. Действия выполняются с помощью движений, которые ребенку с ДЦП недоступны полностью или частично. Наглядно-действенное мышление у детей не складывается совсем или же складывается с большим опозданием, поэтому дети начинают познание мира с помощью образов и опираясь на речь. Недостаточность практического этапа в процессе интериоризации приводит в дальнейшем к ограничениям внутреннего плана сознания (Л. В. Кузнецова [123]).

Развитие речи детей с церебральным параличом происходит с существенным отставанием, которое вызвано и поражением участков коры головного мозга, отвечающих за движения органов речи, и ограничениями практического опыта ребенка, его социальных контактов. Звуковая активность крайне низка, ребенок не использует звуки речи в качестве средства коммуникации с окружающими. У детей с ДЦП также наблюдаются нарушения восприятия, играющие важную роль в формировании речи: у ребенка с трудом формируется связь между словом, предметом и простейшим действием (М. В. Ипполитова [143]).

Развитие понимания речи у детей с церебральным параличом связано с уровнем поражения речедвигательного аппарата. Выявлены возможные траектории развития понимания речи у детей в возрасте 2–3 лет с церебральным параличом: 1) дети с анартрией и тяжелой дизартрией имеют значимую задержку в развитии понимания речи [384]; 2) дети с поражением речевой моторики характеризуются постоянной задержкой в развитии понимания речи на 6 месяцев; 3) у детей с отсутствием поражения речевой моторики уровень понимания речи приближен к возрастным показателям. По данным автора, 85 % 2-летних детей с церебральным параличом имеют задержку речевого развития относительно возрастных нормативов, хотя степень задержки развития речи различна: 44 % – неговорящие дети, 41 % – речь у детей только появляется; 15 % – говорящие дети.

Репозиторий БрГУ

Длительное исследование детей с ДЦП, проведенное Е. Ф. Архиповой [7], позволило выделить ряд особенностей развития речи в первые годы жизни. В исследовании приняли участие155 детей с церебральным параличом в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. Оказалось, что у 73 из них отсутствует лепет, у 62 детей спонтанный лепет появляется лишь к 1 году, а у 20 детей – только к 2 годам. У детей наблюдается низкая звуковая активность, их лепет по составу звуков обеднен, издаваемые детьми звуки однообразны, интонационно невыразительны, отсутствуют слоговые ряды. Спонтанному развитию артикуляционной моторики, появлению новых звуков, а также артикулированию слогов в период лепета препятствует патологическое состояние артикуляционного аппарата детей. Произнесение отдельных звуков у детей часто сопровождается общим повышением мышечного тонуса, появлением гиперкинезов.

При ДЦП у детей наблюдается недостаточный уровень сформированности лексико-грамматической стороны речи. Первые слова у обследованных детей с ДЦП в среднем появляются только к 2–3 годам, фразовая речь – к 3–3,5 годам. Сроки речевого развития у детей, как правило, задержаны. У большинства детей первые слова появляются лишь к годам, простая фраза – к 3–5 годам [143].

Социальное и эмоциональное развитие. Предикторами более низкого уровня развития коммуникации у детей с ДЦП являются гестационный возраст менее 32 недель, возраст появления первых слов после 24 месяцев и использование ребенком других коммуникативных средств, кроме речи [376].

В раннем возрасте для детей с ДЦП характерна бедность и ограниченность эмоциональных реакций, их неустойчивость; дети особенно чувствительны к различным раздражителям, они очень пугливы, у них легко возникают разнообразные страхи. Поэтому дети ограничивают себя в контактах с другими людьми, уходят в себя, не стремятся к познанию окружающего мира. Специфическими особенностями коммуникативного развития детей раннего возраста с церебральным параличом являются: снижение темпов становления основных форм общения, отсутствие полноты использования вербальных и невербальных средств коммуникации, недостаточная степень включенности предметно-манипулятивной деятельности в общение (Е. Н. Крутякова [118]).

Взаимодействие ребенка с церебральным параличом с матерью. Дети с ДЦП из-за своей двигательной недостаточности испытывают сильную зависимость от близкого взрослого, от матери, которая удовлетворяет базовые потребности ребенка. Поэтому между ребенком и матерью складываются особые отношения, описываемые как симбиоз и гиперопека.

Привязанность ребенка с детским церебральным параличом к матери формируется в условиях доминантной родительской позиции, обусловленной неизбежностью физической помощи родителя ребенку, поэтому родители вынуждены вести себя директивно, а ребенок вынужденно остается в пассивной позиции. Этим объясняется низкая родительская чувствительность по отношению к ребенку. Однако имеется вариативность качества родительско-детской коммуникации при ДЦП у детей, которая зависит от того, насколько родители переработали диагноз физической неполноценности у ребенка и насколько у ро-

Репозиторий БрГУ

дителей выражен уровень стресса [297]. Ребенок с ДЦП имеет высокий риск небезопасной привязанности, так же как и ребенок с физическим дефектом, но без неврологического нарушения (например, ребенок с аномалиями челюсти и губ). В этих случаях при высокой степени выраженности дефекта у ребенка родители склонны во взаимодействии с ребенком к перестимуляции, что свидетельствует об их низкой чувствительности по отношению к ребенку. Вероятно, низкая степень повреждений у ребенка повышает чувствительность родителей, тогда как выраженные повреждения способствует чрезмерным требованиям родителей к ребенку, следовательно их менее чувствительному поведению.

Дети с церебральным параличом с раннего возраста ограничены в своей коммуникации со взрослыми. Ограниченные паттерны коммуникации ребенка объясняются разными причинами [468], среди которых – низкая степень разборчивости речи, которая рассматривается в качестве главного предиктора низкого уровня коммуникации ребенка. Ребенок мало инициативен в обмене высказываниями, коммуникативные акты ограничиваются ответами да/нет, он хуже понимает сообщения от партнера по общению. Дети с более понятной речью сами инициируют беседы со взрослыми и используют общение для более широкого круга функций.

Матери в общении с неговорящими детьми с двигательными нарушениями инициируют большинство коммуникативных обменов, задавая много вопросов и предлагая ребенку обратить внимание на объекты или действия. Ответы детей содержали слова да/нет и в меньшей степени обеспечивали передачу информации. Когда дети вступают в общение, используя более сложные речевые средства, а не простые подтверждения и отрицания, фразы понимаются не полностью, что сопровождается просьбами со стороны матерей разъяснить сказанное. В беседе с врачом дети используют более широкий спектр коммуникативных функций, чем при разговоре со своими матерями. Полученные результаты дают основания предполагать, что взаимодействие детей с тяжелыми двигательными и речевыми нарушениями именно с близкими взрослыми становится «окаменевшим», и оно мало изменяется в детстве [468].

Матери, воспитывающие ребенка с церебральным параличом, склонны рассматривать ДЦП как заболевание, требующее лечения. Как установлено в работах Д. Г. Пирогова с соавт., для женщин, имеющих детей с ДЦП в возрасте от 1 до 3 лет, характерны надежды на обратимость болезни ребенка в связи с высокой значимостью ребенка для матери. Выраженная напряженность связана с их переживаниями о перспективах сохранения своей семьи в будущем [176]. Матери детей раннего возраста чаще используют психологические защиты по типу отрицания, вытеснения и замещения. Поэтому женщины, имеющие детей раннего возраста с церебральным параличом, демонстрируют неверие в поставленный диагноз, они не доверяют врачам, надеются, что у их ребенка произойдет качественное улучшение состояния [177].

Система реабилитации детей раннего возраста с церебральным параличом разработана и реализуется в ГУ «Брестский областной центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус»»

Репозиторий БрГУ

[25]. Она предназначена для коррекции нарушений двигательного, умственного, речевого развития, сенсорных и эмоционально-поведенческих нарушений, формирования навыков самообслуживания, социализации и интеграции детей в общество, повышения качества жизни их семей.

Междисциплинарная команда Центра включает специалистов диагностического и коррекционно-развивающего уровней и работает бригадным методом. На 1-м этапе специалистами диагностического уровня (невролог, педиатр, ортопед-травматолог, офтальмолог, психиатр (психотерапевт), физиотерапевт, иглорефлексотерапевт, врач ЛФК, психолог, логопед) проводятся диагностические и оценочные мероприятия, определяются краткосрочные и долгосрочные цели реабилитации, составляется комплекс реабилитационных мероприятий с указанием их объема, кратности и очередности исполнения, делаются прогнозные заключения. На 2-м этапе специалисты коррекционно-развивающего уровня (инструктор ЛФК, медсестра по массажу, психолог, логопед, специалисты коррекционной педагогики (воспитатель, дефектолог), эрготерапевт) выполняют реабилитационные мероприятия под наблюдением специалистов диагностического уровня. На 3-м этапе специалистами диагностического уровня проводится оценка динамики развития и эффективности реабилитационных мероприятий, коррекция индивидуальной программы реабилитации, или индивидуальной программы раннего вмешательства, определяются задания на межкурсовой период, назначается дата очередного курса реабилитации.

2.10 Нарушения в когнитивной сфере

В раннем возрасте нарушения в психическом развитии у детей может наблюдаться в первую очередь в когнитивной сфере, или в сфере умственного развития. Традиционно эта категория детей обозначается как дети с умственной отсталостью (с интеллектуальной недостаточностью), а также с задержкой развития.

Проблема умственной отсталости одной из первых начала рассматриваться в науке – как в психиатрии, так и в коррекционной педагогике и специальной психологии (дефектологии), поэтому имеет давнюю и богатую историю исследования. В научных исследованиях используется ряд понятий и терминов, которыми обозначаются феномены и закономерности психофизического развития данной категории лиц. Клинической основой состояния умственной отсталости являются заболевания/повреждения/поражения головного мозга, преимущественного его коры, обозначаемые терминами «олигофрения» и «деменция». Вплоть до середины XX века состояния умственной отсталости дифференцировались только по степени тяжести и имели широкий диапазон различий от глубоких до легких степеней.

Такой вид нарушенного развития, как задержка психического развития был выделен впервые в советской дефектологии в середине 60-х годов (К. С. Лебединская, В. И. Лубовский), и изначально он рассматривался в рамках школьной неуспеваемости. Состояния умственной отсталости и задержки психического развития начали трактоваться как основание для выделения качественно раз-

Репозиторий БрГУ

ных видов нарушенний развития. В классификации видов психического дизонтогенеза В. В. Лебединского [131] данные виды получили название «психическое недоразвитие», «поврежденное психическое развитие» и «задержанное психическое развитие», так как за основу классификации автором был взят критерий качественных характеристик процесса психического развития. Психическое развитие и поврежденное развитие обозначают разные варианты умственной отсталости по критерию «врожденное – приобретенное» соответственно.

Раннее развитие ребенка с легкими формами интеллектуальной недостаточности Е. С. Слепович характеризует емким выражением «бедность содержания психики» [145]. Основной характеристикой психики является ее простота и элементарность, что проявляется в крайне низкой познавательной активности, снижением интереса к новому и ограниченном запасе сведений об окружающем. Картина дефекта усугубляется инертностью психических процессов в отличие от пластичности психики нормально развивающегося ребенка.

Понятие «задержка психического развития» является психолого-педагогическим, и оно характеризует отставание в развитии психической деятельности ребенка (Е. С. Слепович [220]), основной причиной которого являются слабовыраженные органические повреждения мозга и педагогическая запущенность. В руссязычной специальной психологии задержка психического развития рассматривается как нарушение темпа всего психического развития при наличии значительного потенциала. «Задержка психического развития – временное нарушение развития, которое корригируется тем раньше, чем благоприятнее условия развития ребенка» [219, с. 83].

В западной психопатологии и психологии также используется ряд понятий и терминов, не в полной мере соответствующих русскоязычной традиции изучения умственной отсталости (интеллектуальной недостаточности) и принятой терминологии. Наиболее часто используется термин «mental retardation» (англ.), который переводится по-разному: психическая (умственная) задержка, умственная отсталость, задержка психического (умственного) развития [48]. В американской традиции, как полагают указанные авторы, понятия умственной отсталости и задержки психического развития находятся в соотношении части и целого: умственная отсталость является результатом задержки психического развития. При изложении результатов ряда исследований эти русскоязычные термины используются как взаимозаменяемые. В то же время, используется термин «developmental delay» (англ.), который буквально переводится как «задержка развития (в развитии)». Сходная картина обнаруживается и в немецкоязычных работах, где используются как взаимозаменяемые термины: geistige Behinderung (умственное нарушение), Intelligenzminderung (интеллектуальное снижение), Verzögerung и Verspätung (запаздывание, задержка). Авторы этих работ не берут на себя труд каким-то образом различать данные понятия, в отличие от отечественных авторов, где эти различия рассматриваются как принципиальные. При этом и в англоязычных, и в немецкоязычных работах используется термин «трудности в обучении» (англ. learning difficulties, нем.

Репозиторий БрГУ

Lernschwierigkeiten), которым обозначают лишь проблемы, возникшие у детей в процессе школьного обучения при освоении образовательных программ.

Понятие умственной отсталости в западной традиции ее изучения первоначально связывалось с показателями коэффициента IQ, значения которого у индивида ниже 90 соотносилось с наличием у него умственной отсталости. Результаты лонгитюдных исследований относительно стабильности значений IQ однозначны: в первые годы жизни стабильность значений еще низкая, они могут повышаться или понижаться, но к школьному возрасту общий коэффициент интеллекта остается достаточно стабильным, что означает сохранение достигнутого уровня развития интеллекта [484]; и снижение интеллекта уже не рассматривается как временное явление [390].

При рассмотрении анализируемой нами категории *детей раннего возраста* возникает проблема их разделения на группы по критериям «умственная отсталость – задержка психического развития», являющаяся вторичной по отношению к первичной проблеме выявления умственной отсталости у самых маленьких детей. Существенным проявлением задержки психического развития является низкий уровень активности во всех сферах психической деятельности, во всех ее видах. Низкий уровень активности ребенка описывается В. И. Лубовским как «полупроницаемый барьер по отношению к воздействиям окружающего мира» [219, с. 87], который является причиной того, что у детей с ЗПР отчетливо проявляется такая закономерность нарушенного развития, как снижение скорости и уменьшение объема приема и переработки информации, по сравнению с нормой. Характерной особенностью задержки психического развития является парциальность недоразвития высших психических функций (В. В. Лебединский, Е. С. Слепович).

Рассматривая динамику психического развития ребенка с ЗПР в онтогенезе, В. И. Лубовский отмечает важную закономерность: чем более ранний возраст рассматривается, тем менее сформированы психические процессы и менее дифференцирована психическая деятельность, в результате чего обнаруживается много одинаковых проявлений отставания в развитии сходных по причинам возникновения видов нарушений, как задержка психического развития, легкая степень умственной отсталости, общее недоразвитие речи, глубокая педагогическая запущенность. Различия между этими видами нарушений В. И. Лубовский видит в степени тяжести и распространенности поражений головного мозга. Важной закономерностью развития детей в дошкольном периоде развития является гетерогенность и гетерохронность развития, что еще более затрудняет квалификацию уровня развития ребенка. Общая характеристика дошкольников с умственной отсталостью и задержкой психического развития содержит черты, свойственные обоим видам нарушенного развития, и даже в дошкольном возрасте (тем более в раннем возрасте. – *И. В.*), полагает автор, достаточно сложно разграничить умственную отсталость и задержку психического развития, и рекомендует воздерживаться от квалификации задержки психического развития у детей в возрасте младше 4 лет.

Репозиторий БрГУ

Оценивая отставания в развитии детей в возрасте младше 5 лет, немецкий психолог Ф. Фойгт [549] использует термин «глобальное нарушение развития» (globale Entwicklungsstörung) в тех случаях, когда наблюдается существенное отставание более чем на два стандартных отклонения, в двух или более областях развития. Однако надежная, достоверная и прогностичная диагностика умственного развития допустима лишь начиная от 4 или 5 лет, когда возможна оценка уровня, или возраста, когнитивного развития. Поэтому рекомендуется избегать понятия «умственное нарушение» (Intelligenzstörung) или «интеллектуальное снижение» (Intelligenzminderung) применительно к детям младше 4 лет [470]. Говорить об интеллектуальном нарушении у детей младшего возраста возможно лишь при наличии у них тяжелого нарушения развития, когда отставание в развитии составляет по крайней мере половину возраста умственного развития, например при специфических генетических синдромах с известным прогностическим течением.

В литературе имеются свидетельства того, что задержка развития в когнитивной сфере не является константной [429]. Так, изучение динамики развития когнитивных и моторных функций у детей в период между 9 и 24 месяцами показало, что 24 % детей имели задержку когнитивных функций, а 27 % – задержку моторики в 9 месяцев или в 24 месяца. Задержка моторного и когнитивного развития квалифицировалась как легкая и умеренная/тяжелая. 77 % детей с легкой и 70 % детей с умеренной/тяжелой когнитивной или моторной задержкой развития в 9 месяцев уже не имели задержки развития в этих областях, когда им исполнилось 24 месяца. У детей с легкой когнитивной задержкой в 9 месяцев вероятность ухудшения когнитивной функции в возрасте 24 месяца была в 2,4 раза выше по сравнению с детьми, не имеющими когнитивной задержки в 9 месяцев. Данные выводы были сделаны на материале лонгитюдного исследования около 9000 детей, которые не получали услуг раннего вмешательства. Таким образом, во многих случаях задержки развития преодолеваются спонтанно, без специального вмешательства.

Психическое развитие ребенка с нарушениями интеллектуальной сферы в раннем детстве. Нарушения в развитии ребенка с умственной отсталостью наблюдаются в раннем возрасте и проявляются отставанием в становлении всех психофизических показателей. С самых первых месяцев жизни ребенка проявляется действие общих и специфических законов отклонений в развитии. Недоразвитие в форме отставания в развитии ребенка наблюдается уже в первые месяцы жизни, причем оно распространяется на все области. В первую очередь обращает на себя внимание сниженная активность и реактивность ребенка (В. Г. Петрова).

На первом году жизни наблюдается вялость, выраженное недоразвитие двигательных функций, часто отмечается нарушение сна и бодрствования. С отставанием формируются связи «глаз – рука», «глаз – ухо», что тормозит развитие хватания и действий с предметами; дети значительно позднее нормально развивающихся сверстников начинают тянуться к игрушке и захватывать ее. Недоразвитие эмоциональной сферы проявляется в позднем формировании комплекса оживления, с опозданием наблюдаются эмоциональные реакции на раз-

Репозиторий БрГУ

личные внешние стимулы (на звуки, знакомые предметы, голос и вид матери и других взрослых). Дети отличаются снижением интереса к окружающему миру, у них не наблюдается удивление при появлении нового интересного предмета, они не стремятся наблюдать за предметами, прослеживать их передвижение в пространстве. Выраженная задержка отмечается также и в развитии речи, дети не только поздно начинают понимать обращенную речь, но также и поздно начинают говорить сами. С большим опозданием появляется реакция на слово, то есть ребенок не может связать название предмета и сам предмет; в возрасте одного года дети не реагируют на интонацию в речи взрослого, не улавливают содержание речи. В возрасте одного года звуковые комплексы, произносимые детьми, бедны и слабо окрашены эмоционально. У детей не выражено стремление подражать речи взрослого, и первые слова появляются у них в самых благоприятных случаях только на третьем году жизни.

Развитие моторики происходит также с большим отставанием. У детей поздно формируются все основные движения: от удержания головы, ползания, сидения до самостоятельной ходьбы. Дети с нарушениями интеллекта овладевают прямохождением в разное время: у небольшой части детей оно развивается по срокам в пределах нормы, у остальных детей наблюдается существенное отставание, которое компенсируется, как правило, в пределах раннего возраста (А. А. Катаева; Е. А. Стребелева [101]). Вместе с тем у детей длительно сохраняется неуверенность, шаткость походки, неустойчивость, походка плохо координирована, отмечаются лишние движения. Дети могут так и не освоить или осваивают с большим трудом усложненные виды ходьбы, например ходьбу с препятствиями, ходьбу по лестнице, ходьбу спиной вперед и т. п. Дети испытывают серьёзные трудности и при попытке прыгать и бегать.

Хватание и действия с предметами также появляются с большим опозданием. Отмечается недоразвитие ручной моторики у детей: движения рук не согласованы, плохо скоординированы между собой, мелкие и точные движения кистей и пальцев рук не развиты. Они захватывают мелкие предметы всей ладонью, не могут выделить отдельно каждый палец.

Трудности формирования движений у детей раннего возраста с умственной отсталостью изучались в работе М. В. Лощиловой и А. М. Полякова [220, с. 67–68]. Оказалось, что дети испытывают особые трудности при необходимости выполнить движение в соответствии с предлагаемыми образцами (эталонами). Дети затрудняются в решении двигательных задач, требующих ориентации на несколько признаков, то есть у них не формируется «Методика движения» (по терминологии Н. А. Бернштейна). Запаздывание в формировании практически всех моторных навыков, неточность выполняемых движений, их слабая дифференцированность объясняется неспособностью детей выстраивать сложные двигательные программы.

Предметная деятельность. У многих детей с овладением ходьбой появляется «полевое поведение», которое можно принять за интерес к окружающему предметному миру. Дети хватают в руки все, что попадает в их поле зрения, но тотчас же оставляют эти предметы, не проявляя интереса ни к их свойствам, ни к

Репозиторий БрГУ

назначению, зачастую бросают и те предметы, которые взрослый вкладывает им в руки. В некоторых случаях у детей третьего года жизни появляются манипуляции с предметами, иногда напоминающие специфическое их использование, но ребенок, производя эти действия, не учитывает свойства и назначения предметов. Действия детей с предметами представляют собой манипуляции, которые сходны с манипулятивными действиями нормотипичных детей более младшего возраста, но эти действия перемежаются неадекватными действиями, которые совсем не характерны для НТ детей (Е. А. Стребелева).

Формирование предметных действий у детей раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы изучалось в работе М. В. Братковой [32], которая обнаружила у большинства детей третьего года жизни незавершенность этапа манипулятивных и первых предметных действий, отсутствие интереса к сотрудничеству со взрослым. Кроме того, эти манипуляции перемежаются неадекватными действиями, противоречащими логике употребления предмета: ребенок надевает на стержень пирамидки вначале колпачок, а затем пытается нанизывать колечки; стучит куклой по столу; в маленький гараж пытается засунуть большую машинку. Наличие неадекватных действий рассматривается Е. А. Стребелевой как характерная черта ребенка с интеллектуальными нарушениями и свидетельство отсутствия познавательно-ориентировочной деятельности: у детей нет не только ориентировки типа «Что с этим можно делать?», но и более простой ориентировки типа «Что это?».

Таким образом, для деятельности ребенка раннего возраста с умственной отсталостью характерно отсутствие целенаправленной деятельности, вербальное (словесное) обозначение цели при отсутствии ее достижения, равнодушие к результату своего труда, неадекватные действия. У детей без специального обучения не формируются и другие виды детской деятельности – предпосылки игры и продуктивных видов, появляющиеся у нормально развивающихся детей к концу третьего года жизни. У детей задерживается формирование навыков самообслуживания: ребенок не овладевает умениями самостоятельно умываться, принимать пищу, одеваться.

Развитие общения и речи. Отставание в развитии общения и речи детей наблюдается уже с младенчества: у них своевременно не появляется гуление и лепет. Потребность в общении у детей существует, сформирован устойчивый интерес к общению с близкими взрослыми, но не развит фонематический слух и артикуляционный аппарат, которые являются предпосылками речевого развития. Своевременно не появляется и указательный жест: многие дети не могут указать на знакомые предметы, то есть, недоразвитие коммуникативной функции речи не компенсируется другими средствами общения (мимикой, жестами). У таких детей лицо амимичное, они плохо понимают значение жестов.

У детей раннего возраста с нарушениями в интеллектуальной сфере отсутствуют необходимые для формирования речи предпосылки: действия с предметами, эмоциональное общение со взрослым, готовность артикуляционного аппарата и фонематического слуха (Е. А. Стребелева). Содержание ситуаций общения выступает для детей по-другому: у них меньше собственных и совмест-

Репозиторий БрГУ

ных со взрослыми действий, слабо сформировано подражание, речь взрослого «повисает» в воздухе и не соединяется с практическим опытом: дети не обращают внимания на многие предметы, не запоминают их названий.

Пассивная речь у детей развивается несколько лучше: она может оказывать влияние на деятельность и поведение ребенка в пределах хорошо знакомых ему бытовых ситуаций. Но в целом дети весьма ограниченно понимают обращенную к ним речь. У большинства детей с нарушениями интеллекта первые слова в активной речи появляются после двух лет. У некоторых детей появляются отдельные искаженные слова. Фраза до трех лет, как правило, не появляется.

Оценка развития речи и коммуникативных навыков проводилась у детей раннего возраста (возраст 24 месяца) с нарушениями в когнитивной сфере [568]. Оценивалась их спонтанная коммуникативная продукция в игровой сессии во взаимодействии с матерями. Размер словарного запаса оценивался с помощью родительских отчетов. 75 % мальчиков и 43 % девочек оказались в группе риска по речевым нарушениям, их словарный запас был менее 50 слов, они демонстрировали низкий уровень лексических и синтаксических умений в спонтанной коммуникативной продукции. Однако, продукция коммуникативных жестов у них была на более высоком уровне по сравнению с НТ детьми, что может рассматриваться как компенсаторный процесс: не владея речью, дети компенсируют речевую недостаточность жестами, используя их для коммуникации.

Когнитивное развитие. Восприятие простых объектов предметного мира ребенком с умственной отсталостью существенно не отличается то того, что происходит в норме, сложные же виды восприятия (восприятие пространства и времени) у ребенка замедлены, уплощены (Е. С. Слепович). Наглядно-действенное мышление детей с интеллектуальными нарушениями в раннем возрасте характеризуется отставанием в темпе развития: дети самостоятельно не обобщают свой опыт повседневного действия с предметами-орудиями, имеющими фиксированное назначение. В тех случаях, когда дети с помощью взрослого применяют вспомогательные средства, они недостаточно обобщают свой собственный опыт действий и не могут использовать его при решении новых задач, то есть у них отсутствует перенос способа действия (Е. А. Стребелева).

Социальное развитие. В младенческом возрасте дети не фиксируют взгляд на лице взрослого, у них затруднен контакт со взрослым «глаза в глаза», они не проявляют желания к сотрудничеству с близкими взрослыми, не стремятся к взаимодействию с другими людьми. У этих детей к трем годам не формируются представления о себе и о своем «я». Многие из них не могут назвать свое имя по просьбе взрослого, показать свои части тела и лица, не знают их назначение.

Взаимосвязь между двигательным, познавательным и языковым развитием у детей с интеллектуальными нарушениями и задержкой развития определялась с помощью шкал Бейли, позволяющих оценить развитие детей в области тонкой моторики, общей моторики, когнитивного развития, развития рецептивной речи и экспрессивной речи [378]. Средний возраст развития детей – 1 год 8 месяцев, средний хронологический возраст – 4 года 9 месяцев. Результаты показали, что у детей с нарушениями в интеллектуальной сфере между дви-

Репозиторий БрГУ

гательной, когнитивной и речевой областями обнаружены сильные значимые корреляции. Корреляции между шкалами у НТ детей были более слабыми. Кроме того, коэффициенты корреляции показали тенденцию к увеличению с возрастанием степени интеллектуальной недостаточности. Таким образом, когнитивное и речевое развитие у детей с интеллектуальными нарушениями в большей степени связаны с развитием общей и тонкой моторики по сравнению с нормально развивающимися детьми.

Развитие отношений привязанности у детей с интеллектуальной недостаточностью. Процентная доля детей с нарушениями развития, демонстрирующих надежную привязанность, выявленная в разных исследованиях (авторы исследований указаны ниже), меньше по сравнению с данными исследований привязанности у НТ детей, соответственно выше процент детей с небезопасной привязанностью, и особенно с дезорганизованной привязанностью. Так, Н. Л. Плешкова утверждает, что при наличии у ребенка существенной задержки развития вследствие органического процесса может наблюдаться один из видов дезорганизованной привязанности, так как обычно поражение нервной системы сочетается с другими неблагоприятными условиями развития [180]. По данным коллектива зарубежных авторов [385], в разных клинических группах, включающих расстройства аутистического спектра, церебральный паралич, синдром Дауна, 35 % детей демонстрируют дезорганизованную привязанность. Большинство родителей, которые получают диагноз серьезного нарушения развития ребенка, испытывает сильные эмоциональные реакции, включая шок, грусть, отчаяние. Это болезненный процесс, который имеет много общего с горем и трауром, этот опыт представляет собой метафорическую потерю ожидаемого ребенка мечты. Поэтому такой сильный эмоциональный опыт может привести к тому, что матери окажутся недоступными для ребенка и проявлять по отношению к нему поведение, приводящее к дезорганизованной привязанности.

Существует соблазн интерпретировать эти данные через влияние нарушения ребенка на его поведение привязанности. Однако проведенный метаанализ исследований [385] по данной проблематике, в которых сравнивалось относительное влияние проблем матери и ребенка на качество привязанности в различных клинических группах, убедительно доказал, что при нарушениях развития у детей материнские проблемы имеют более сильное влияние на качество привязанности, чем детские проблемы и трудности поведения ребенка. Поэтому подчеркивается особенная роль матерей, которая заключается в том, чтобы приспособить свое поведение к нуждам ребенка, к его особенностям и трудностям.

Исследования привязанности у детей с интеллектуальной недостаточностью [342] показали, что 40 % детей демонстрируют надежную привязанность, а 32,5 % – дезорганизованную привязанность. Тип привязанности значимо коррелирует с чувствительностью и материнской структурированностью, но не со степенью когнитивных нарушений у ребенка. Чувствительность определяется как способность матери читать различные сигналы ребенка, правильно интерпретировать их и реагировать на них точно и быстро, а понятие структурированности используется для описания способности матери создавать надлежащую

Репозиторий БрГУ

структуру среды для игры ребенка, следуя примеру ребенка, обеспечивая необходимую настройку и скаффолдинг, а также соответствующие ограничения для неправильного поведения ребенка.

Однако в случае детей с интеллектуальными нарушениями считывание сигналов и точное реагирование могут быть сложным для матери. Тем не менее, результаты данного исследования показывают, что средние оценки чувствительности матерей в исследуемой выборке аналогичны оценкам в других исследованиях НТ детей. Несмотря на проблемы, обусловленные нарушением ребенка, принимая во внимание стресс и иногда травмирующий опыт, повседневные ограничения и проблемы, матери могут демонстрировать нормативный диапазон показателей чувствительности и эмоциональной доступности, что является особенно ценным. Так как материнская чувствительность и структурированность не связаны с интеллектуальным нарушением у ребенка, это в очередной раз подтверждает базовое положение теории привязанности о том, что именно материнское поведение играет более важную роль по сравнению с поведением ребенка и определяет качественные отношения привязанности между матерью и ребенком. Поэтому материнская роль состоит в том, чтобы тонко настроить свое поведение к особенностям ребенка, несмотря на трудности его поведения, хотя поведение ребенка с низким уровнем умственного развития вызывает у матери более директивную позицию [489].

С показателями социально-эмоционального развития ребенка на всем протяжении детства связан латентный материнский фактор позитивности, включающий самооценку удовлетворенностью жизнью, удовлетворенностью семьей, позитивное эмоциональное самочувствие и позитивное восприятие своего ребенка с интеллектуальными нарушениями [391], а самую сильную факторную нагрузку имеет показатель родительской самоэффективности. Материнская позитивность значимо отрицательно связана с психологическим дистрессом у матерей и проблемами поведения детей и положительно связана с позитивным социальным поведением ребенка.

Роль матери ребенка раннего возраста с нарушениями в интеллектуальной сфере состоит в том, чтобы обеспечивать благоприятные условия для развития ребенка с учетом его основных проблем и дефицитов. Результаты исследования А. Стерлиг с соавт. [522] доказывают, что матери детей с нарушениями в когнитивной сфере способны адаптировать свой родительский стиль воспитания применительно к особенностям детей, в том числе посредством использования методов фасилитации в использовании детьми речи, таких как перекодирование и комментарии.

Мать или лицо, ее заменяющее, обладает специфическими высоко эффективными возможностями развития ребенка на ранних этапах онтогенеза и имеет преимущество перед посторонним взрослым (Н. Н. Школьникова [250]). Преобладающей тактикой постороннего взрослого во взаимодействии с ребенком с интеллектуальными нарушениями является психологическое доминирование, то есть взрослый берет на себя роль постоянного инициатора действия, собственная же инициатива ребенка не учитывается или даже подавляется. Матери чаще ис-

Репозиторий БрГУ

пользуют тактику, учитывающую собственную инициативу ребенка. В процессе взаимодействия матери и ребенка происходит эмоционально-деятельностная синхронизация партнеров, образуется единый субъект деятельности и переживания. Участие матери в коррекционном процессе с ребенком является мощным фактором психотерапевтического воздействия, то есть оптимизация диадного взаимодействия положительно влияет на состояние и ребенка, и матери.

2.11 Нарушения речевого развития

Нарушения формирования речи у детей раннего возраста являются одной из актуальных проблем в практике педиатрии, детской неврологии и коррекционной педагогики. По количеству обращений нарушения речи предлагается назвать эпидемией XXI века [19].

Ранний возраст является сензитивным периодом для развития речи, что объясняет высокую уязвимость речевой сферы и легкость возникновения нарушений в формировании речи в данный период.

Развитие речи в раннем возрасте происходит в условиях диадического взаимодействия ребенка с близким взрослым [139]. В процессе взаимодействия с ребенком, важным компонентом которого является имитация, мать как носитель языка передает ребенку «информацию о структуре языка и правилах построения слова, четко соизмеряя возможности ребенка к усвоению передаваемой информации с тем «заданием», которое она ему предлагает. …На третьем году жизни ребенка его звуковое выражение приобретает новое качество – речевого сообщения, которое обусловлено началом формирования системы признаков, обеспечивающих распознавание взрослым значения сообщения вне контекста ситуации» [139, с. 308].

Нарушения речевого развития у детей имеют многофакторную обусловленность, что обусловлено сложностью самой речевой деятельности человека. Нарушения, или расстройства, речи и речевого развития – это результат сложного взаимодействия большого числа патогенных факторов и механизмов. К ним относятся биологические факторы – поражение (недоразвитие или повреждение) мозговых структур, отвечающих за речевые функции; органические нарушения структур речевого аппарата; социально-психологические факторы – психическая депривация детей, педагогическая запущенность, недостаточность эмоционального и речевого общения со взрослыми, недостаточное речевое окружение, обедненная сенсорными и речевыми стимулами социальная среда, раннее знакомство детей с гаджетами и др.

«Нарушение речи» – это собирательный термин, который используется для обозначения отклонений от нормального речевого развития, от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, которые обусловлены расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности [137]. Синонимами термина «нарушение речи» являются такие термины как «расстройства речи», «речевые нарушения», «речевая патология», «нарушение речевого развития» и др.

Репозиторий БрГУ

Анализируя употребляемую терминологию и различные варианты ее перевода с английского языка, нельзя не обратить внимание на отсутствие жестких различий в использовании терминов «речь» и «язык» в работах англоязычных авторов (см. например [301; 372; 486]). Speech (англ.) – речь, language (англ.) – язык, поэтому говоря о развитии речи у детей, логичнее было бы использовать термин speech development, а говоря о нарушениях речевого развития – speech development disorder. Однако в англоязычных работах в качестве синонимов используются термины speech development и language development, причем авторы не ставят задачу разделить эти понятия. В некоторых работах можно обнаружить, что термин language development используется преимущественно для характеристики развития понимания речи, а термин speech development – для характеристики развития активной, или экспрессивной речи. В словарях, в том числе в психологическом словаре, дается двойной перевод language – язык, речь, а слово speech чаще переводится как речевая деятельность.

Сходное использование терминологии наблюдается и в немецкоязычных источниках (см., например, [350; 450]). Наиболее часто используется термин – Sprachentwicklungsstörungen (в буквальном переводе ‘нарушения развития языка’), при этом также встречаются и термины Sprachstörungen (‘нарушения языка’) и Sprechstörungen (‘нарушения речи’), а также Sprachförderung (‘содействие, стимулирование развития языка’). С позиций русскоязычной психологии использование термина «развитие языка» не может быть применено к характеристике развития речи у детей, ибо оно имеет отношение к социокультурным процессам преобразований языка как системы знаков. Поэтому, говоря о присвоении языка ребенком и овладении им языком во всех аспектах, необходимо использовать в русском языке и в переводах на русский язык термины «развитие речи, или «речевое развитие».

В современной международной классификации МКБ-10 нарушения речи рассматриваются в рубрике «Нарушения психологического развития». В категорию F80 «Специфические расстройства развития речи и языка» внесены следующие расстройства: F80.1 – расстройство экспрессивной речи; F80.2 – расстройство рецептивной речи; F80.3 – приобретенная афазия с эпилепсией; F80.8 – другие расстройства развития речи [152, с. 251]. В диагностическое и статистическое руководство DSM 5-го пересмотра в раздел «Нарушения нейроразвития» (Neurodevelopmental Disorder) включено расстройство речи (Language Disorder). К диагностическим критериям относят: A. Стойкие трудности в приобретении и использовании речи из-за недостатков в понимании или производстве речи. B. Речевые способности существенно и количественно ниже ожидаемых по возрасту, что приводит к функциональным ограничениям. C. Начало симптомов относится к раннему периоду развития. D. Трудности не относятся к другим медицинским или неврологическим причинам. E. Не являются умственными недостатками или глобальным отставанием в развитии.

В данной главе будут рассматриваться *первичные нарушения речи*, когда нарушение речи является самостоятельным и не относится к вторичным нарушениям в структуре дефекта, не вытекает из других видов отклоняющегося разви-

Репозиторий БрГУ

тия. Первичные нарушения речи возникают уже в раннем возрасте, что объяснимо большим числом факторов, вызывающих эти нарушения. К речевой патологии могут привести различные неблагоприятные воздействия как во внутриутробный период развития, так и во время родов (родовая травма, асфиксия и др.), а также в первые месяцы и годы жизни ребенка (инфекции, интоксикации, травмы). Кроме того, негативное воздействие на развитие речи оказывают неблагоприятные социальные условия, в частности изоляция ребенка от стимулирующей среды социального окружения, так называемые эмоциональная и вербальная депривация, при которой с самого рождения ребенка имеет место недостаточное удовлетворение его аффективных потребностей [187].

Нарушения речи в раннем возрасте исследованы значительно меньше по сравнению с нарушениями в других возрастах. В российской специальной психологии и коррекционной педагогике (логопедии) имеются отдельные работы, посвященные речевым нарушениям в раннем возрасте (Е. Ф. Архипова, Н. С. Жукова, О. Г. Приходько, Е. М. Мастюкова, Н. Н. Матвеева, Е. В. Шереметьева). Н. Н. Матвеева [146] утверждает, что среди различных форм аномалий развития психики в раннем онтогенезе в настоящее время наиболее распространенными являются речевые нарушения, которые определяются многими факторами, однако нарушения речи в ранний период онтогенеза в значительной степени носят психологический характер.

Вторичные нарушения речи у детей раннего возраста также являются предметом исследования в специальной психологии и коррекционной педагогике: при нарушениях слуха и разных формах психического дизонтогенеза – Н. Д. Шматко; при двигательных нарушениях – Е. Ф. Архипова, И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько; при расстройствах в спектре аутизма – О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг; при умственной отсталости – Е. А. Стребелева.

При оценке развития детской речи исследователи ориентируются на общепринятые нормативы речевого развития: появление первых слов – к 1 году, постепенное накопление словаря – к 18 месяцам, «лексический взрыв» – в конце второго года жизни, первая фраза – к 2 годам, постепенное развертывание фразовой речи – после 2 лет. Особенно важным является указание на нижнюю границу возрастной нормы для ребенка 2 лет: объем активного словаря – около 50 слов при хорошем понимании обращенной речи [74].

Речевая патология детей раннего возраста проявляется в основном в виде отсутствия или задержки формирования вербальных средств общения [187]. Об отставании в речевом развитии специалисты говорят уже в начале второго года жизни ребенка, если ребенок не перешел от доречевого этапа развития к речевому, то есть не стал осознанно произносить отдельные слова и звуковые комплексы, соотнося название с предметом или действием.

В российской коррекционной педагогике (логопедии) речевые расстройства в раннем возрасте обозначаются как «задержка речевого развития» (Н. С. Жукова [86], Е. М. Мастюкова [144]). К нарушениям речевого развития может привести любое неблагоприятное воздействие на ребенка в сензитивный период его развития [144]. Часть детей из этой группы обозначаются как «группа

Репозиторий БрГУ

риска по общему недоразвитию речи» [67]. Основными диагностическими показателями речевых расстройств являются выраженная недостаточность экспрессивного словаря ребенка и позднее появление фразы.

Дети раннего возраста, состояние речи которых квалифицируется как задержка речевого развития, представляют собой неоднородную группу [248]. У части детей задержка речевого развития успешно компенсируется без постороннего вмешательства, и поэтому она может рассматриваться как временное, обратимое состояние. У других детей сходные отклонения в процессе речевого развития проявляются в речевых и когнитивных процессах мозаично, что приводит к расстройствам речи в дошкольном возрасте.

Выявление задержки речевого развития у детей раннего возраста наталкивается на существенные трудности [244].

Задержка речевого развития детей в возрасте 2 года далеко не всегда выявляется педиатрами при регулярном врачебном осмотре [496]. В зарубежных исследованиях для выявления задержки речевого развития используются специальные речевые тесты, а также родительские отчеты. Возможности родительских отчетов заслуживают особого внимания, так как по точности оценок развития экспрессивной речи и идентификации задержки речевого развития детей двухлетнего возраста они сравнимы с результатами языковых тестов для маленьких детей, то есть они выявляют детей с задержками речевого развития одинаково хорошо. Отчеты матерей о развитии речи и задержке речевого развития не различаются в зависимости от уровня образования матерей [497]. Таким образом, валидность и эффективность родительских отчетов сравнимы с прямыми измерениями уровня развития речи у детей.

В зарубежных исследованиях дети с задержкой речевого развития получили специальное название. Эти дети образно называются «поздноговорящими», (Late Talkers – LT), тем самым подчеркивая главную их особенность – запаздывание в развитии активной, или экспрессивной, речи. Термин «поздноговорящие дети» относится к маленьким детям в возрасте 18–35 месяцев, у которых медленно развивается разговорная речь при отсутствии какой-либо известной первичной причины [372; 485]. Хотя эти дети имеют ограниченный экспрессивный и/или понимаемый (пассивный) лексический запас, у них отсутствуют когнитивные, неврологические, социально-эмоциональные или сенсорные дефициты. При описании LT-детей используется и другая разнообразная терминология: «задержка речевого развития», «ранняя экспрессивная речевая задержка», «ранняя речевая задержка», «специфическое нарушение экспрессивной речи», «медленное развитие экспрессивной речи», «позднее появление речи».

Однако подчеркивается необходимость определения речевых трудностей, возникающих у поздноговорящих детей раннего возраста, на основе клинических данных, которые выходят за рамки принятого критерия задержки развития экспрессивного словаря [329]. В частности, акцентируется связь между задержкой развития экспрессивного словаря и социально-эмоциональным развитием ребенка, наличием стимуляции речевого развития и характеристиками социальной и семейной среды. Это подтверждается данными о том, что LT-дети не

Репозиторий БрГУ

представляют собой гомогенную группу [348]. Приобретение ребенком первых слов является результатом психологического процесса, в который вовлечены значимые для ребенка взрослые.

Распространенность детей с поздним появлением экспрессивной речи варьируется от 13 до 20 % в разных исследованиях за 2003–2010 годы. В последующих работах 2016 года [403] указывается меньшая распространенность LT: 12,6 % детей в возрасте 24–30 месяцев, 9,6 % для детей в возрасте 2 лет, 8,8 % для детей в возрасте 3 лет. Различия в показателях распространенности, вероятно, связаны с тем, что используются разные тестовые инструменты для оценки уровня речевого развития у детей.

Основным критерием определения LT является задержка экспрессивной речи: ребёнок считается поздноговорящим, если на основании родительских отчетов среднее количество слов, включенных в его экспрессивный словарь, эквивалентно десятому процентилю или ниже [283;333].

Дети со специфической задержкой экспрессивной речи, чей экспрессивный словарь составляет менее 50 слов в возрасте от 24 до 30 месяцев, подвергаются значительным рискам пролонгирования речевых проблем. Две трети трехлетних детей с нарушениями речевого развития могут быть идентифицированы уже в возрасте 24 месяцев [486], и только 30–50 % поздноговорящих детей спонтанно преодолевают отставание в речевом развитии к трем годам [301]. В работе А. Бушман [301] обследование развития речи у детей в возрасте 2 лет включало оценку понимания речи, экспрессивной речи, невербальных когнитивных способностей; повторная оценка проводилась в 3 года. Оказалось, что 55 % LT-детей догнали своих сверстников и показали нормальные речевые способности, а 45 % детей демонстрировали речевые дефициты. Из них 22,4 % детей соответствовали критериям специфического расстройства речи по МКБ-10, у 22,4 % речевые способности были ниже среднего уровня. Предикторами речевого развития поздноговорящего ребенка к трем годам являются понимание им в возрасте 2 года речи на уровне, соответствующем возрасту, средний и высокий уровень школьного образования родителей, участие матери в тренинговых программах. Затормаживает речевое развитие ребенка дефицит понимания речи.

К поздноговорящим детям в немецкоязычной популяции относят детей в возрасте 2 лет, которые используют менее 50 слов и не строят двухсловные предложения [350; 496]. Сходные результаты получены на англо-американской [485; 486] и немецко-швейцарской языковой популяции [350; 496], итальянской языковой популяции [283].

Основная проблема в исследованиях поздноговорящих детей – прогнозирование дальнейшего развития речи, и особенно в период от двух до трех лет. В многочисленных исследованиях обозначен широкий круг предикторов, которые используются для прогнозирования речевого развития поздноговорящих детей: понимание слов и предложений, размер словарного запаса и запаса глагольного словаря, набор согласных звуков в экспрессивной речи, использование жестов, символические способности, невербальное когнитивное развитие, родительская

Репозиторий БрГУ

тревога, генетическая предрасположенность, мужской пол ребенка, социоэкономический статус семьи, в том числе образование матери [486] .

В исследовании Х. Гайсманн с соавт. [350] проведена оценка развития речи детей в раннем возрасте. Авторы приводят данные о том, что в возрасте двух лет нормотипичные дети в среднем используют в речи 168 слов, LT-дети – 20 слов. В семьях LT-детей по сравнению с семьями HT детей значимо чаще встречались нарушения устной и письменной речи, то есть, имелась семейная история по речевым нарушениям у LT-детей. Первые слова появились у HT детей в возрасте (1;1); у LT-детей – в возрасте (1;6). В развитии речи LT-дети отставали в среднем на 9–12 месяцев. Различия между HT и LT-детьми наблюдались в четырех сферах речи: звукопроизношение, словарный запас, грамматика, понимание речи. Различия между группами детей отсутствовали в коммуникативном развитии и в развитии символической игры.

В возрасте 3 лет все LT-дети были разделены на три группы в зависимости от уровня речевого развития: 1 – «поздно цветущие», или преодолевающие отставание – $^{2}/_{5}$, или 40 % выборки; 2 – видимые особенности речевого развития – $^{1}/_{5}$, или 20 % выборки; 3 – нарушение овладения речью – $^{2}/_{5}$, или 40 % выборки. Во второй и третьей группах фонетико-фонологические особенности речи наблюдались у $^{3}/_{4}$ детей, в первой группе – у $^{1}/_{4}$ детей. Комбинация трех факторов речевого развития в 2 года является сильным предиктором сохранения нарушений развития речи к 3 годам: понимание менее 5 слов; социоэкономический статус (включает уровень образования матери); продуцирование менее 11 слов к 2,5 годам. Предиктором является комбинация трех факторов в 2,5 года: понимание менее 28 слов, использование менее 20 слов, использование менее 16 согласных. Эта комбинация с высокой степенью вероятности (90 %) предсказывает, что к 3 годам у ребенка разовьется нарушение речи.

Хотя очевидная причина отставания в речевом развитии у LT-детей не обнаруживается, исследователи пытаются определить факторы, способствующие пониманию этиологии данного нарушения. Для этого проводятся преимущественно корреляционные исследования, в которых установлено, что LT связано с семейной историей речевых проблем, которая рассматривается как существенный фактор риска для ранней задержки речи. К факторам риска относят также мужской пол, так как LT-дети чаще встречаются среди мальчиков [567].

Несмотря на большие индивидуальные различия сроков ранних этапов развития речи у детей, влияние задержки речевого развития на дальнейшее развитие ребенка, в том числе речевое развитие, является до сих пор дискуссионным вопросом. Обнаружена высоко значимая корреляция между познавательными, коммуникативными и лингвистическими умениями у детей [283]. Когнитивное развитие детей раннего возраста с задержкой речевого развития является гетерогенным [374], и задержка вербального компонента когнитивного развития связана с выставленным позднее диагнозом РАС.

В отдельных исследованиях показано, что около 70–80 % детей приобретают соответствующие речевые навыки и осваивают словарный запас к 3–4 годам. Большинство детей в период начальной школы находятся на среднем

Репозиторий БрГУ

уровне по речевым умениям и грамотности, но часть из них – на более низком уровне по сравнению со своими сверстниками, не отнесенными к поздноговорящим детям. Ранние задержки речевого развития могут выступать как фактор дислексии у детей в школьном возрасте. В лонгитюдных исследованиях выявляется связь между наличием задержки речевого развития в детстве и навыками чтения у детей. Фактором риска трудностей овладения чтением является одновременная задержка и экспрессивного, и рецептивного словаря у детей в раннем возрасте [479].

Взаимодействие матери и ребенка с нарушениями речевого развития. В многочисленных исследованиях показано, что роль близких взрослых в развитии речи детей в раннем возрасте является решающей. Особенно важную роль играет мать: высокий уровень детско-материнского взаимодействия значимо связан с более высоким уровнем речевого развития, в то время как более высокий уровень детско-отцовского взаимодействия связан с более высоким уровнем моторного развития. С уровнем развития речи у детей значимо положительно связан уровень материнской чувствительности и качество интерактивного поведения матери, а наличие у матери послеродовой депрессии негативно влияет на речевое развитие ребенка [465].

На выборке испаноговорящих детей был сделан вывод о том, что особенности речи близкого взрослого напрямую связаны с результатами речевого развития ребенка [382]. Количество высказываний матери в адрес ребенка влияет на его речевое развитие: чем больше слов слышит ребенок в возрасте между 14 и 26 месяцами, тем быстрее он набирает словарный запас. Важный вывод данного исследования состоит в том, что чем большим числом слов овладевает ребенок на втором году жизни, тем больше скорость обработки информации в возрасте 25 месяцев. Более того, скорость обработки информации и объем словаря в возрасте 25 месяцев являются сильными предикторами продуктивности детей в стандартизированных речевых тестах и тестах когнитивных способностей в возрасте 48 месяцев.

Отношения привязанности. В работе Н. Н. Авдееевой [2] установлено, что надежная безопасная привязанность оказалась сформирована у 10 % детей с ЗРР по сравнению с 65 % детей с нормотипичным развитием. У детей с ЗРР преобладала привязанность типа С (60 %) и типа А (30 %).

По данным М. Ликата [413], матери ведут себя более директивно в отношении детей с нарушениями речи, они менее отзывчивы и менее чувствительны. Однако предположение о том, что матери детей с нарушениями речи менее чувствительны и отзывчивы, может объясняться ограниченными речевыми навыками детей, имеющих задержку речи, а не с характеристиками поведения самих матерей [287]. Тем не менее материнская чувствительность и депрессия матери являются прогностическими факторами нарушений речевого развития у детей, и особенно степени нарушений речи [481]. Особенно высокий риск возникновения речевых проблем имеют дети с реактивным нарушением привязанности, но остается неясным направление взаимосвязи: реактивная привязанность ребенка

Репозиторий БрГУ

приводит к возникновению проблем его речевого развития или же наличие проблем речевого развития способствует возникновению реактивной привязанности.

Терапия и стимулирование речевого развития в раннем возрасте. Оказание ранней помощи детям с нарушениями речи, как утверждает Н. Н. Матвеева [146], должно начинаться не с коррекции недостатков речи, а создания тех психологических условий, в которых стало бы возможным интенсивное развитие речи детей в раннем возрасте. Дети с задержкой речевого развития нуждаются в раннем начале специальной психологической помощи с целью своевременной компенсации дефектов речевого развития и предупреждения появления вторичного и третичного дефектов. Определены психологические условия организации коррекционной помощи детям раннего возраста с ЗРР:

- оказание прежде всего психологической, а не логопедической помощи детям с ЗРР раннего возраста в условиях коррекционной работы;
- начало специальной работы с детьми не в направлении коррекции нарушенных функций, а в направлении обеспечения психологических условий, в которых возможно активное восприятие детьми специальной помощи;
- специальная организация коммуникативной деятельности детей с ЗРР со взрослыми: целенаправленное последовательное построение актов коммуникации взрослого с ребенком с постепенным усложнением ситуаций по отношению к детям и по отношению к взрослым;
- формирование детей с ЗРР в качестве субъектов коммуникативной и речевой деятельности: у ребенка должен быть положительный эмоциональный настрой на взаимодействие со взрослым и стремление к обратной связи в процессе взаимоотношений с ним; отношения со взрослым должны строиться на основе деловых и голосовых контактов, стремления оказывать помощь взрослому или обращения за помощью к нему в процессе взаимодействия; необходимо стремление с его стороны к совместному результату деятельности;
- коррекция нарушенных функций (речи и связанных с ней психических функций) на основе организуемой коммуникативной деятельности со взрослым;
- оказание специальной помощи родителям детей с ЗРР раннего возраста через активное включение их в коррекционный процесс. Родитель должен проявлять положительный эмоциональный настрой на взаимодействие с ребенком и эмоционально реагировать на его успехи и неуспехи в той деятельности, на основе которой происходит общение; уметь организовать коммуникативную деятельность с ребенком так, чтобы она была эмоционально насыщенной, понятной и интересной ему; в процессе общения с ребенком учитывать его важнейшие потребности и, прежде всего, стремление к самостоятельности; нацеливать взаимодействие не на конечный результат деятельности, а на процесс его совместного с ребенком достижения; оказывать дозированные и адекватные развитию ребенка и конкретной ситуации способы помощи ему в процессе их взаимодействия.

Как установлено в работах зарубежных авторов [301; 303; 304], стимулирование развития речи поздноговорящих детей в период от двух до трех лет является высокоэффективным вмешательством. Успешным в аспекте влияния на речевое развитие детей является тренинг родителей, на котором они обучаются

Репозиторий БрГУ

руководить процессом развития речи у маленьких детей. В частности, статистически доказательные результаты формирования родительской компетентности в области речевого развития приводит А. Бушман [301] в рамках разработанного ею Хайдельбергского родительского тренинга HET [303] .

Несмотря на то что у значительного числа у детей с задержкой экспрессивной речи проблема не решается спонтанно, родителями широко используется подход «подождем и посмотрим». Хайдельбергский родительский тренинг для стимулирования речевого развития детей является превентивной эмпирически обоснованной, эффективной и детально разработанной программой раннего вмешательства для немецкоязычной популяции. Она является структурированной программой, проводится в групповой форме для родителей, имеющих детей раннего возраста с проблемами речевого развития. Программа направлена на формирование у родителей компетенций как наиболее важных партнеров по коммуникации для своих детей. Родителей обучают правильной коммуникации с детьми, которая адекватна речевому развитию детей, на примере совместного с ребенком рассматривания детской книжки с картинками. Овладев родительскими навыками на примере совместного рассматривания книжки с картинками, родители становятся и более чувствительными к совершенствованию своего поведения, способствующего развитию речи у детей в повседневных ситуациях.

Эффективность программы обучения в рамках HET доказана в рандомизированном контролируемом исследовании [303]. Цель рандомизированного контролируемого исследования заключалась в оценке эффективности короткой, высокоструктурированной групповой программы речевого вмешательства для двухлетних детей с задержкой экспрессивной речи, но не имеющих дефицита в понимании речи. Для оценки речевых и невербальных познавательных способностей использовались стандартизированные инструменты. Оценивались также дети с нормальным языковым развитием в качестве контрольной группы (средний возраст 24,6 месяца). Дети с задержкой речевого развития распределялись случайным образом в группу вмешательства или в группу ожидания. В группе вмешательства матери участвовали в трехмесячной программе по формированию у родителей компетенций по речевой интервенции. Все дети были вновь оценены через 6 и 12 месяцев после предварительного осмотра. Результаты показали, что в возрасте 3 лет 75 % детей в группе вмешательства показали нормальный уровень экспрессивной речи, в отличие от 44 % в группе ожидания. Только 8 % детей в группе вмешательства по сравнению с 26 % в группе ожидания соответствовали критериям специфического речевого нарушения. Сроки преодоления или уменьшения речевых расстройств у детей могут быть существенно уменьшены благодаря участию родителей в тренинговых программах, специально созданных для их обучения стимуляции развития. Данная программа также успешно реализуется в работе со специалистами, работающими с маленькими детьми в детских яслях, по стимулированию их речевого развития [302].

2.12 Расстройства в спектре аутизма

Репозиторий БрГУ

Расстройство аутистического спектра (РАС, ASD), или расстройство в спектре аутизма, является распространенным расстройством нейроразвития: согласно последним данным, в США оно встречается с частотой 1:68 [72]. РАС представлено в МКБ-10 [152] в рубрике F 84 – Первазивные расстройства развития, в которой выделяется несколько разновидностей данного расстройства. В классификации DSM-V, разработанной Американской психиатрической ассоциацией, расстройство аутистического спектра представлено лишь одной рубрикой – ASD (Autistic Spectrum Disorder) [265]. В Диагностической классификации DC: 0-5, привязанной к DSM-V, ASD также представлено, и дополнительно внесена рубрика EAASD (Early Atypical Autistic Spectrum Disorder). В описании данного расстройства подчеркивается существование многообразия его вариантов, на что указывает определение «спектр», в связи с чем аутизм называют «зонтичным расстройством». Это подразумевает множество сходных состояний, которые, образно говоря, «собраны под одним зонтиком».

Расстройство аутистического спектра определяется в первую очередь дефицитом социальных и коммуникативных навыков, а также наличием ограниченного, повторяющегося и стереотипного поведения, интересов или деятельности. Это крайне сложное гетерогенное расстройство в аспекте возникновения, клинических проявлений, динамики и прогноза развития у детей. Расстройство аутистического спектра отражает феномен гетерохронности развития ребенка, и оно сочетает в себе признаки отставания и задержки развития, дефицитарного и дисгармонического развития [131].

Классические описания признаков РАС были сделаны первоначально применительно к детям 3–5 лет, поэтому описания и определения детского аутизма в МКБ-10 и DSM-IV мало применимы к раннему возрасту, а некоторые критерии не применимы вообще, и особенно это относится к сфере отношений детей со сверстниками и развития разговорной речи. Потребности практики в выявлении детского аутизма в более раннем возрасте вызвали с начала 2000-х годов резкое увеличение научных исследований аутизма в раннем детстве [56]. Нарушения развития и поведения детей с аутизмом становятся очевидными уже в раннем возрасте, и в первую очередь это касается задержки в развитии речи и появления стереотипных форм поведения: различия между нормально развивающимся ребенком, ребенком с задержкой развития и ребенком с аутизмом становятся «просто разительными» уже к 30 месяцам. Эти различия включают поведение по отношению к человеку (предвосхищающая поза, умение действовать поочередно, интенсивность зрительного контакта); навыки совместного внимания, следование указаниям взрослого. У детей с аутизмом наблюдается также ограниченное аффективное взаимодействие и необычное сенсорное поведение. Значимые изменения происходят именно в период от двух до трех лет, и к трем годам ребенок отчетливо демонстрирует поведение, типичное для аутизма.

Признаки поведения ребенка, значимые как предикторы РАС, с возрастом изменяются. Исследователи выявляли факты поведения ребенка в возрасте 8, 12, 18 и 24 месяцев, прослеживая траектории развития детей, выясняя, какие из фактов поведения могут быть предикторами РАС [276; 394]. Было установлено, что

Репозиторий БрГУ

признаки поведения, которые связаны с аутизмом, в каждом возрасте были специфическими, и имели значение только в определенном возрасте. Но в каждом возрастном периоде был определенный поведенческий индикатор, который предсказывал расстройство аутистического спектра в возрасте после 24 месяцев. Так, в 8 месяцев самым надежным предиктором РАС было отсутствие зрительного контакта и отсутствие реакции на имя; в 12 месяцев – нетипичное использование жестов и отсутствие указательного жеста; в 18 месяцев – нетипичная игровая деятельность; а в 24 месяца – отсутствие имитации взрослого и отсутствие элементов социального общения в игре. В результате этих исследований сделан вывод о том, что отдельно взятых предикторов РАС нет, они все взаимосвязаны, тем не менее, вероятность того, что определенные поведенческие признаки являются предикторами РАС, достаточно высока.

В исследовании на австралийской выборке, целью которого было определение ранних признаков расстройства аутистического спектра [542], сравнивались четыре группы детей (нормотипичные дети, дети с РАС, дети с задержкой развития, дети с нарушениями речи) в возрастные периоды 12 и 24 месяцев. Дети с РАС в возрасте 12 месяцев отличались от НТ детей и детей с другими нарушениями развития по всем показателям социального поведения. Однако в 24 месяца отличия детей с РАС от детей других групп отмечались только по показателям использования жестов, при этом различия между клиническими группами были не столь очевидными.

Одна из важных проблем как для исследований, так и для практики – поиск индикаторов расстройств аутистического спектра в раннем возрасте для создания диагностических процедур для раннего выявления РАС. Для диагностики используются три источника информации [367]. Первый источник – ретроспективный расспрос родителей, который, однако, ограничен возможностями их наблюдения, запоминания, субъективизмом и недостаточной критичностью. Второй источник – домашнее видео, которые в настоящее время повсеместно сопровождают процесс роста и развития ребенка. Домашнее видео, которое фиксирует поведение ребенка на ранних стадиях его развития, может помочь в процессе ранней диагностики расстройств аутистического спектра. Например, анализ развития грубой моторики у детей и фиксация нарушений в ее развитии могут быть одним из признаков, которые могут помочь в ранней диагностике РАС [569]. При этом нельзя исключать недостатки использования видео, к которым относится отрывочность и несистематизированность наблюдений. Третий источник (получивший распространение в последние годы) – клиническое наблюдение с самого момента рождения младших сиблингов детей, имеющих РАС, как особой популяции с высоким риском данного расстройства. Многие исследования по проблемам развития детей с РАС в раннем возрасте выполнены в данном дизайне. Трудности выявления детей с РАС в раннем возрасте и риски гипердиагностики [416] объясняются ограничениями методологии исследований, в которых в качестве исследуемых на ранних этапах развития выбираются дети, имеющие сиблингов с установленным диагнозом РАС. Оказалось, что дети раннего возраста, имеющие старшего сиблинга с РАС, характеризуются вариативными

Репозиторий БрГУ

траекториями развития, которые не обязательно приводят к диагнозу РАС, хотя они должны подвергаться регулярному мониторингу.

В одной из самых ранних работ, в которых рассматривался аутизм в возрасте до трех лет, С. Гилберг [351] сделал вывод, что диагноз аутизма может быть установлен у 75 % детей в возрасте до трех лет. Более поздние работы подтверждают возможность выявления расстройств аутистического спектра у детей уже в возрасте 2 года, так как различные симптомы в разных областях развития в этом возрасте становятся очевидными. На протяжении первых 2-х лет жизни некоторые признаки социального и коммуникативного поведения, а также ограниченного и стереотипного поведения позволяют надежно дифференцировать детей раннего возраста с РАС от НТ детей и от детей с другими нарушениями развития [310]; а более тяжелые формы РАС диагностируются у детей именно в раннем возрасте [338]. Диагноз РАС, выставленный в раннем возрасте, является надежным и стабильным [237; 547].

Возраст детей при первом обращении родителей детей с расстройствами аутистического спектра к специалистам имеет существенное значение для ранней диагностики и вмешательства. Исследование М. Матеис с соавт. [425], проведенное на выборке американских родителей, было направлено на определение среднего возраста детей при первом обращении родителей и факторов, его определяющих, а также на описание тех проблем и жалоб, которые более всего распространены среди родителей. Средний возраст детей при первом обращении родителей составил 13,97 ± 7,86 месяцев. Наиболее часто первой упоминаемой проблемой было отставание в развитии речи. Первые обращения, связанные с дефицитом социальной коммуникации, типичным для РАС, фиксируются в более позднем возрасте ребенка при первом обращении родителей, а указания на проблемы с двигательным развитием при первом обращении родителей – в более раннем возрасте ребенка. При ранней диагностике РАС, в возрасте 2 лет, родители и специалисты обращают внимание на бедный контакт глаз, недостаточность использования указательного жеста, отклика на свое имя и лепетную детскую речь [281].

В настоящее время появляется все больше исследований, в которых анализируются материалы, собранные родителями [72]. Это означает, что исследователи доверяют родителям как наблюдателям за развитием своего ребенка, которые отмечают проблемы и трудности ребенка, нетипичные для развития НТ детей признаки. Например, 50 % родителей начинают замечать нетипичное развитие ребенка, когда ему исполняется один год, что подтверждает научные представления. К 24 месяцам замечают тревожные сигналы уже 90 % родителей. Родители называют три группы признаков: недостаточность ответной реакции ребенка; отставание ребенка в какой-либо сфере (недостаточный словарный запас, или системное отставание, странное стереотипное поведение, трудности социального общения и др.); трудности взаимодействия с ребенком.

Как показало исследование Л. Миллер с соавт. [437], родительские оценки умений тонкой моторики и развития речи у детей значимо не отличались от прямых оценок, сделанных специалистами. Что касается отдельных пунктов, то

Репозиторий БрГУ

значимые расхождения оценок состояли в том, что родители утверждали наличие у ребенка оцениваемого навыка, хотя в прямом тестировании это не подтверждалось. Родители в целом достоверно оценивают ребенка раннего возраста в области тонкой моторики и речи, даже если у детей есть нарушения развития, хотя иногда они склонны к переоценке возможностей ребенка. Однако для получения максимально достоверных сведений необходимо сочетать родительские оценки и прямое тестирование детей.

Разнообразие вариантов расстройств аутистического спектра, а также наблюдаемые у детей отдельные симптомы поведения, сходного с аутистическими, привело к попыткам исследователей обосновать наличие других видов нарушений развития в сфере аутизма. Так, Т. Сото с соавт. [517] предложили выделить новый вид нарушений развития «раннее атипичное расстройство аутистического спектра» (EA-ASD), которое идентифицирует детей в период от 9 до 36 месяцев, если эти дети характеризуются меньшим количеством социально-коммуникативных симптомов и симптомов ограниченного повторяющегося поведения, типичных для РАС. Данным расстройством была дополнена диагностическая классификация DC: 0–5 [573]. В данном варианте рассматриваются дети, фактически не имеющие ярко выраженных признаков РАС, но имеющие риск их возникновения.

В литературе фиксируются трудности дифференциальной диагностики сходных вариантов расстройств нейроразвития – РАС и СДВГ, особенно очевидные в раннем возрасте. Данные расстройства могут наблюдаться и одновременно, причем с возрастом это происходит чаще. Проблемы внимания и исполнительных функций являются общими для данных расстройств, хотя есть различия в причинах трудного поведения [546]. На основе наблюдений специалистов в игровом взаимодействии были обнаружены несколько различительных признаков, по которым определяются дети 2–3 лет с РАС и по которым они отличаются от других расстройств нейроразвития. К ним относятся: ответная улыбка, ответ на имя, указательный жест, взгляд на лицо другого человека с целью «прочитать» его, инициативное вербальное и невербальное поведение и функциональная игра [535].

Исследования типичного поведения ребенка раннего возраста с РАС позволили разработать скрининговый диагностический инструмент M-CHAT, который позволяет с высокой степенью надежности выявить признаки расстройства аутистического спектра и оценить риск аутизма для ребенка [64; 280]. Для диагностики симптомов аутизма в первые три года жизни может использоваться также методика С. Гилберта [332; 351]. Среди специфических признаков, по которым были дифференцированы группы детей, имеющих и не имеющих признаки аутизма, были названы показатели социальной активности и коммуникативных задач. К социальной активности отнесены поиск совместного занятия, социальная взаимность, использование другого человека в качестве инструмента, интерес к другим детям, а к коммуникативным задачам – участие в голосовании, использование и понимание жестов. Для детей в 2 года предикторы аутизма включают показатели, относящиеся к совместному вниманию, социальной во-

Репозиторий БрГУ

влеченности и коммуникации. В этом возрасте у некоторых детей могут не наблюдаться стереотипные формы поведения, так как они появляются позже, к трем годам.

Психологические особенности детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра и закономерности аутистического дизонтогенеза. Психологические особенности детей раннего возраста, которым в дальнейшем выставлен диагноз детского аутизма, описаны в работах ученых российской научной школы К. С. Лебединской (Е. Р. Баенская [12], К. С. Лебединская [130], О. С. Никольская [164], Ю. В. Никитина [163]). Биологическая недостаточность центральной нервной системы создает особые патологические условия, в которых живет и развивается ребенок и к которым он вынужден приспосабливаться с помощью специфических форм поведения, адекватных данным условиям. Результаты неврологических, нейробиологических и нейропсихологических исследований позволяют описать мозговые механизмы формирования аутистического дизонтогенеза [163]. Отдельные нарушения при аутизме коррелируют с органическим характером мозговых нарушений в виде атрофии лобно-теменных отделов и чрезмерного разрастания затылочных отделов головного мозга, отвечающих за зрительную перцепцию. Другие нарушения отражают заинтересованность подкорково-стволовых отделов мозга, они связаны с отсутствием интегративных связей между структурами головного мозга. Нарушение интегративных связей между структурами головного мозга при аутизме позволяет говорить о неблагополучном прохождении более ранних периодов развития. Общая разбалансированность в работе мозга проявляется в виде неотрегулированности процессов возбуждения и торможения, изменения чувствительности и реактивности, что объясняет грубые нарушения произвольного внимания при аутизме. Результаты исследований позволяют утверждать, что эмоциональные нарушения при аутистическом синдроме вторичны, а базой для его формирования является особый режим функционирования активности головного мозга.

Рассматривая психологическую структуру нарушения при детском аутизме, В. В. Лебединский [132] выделяет типичное сочетание двух патогенных факторов, которое проявляется с самого рождения ребенка: 1) энергетическая недостаточность, снижение общего, в том числе психического, тонуса и вызванное этим нарушение возможности активно взаимодействовать со средой; 2) снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром, особая сенсорная и эмоциональная гиперестезия с выраженным отрицательным фоном ощущений. Оба этих фактора действуют в одном направлении, препятствуя развитию активного взаимодействия со средой и создавая условия для возникновения защитных форм поведения ребенка. В структуре нарушения при детском аутизме указанные факторы занимают место первичного нарушения, которое является непосредственным, прямым проявлением болезненного состояния, недостаточности центральной нервной системы.

Хроническая недостаточность общего, в том числе психического, тонуса проявляется в крайне низкой психической активности, тяжелой пресыщаемости ребенка в контактах с окружающим миром, особенно в социальных контактах, в

Репозиторий БрГУ

трудностях сосредоточения внимания, в грубых нарушениях произвольности, целенаправленности поведения и деятельности. Ребенок выглядит вялым, малоактивным, у него отсутствует естественное любопытство, он не исследуют окружающий мир. Любая помеха тормозит начатую деятельность, особенно трудно ему активно сосредоточить внимание, сконцентрировать его на образце выполнения деятельности, осуществлять целенаправленную активность в соответствии с поставленными целями. Для детей характерна неравномерность в умственной деятельности, когда периоды целенаправленности, правильные ответы на вопросы сменяются пассивностью, резким снижением качества выполнения задания, неверными и нечеткими ответами на вопросы. При этом дети в отдельных ситуациях кажутся смышлеными, сообразительными, они без специального обучения усваивают знания, умения и навыки, то есть оказывается, что непроизвольные формы психической деятельности у них более продуктивны, чем произвольные.

Характеристика психического развития ребенка с расстройством аутистического спектра проводится с позиций уровневой регуляции аффективной сферы [255], что позволяет описать характерные для аутистического дизонтогенеза признаки стойкого сочетания нарушений активности и снижения порога аффективного дискомфорта во взаимодействии с окружающим физическим и социальным миром.

К ранним признакам риска развития аутистического синдрома, которые наблюдаются к годовалому возрасту, относится недостаток устойчивого внимания и целенаправленных действий, что проявляется в задержке формирования навыков [163]:

1. Ребенок не реагирует на имя, не выполняет имитационных действий, не реагирует на просьбы, не сигнализирует о своих витальных потребностях, не указывает пальцем на интересующий объект; него задерживается формирование речи и бытовых навыков.

2. В свободной активности ребенка преобладают аутостимуляции: его привлекают ритмичные стимулы.

3. Периодически возникает сильное возбуждение, повышается чувствительность в зрительной, слуховой и тактильной сферах, повышается тонус тела; в поведении появляются агрессивные действия, импульсивность.

4. Нарушается взаимодействие ребенка со взрослыми: ребенок не ориентируется на лицо матери, отношения часто строятся по типу функционального симбиоза (использование матери как неодушевленного предмета); он не реагирует на эмоциональные сигналы окружающих; не разделяет собственные эмоции с другими людьми; речь не несет коммуникативной нагрузки.

Ранний аутистический дизонтогенез характеризуется признаками нарушенного развития ребенка во всех сферах, что отражает первазивный характер нарушений [99; 132; 164]. Первазивный, или всеобщий характер нарушений обозначен в МКБ-10 в названии рубрики F84 Первазивные расстройства развития [152]. Ранний аутистический дизонтогенез характеризуется расстройствами в вегетативно-инстинктивной сфере (нарушение ритмов сна и бодрствования, корм-

Репозиторий БрГУ

ления и питания); нарушениями привязанности, нарушения в социально-коммуникативной сфере, трудностями совместного внимания и подражания, гиперчувствительностью к обычным сенсорным стимулам и особой привязанности к аффективно заряженным предметам, отставаниями в моторной сфере и овладения предметными действиями, трудностями овладения речью и особенно ее коммуникативной функцией [130].

В концепции психического дизонтогенеза В. В Лебединского [131] психическое развитие детей с РАС обозначается как «искаженное развитие». При искаженном развитии нельзя говорить о простой задержке в развитии психических функций или об их недоразвитии, не отмечается и дефицитарность зрения и слуха. Наблюдается сложное сочетание разных видов нарушений развития, что делает картину психического развития при аутизме чрезвычайно мозаичной, вычурной, специфичной, не похожей на другие виды психического дизонтогенеза.

Особенности развития детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра проанализированы в ряде зарубежных исследований. Стратегия исследований направлена на выявление особенностей развития ребенка в разных областях, или сферах развития: моторное развитие, развитие коммуникации, развитие речи, социальное развитие и т. п. В этих исследованиях реализуется дизайн, который предполагает сравнение детей с разными видами нарушений, в том числе с РАС, и детей с нормотипичным развитием.

Моторное развитие детей в возрасте 21–41 месяца с разными видами нарушений развития (расстройства аутистического спектра, задержки развития) оценивалось в работе Б. Провост [478]. Дескриптивный анализ показал, что все дети с РАС имеют нарушения развития крупной моторики, мелкой моторики или одновременно в обеих областях. Такие же нарушения имеют и дети с задержками развития. Дети обеих групп значимо отличаются от нормально развивающихся детей этого же возраста. Уже на втором году жизни у детей с риском расстройств аутистического спектра недоразвитие моторных умений играет важную роль в разворачивании расстройств исполнительных функций [392]. Дети, у которых позднее был диагностирован аутизм, в возрасте от 6 до 24 месяцев демонстрировали более медленный рост умений в области тонкой моторики по сравнению с их типично развивающимися сверстниками. Уровень развития тонкой моторики в 6 месяцев у детей является также прогностическим признаком развития экспрессивной речи в возрасте 3 лет [318].

Предметная деятельность. К. Уилсон с соавт. [558] установили, что прогнозировать наличие у детей раннего возраста расстройств аутистического спектра можно анализируя их действия с предметами в возрасте 9–12 месяцев, так как их игра отличалась игры типично развивающихся детей, и эти отличия сохраняются и в возрасте 15–18 месяцев. К возрасту 2 лет заметны отличия игры у детей с аутизмом и типично развивающихся сверстников: их игра менее целенаправленная, менее символичная и в целом менее развитая; ограничен контакт глаз, социальная вовлеченность и отзывчивость; особенно очевидны трудности установления социального внимания, а также совместного внимания [411].

Репозиторий БрГУ

Общение. Дети раннего возраста с аутизмом общаются с другими людьми значимо реже, чем дети этого же возраста с другими видами нарушений, например, с задержками развития. Они склонны в меньшей степени использовать контактные и обычные жесты, но с большей вероятностью будут пользоваться весьма нетрадиционными жестами, такими как манипулирование рукой партнера по общению для получения желаемых предметов [308].

Социальное развитие. Развитие имитации на втором году жизни играет важную роль в развитии речи и социального научения, и ранние нарушения имитации приводят к дефициту речевого и социального взаимодействия, которые типичны для РАС. В работе Дж. Янг [566] изучалось развитие имитационной способности у детей с разными нарушениями развития в возрасте 12 месяцев и 24 месяца. У всех детей отмечалось значительное увеличение уровня имитационной способности в период между 12 и 24 месяцами, и это увеличение связано как с ростом показателей экспрессивной речи, так и показателей социальной активности, однако показатели развития имитации у детей не были связаны с показателями тонкой моторики. Группа детей, которым к 3 годам был выставлен диагноз РАС, показала задержку развития имитации по сравнению с группой детей с низким риском РАС. Задержка в развитии имитации была характерна и для детей с другими видами нарушений в развитии. Неадекватная реакция на свое имя или ее отсутствие является одним из признаков получения ребенком диагноза расстройства аутистического спектра в будущем [574].

Специфичным для детей с РАС являются стереотипные формы поведения, или стереотипии – ограниченные и повторяющиеся паттерны поведения, которые наблюдаются и в раннем возрасте [487]. По данным Дж. Матсона [426], поведение детей в возрасте 17–37 месяцев с разными видами нарушений и чертами аутизма характеризуется как тяжелое и вызывающее, и большинство детей вовлекаются в агрессивные и/или деструктивные акты.

Проблемы коммуникации и проблемное поведение в форме вспышек гнева и раздражительности типичны для детей с РАС. Дискутируется вопрос о связи проблемного поведения с недостаточностью понимания речи и собственной речи у детей раннего возраста с аутизмом, и преобладает позиция о недостаточности речевого развития как причине проблемного поведения детей. В других работах [427] доказывается, что проблемное поведение у детей раннего и дошкольного возраста с РАС возникает не потому что они не могут говорить или их речь трудна для понимания. Вероятно, проблемное поведение детей вызывается другими факторами, в частности, их сенсорными проблемами.

Речевое развитие. Образцы звуковой продукции у детей с аутизмом являются аномальными еще в доречевой период, до появления разговорной речи, что является вероятным предшественником дефицитов интонации и качеств вокализации, возникающих позднее.

Когнитивное развитие. Отличается ли функционирование детей с аутизмом и детей с умственным отставанием на стадии сенсомоторного интеллекта (по Ж. Пиаже) от нормально развивающихся детей? Этот вопрос обсуждался в работе С. Морган и соавт. [443], которые показали, что сенсомоторное разви-

Репозиторий БрГУ

тие не является синдромо-специфичным, то есть дети с аутизмом проходят стадию сенсомоторного развития по аналогии с нормально развивающимися детьми.

Задержки в области когнитивного развития обычно становятся более очевидными в тех задачах, решение которых требует от ребенка речевых навыков или символического мышления; при решении невербальных заданий, например на визуальное соотнесение, показатели детей с аутизмом приближаются к ожидаемому возрастному уровню. Отставание в области когнитивного развития может быть связано с трудностями социальных отношений. Так, у детей особенно страдает избирательное социальное внимание: во время свободной игры 20-месячные дети с аутизмом с большей вероятностью чаще смотрят на объекты, чем на людей, по сравнению с нормально развивающимися сверстниками и с детьми с задержкой развития. При просмотре детских ТВ программ дети с аутизмом сосредоточивают свое внимание не на персонажах, а на каких-либо сочетаниях линий, на радуге, то есть на несоциальных объектах.

Развитие отношений привязанности у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра. Установление отношений привязанности – она из главных задач развития ребенка в период раннего детства. Особенности аффективного развития ребенка с аутизмом являются основанием, на котором предпосылки возникновения привязанности ребенка и матери формируются с большими трудностями, что обосновано в работах Е. Р. Баенской [11], О. С Никольской [164]. К особенностям аффективного развития авторы относят высокую сензитивность к тактильному и зрительному контакту, пассивность в общении со взрослым на самых ранних стадиях онтогенеза, трудности непосредственного эмоционального заражения, которые закономерно приводят к отсутствию или задержке формирования устойчивых отношений ребенка с близкими. Поэтому авторами описываются типичные варианты нарушений формирования привязанности у детей с РАС, не совпадающие с общепринятыми вариантами. К ним относятся: сохранение сверхранней симбиотической связи, которая обнаруживается в негативном переживании отделения себя от матери и не сопровождается позитивными проявлениями привязанности в комфортных условиях; дозированные проявления привязанности с кратковременными проявлениями позитивных эмоций ребенка в адрес матери, которые сочетаются с периодами полного безразличия; длительная задержка выделения матери или другого человека в качестве объекта привязанности, что проявляется в отсутствии избирательности ребенка в общении с разными взрослыми.

Американские исследователи считают, что несмотря на очевидные трудности отношений детей со взрослыми, дети с аутизмом по-разному относятся к знакомым и незнакомым людям, устанавливают отношения привязанности к матери, однако качество этой привязанности необычным может быть. Ф. Волкмар [550] отмечает, что дети с аутизмом устанавливают также привязанность и к отдельным предметам, но значимость и смысл этого симптома неясны.

Зарубежные исследователи, изучавшие привязанность у детей раннего возраста с аутизмом (М. Ликата [413], Ф. Набер [447], А. Рутгерс [493], Т. Шапиро [509]), не отрицая трудностей установления отношений привязанности у

Репозиторий БрГУ

детей раннего возраста с РАС, ставят закономерный вопрос: могут ли дети с аутизмом устанавливать отношения привязанности, если они испытывают психобиологические по своей природе трудности и не владеют способами социального поведения, такими как ограниченная эмоциональная реципрокность и трудности социальных когниций. Проведенный А. Рутгерс с соавт. [493] метаанализ, тем не менее, показал, что от 43 до 63 % детей с аутизмом являются безопасно привязанными к матери по сравнению с 65 % в контрольной группе НТ детей. Однако большую роль в формировании привязанности играет степень тяжести симптомов аутизма, а в тех случаях, когда тяжелая степень аутизма связана с интеллектуальным снижением у детей, чаще наблюдается дезорганизованная привязанность. Дети с аутизмом, обладающие более высоким уровнем вербальных способностей, чаще демонстрируют безопасную привязанность к матери. Различия в привязанности между детьми с высокофункциональным аутизмом и нормально развивающимися детьми вообще не обнаружены.

Оказалось, что чувствительность родителей, являющаяся важнейшим условием установления безопасной привязанности, связана с наличием у ребенка навыков в социально-эмоциональной области: безопасная привязанность реже наблюдается у детей с низким уровнем социально-эмоциональных способностей. Таким образом, фактором риска установления безопасной привязанности является не аутизм сам по себе, а его комбинация с интеллектуальными дефицитами.

Для установления привязанности существенную роль играет эмоциональная доступность матери (Дж. Боулби), которая характеризует глобальное качество отношений в диаде и включает осознание, восприятие, опыт и выражение эмоций во взаимодействии с ребенком. Исследование турецких ученых Х. Гул и соавт. [360] проведено с диадами «мать–ребенок раннего возраста», (средний возраст детей, включенных в выборку, – 32 месяца) с расстройством аутистического спектра и другими нарушениями развития. Показатели эмоциональной доступности матери ниже в группе детей с расстройствами аутистического спектра, по сравнению с детьми с задержкой развития; вовлеченность детей во взаимодействие и реагирование матерей на них были также снижены. Уровень эмоциональной доступности матерей имеет прямую связь с уровнем их образования. Больший риск возникновения проблем в развитии имеется у детей с РАС, чьи матери имеют низкий уровень образования, поэтому эти дети нуждаются в большей поддержке.

Логичным выводом из приведенных выше исследований является заключение о том, что дети с аутизмом имеют более высокий риск установления небезопасной привязанности в первую очередь потому, что близкие взрослые испытывают большие трудности в понимании ребенка, в распознавании сигналов и являются менее чувствительными по отношению к нему. Сами по себе дефициты аутистического дизонтогенеза имеют вторичный характер для установления отношений привязанности.

Взаимодействие взрослых с детьми раннего возраста с разными видами нарушений развития, в том числе с аутизмом, является предметом исследований зарубежных исследователей. Изучение процесса взаимодействия осуществляет-

Репозиторий БрГУ

ся, как правило, с помощью анализа видеозаписей наблюдения ситуаций взаимодействия – как ситуаций свободной игры, так и организованной в определенных условиях. Особенности взаимодействия матери и ребенка с аутизмом сравниваются со взаимодействием в других клинических группах – группа нейротипичных детей, группа детей с ментальными нарушениями, задержкой развития, нарушениями речи и др. Таким образом, удается выделить особенности взаимодействия, обусловленные именно специфическими характеристиками РАС. Специфическим для западных исследований является способ уравнивания групп по уровню их развития: в группу сравнения в качестве НТ детей отбираются дети, ментальный возраст которых (или уровень умственного развития) не отличается от ментального возраста детей с РАС, при этом ментальный возраст измеряется с помощью тестов интеллектуального развития.

Особенности детско-материнского взаимодействия могут выступать предиктором других навыков у детей. В частности, установлено, что уровень синхронизации матери при взаимодействии с ребенком двух лет влияет на уровень экспрессивной речи ребенка через 1, 10, 16 лет [512].

В работе К. Боттема-Бойтель [289] изучалось взаимодействие ребенка с матерью в процессе свободной игры. В исследовании участвовали: дети с РАС (средний возраст 39,6 месяцев, средний ментальный возраст – 13,9); нейротипичные дети (средний возраст – 14,22 месяцев, ментальный возраст тот же). Проводился анализ видеосъемки свободной игры с определенным набором игрушек. В качестве показателей выделены два основных типа высказываний взрослых: комментирующие высказывания, относящиеся к фокусу внимания ребенка, и высказывания взрослых, относящиеся к фокусу внимания самих взрослых, но не к фокусу внимания ребенка. Высказывания, относящиеся к фокусу внимания ребенка, были разделены на два вида: директивные, побуждающие ребенка совершать другие действия с игрушкой, с которой он уже играет; и комментирующие высказывания, просто описывающие состояние игры относительно игрушки, с которой ребенок уже играет.

Оказалось, что высказывания с фокусом внимания на ребенке (а не на взрослом) в большей степени побуждали игру у детей, причем на детей с РАС они оказывали большее влияние по сравнению с НТ детьми. В обеих группах директивные высказывания в большей степени вызывали функциональную игру по сравнению с комментариями взрослых, и особенно у детей с РАС. Эти данные важны для понимания того, какую роль играют высказывания взрослых для развития игры, какие высказывания способны стимулировать игру у детей, то есть выступать как способы скаффолдинга.

В исследовании А. Каале с соавт. [396] изучался процесс взаимодействия матери и ребенка раннего возраста с аутизмом, их совместное вовлечение в спонтанную игру. Время совместного вовлечения матери и ребенка в игру, то есть продолжительность отрезка времени, когда они играли вместе, было связано с характеристиками материнского поведения и ментальным возрастом ребенка, но не с особенностями поведения самого ребенка. Было отмечено, что матери очень много говорят по сравнению с детьми, даже если те имеют довольно вы-

Репозиторий БрГУ

сокий уровень речевого развития; частота речи матерей также связана прямо с ментальным возрастом ребенка. Почти половина детей и одна треть матерей не показывали позитивности (улыбка, хлопание в ладоши, смех или веселые комментарии во время их время совместной деятельности), хотя это было обычным явлением при игре матерей с их детьми без аутизма. Между позитивностью матери и позитивностью ребенка с аутизмом обнаружена прямая связь – вероятно, отсутствие у ребенка позитивного поведения может приводить к отсутствию позитивности у матери.

Когда мать часто предлагает игрушку и владеет ею, это может быть признаком перестимуляции, хотя возможно и другое объяснение. Мать стремится более активно вовлечь ребенка в игру, так как сам он вовлекается мало, и матери хотят компенсировать дефициты ребенка; и если бы мать не была столь активной, время совместного вовлечения было бы еще меньшим. Предложение игрушки и расширение круга игрушек матерью, разговор матери связаны значимой корреляционной связью с такими же показателями поведения ребенка – ребенок как бы отражает поведение матери. Это свидетельствует о том, что поведение матерей и поведение детей существенно зависят друг от друга. При этом матери вносят основной вклад в поддержание совместного участия во время игры со своими маленькими детьми с аутизмом. Однако было обнаружено, что отсутствует связь между ментальным возрастом детей и числом предложений ребенку игрушки матерью, расширения ею числа игрушек и ее положительный аффект во взаимодействии с ребенком. Эти данные свидетельствуют, что матери во взаимодействии не всегда ориентируются на возможности ребенка.

Родители и детский аутизм. Родители, которые подозревают наличие у своего ребенка симптомов аутистического расстройства, в современных условиях обращаются к сети Интернет, который уже получил название «Dr Google» [488] и рассматривается как альтернатива практикующим специалистам в области психического здоровья.

В Интернете имеется множество материалов, полезных для родителей, в частности, в сеть загружены специальные скрининговые инструменты, которые могут использоваться родителями для предварительной оценки состояния своего ребенка. По данным А. Бен-Сассон с колл. [285], выполненные родителями скрининговые оценки позволили идентифицировать 58–88 % детей в возрасте от 16 до 30 месяцев как имеющих риск РАС, при этом родители детей из семей с историей РАС обнаруживали риск РАС в 3 раза чаще.

Возникает множество вопросов об объективности результатов такого скрининга, которая может быть подвергнута сомнению из-за некачественных скрининговых материалов, размещенных в сети, необъективности родителей, дающих завышенные оценки ввиду повышенной тревожности или заниженные оценки ввиду защитного реагирования. Тем не менее, результаты такого интернет-скрининга являются важным фактором раннего выявления детей с риском РАС и раннего начала интервенции.

В ходе исследований, проведенных в последнее десятилетие европейскими и американскими исследователями, было установлено, что для матерей детей

Репозиторий БрГУ

с разными видами нарушений развития по сравнению с матерями нормально развивающихся детей характерны более высокий уровень стресса, депрессии, тревожности, эмоционального выгорания и низкая самооценка. Матери испытывают чувства гнева, вины, разочарования, обиды, отчаяния, беспомощности, жалости к себе, при этом наибольшая выраженность этих психических состояний отмечается у матерей детей с РАС по сравнению с матерями детей с интеллектуальными нарушениями, поведенческими, генетическими или с хроническими соматическими заболеваниями [124]. При выставлении ребенку диагноза РАС уровень стресса у родителей повышается, и он вызывается трудностями коммуникации с ребенком. У отцов и матерей стресс связан с разными характеристиками поведения ребенка: у матерей больший стресс вызывают регуляторные проблемы ребенка, а у отцов – внешне наблюдаемые факты трудного поведения детей [323].

Факторы, вызывающие негативные эмоциональные состояния, одинаковы для матерей, имеющих детей с разными видами нарушений развития. Специфику составляют лишь особенности самого аутистического расстройства у ребенка, одним из симптомов которого являются особенности поведения, вызывающие трудности у родителей. В качестве одного из факторов более высокого стресса у матерей, имеющих детей раннего возраста с РАС, выступают именно поведенческие и эмоциональные проблемы у детей, а не их навыки повседневной жизни, [353; 340]. Практический вывод из данных исследований состоит в том, что способность родителей управлять проблемным поведением детей и уменьшать поведенческие проблемы является решающей для того, чтобы совершенствовать функционирование ребенка и уменьшать родительский стресс.

Сенсорная гиперсензитивность как непереносимость обычных сенсорных стимулов является одним из наиболее ярких признаков в поведении детей с РАС, которая во многом определяет проблемное поведение детей. Как показано в работе А. Бен-Сассон с соавт. [284], именно гиперсензитивность детей является причиной хронического стресса у родителей и влияет на организацию повседневных рутин в семье. Уровень семейного стресса и индексы нарушений семейного благополучия в семьях, имеющих детей раннего возраста (средний возраст 28 месяцев), различались в зависимости от степени выраженности у детей признаков гиперсензитивности и не изменялись на протяжении двух лет. Авторы предлагают использовать в процессе диагностики ребенка РАС шкалу сенсорного профиля в раннем возрасте, чтобы прогнозировать уровень семейного стресса и семейного неблагополучия.

Терапия и ранее вмешательство при расстройствах аутистического спектра. Огромная исследовательская работа, результаты которой освещены в тысячах публикаций в научных и научно-практических журналах, направленная на выявление особенностей развития детей с РАС, характеристик детско-материнского взаимодействия, имеет ярко выраженную прикладную направленность. Научные исследования являются основой разработки и апробации специальных программ раннего вмешательства для детей с расстройствами аутистического спектра. Цели и задачи программ помощи этой категории детей направле-

Репозиторий БрГУ

ны как на преодоление дефицитов, имеющихся у детей с РАС, так и на обеспечение их благополучного развития.

Рассмотрим далее модели раннего вмешательства, которые используются в работе с детьми раннего возраста с РАС.

Уровневый подход к коррекции аутизма реализован в программах Е. Р. Баенской и О. С. Никольской [11; 164]. В концепции уровневого развития аффективной регуляции выделяются четыре группы детей с аутизмом на основе их соответствия базальным уровням эмоциональной регуляции. Определяются задачи работы с детьми: установление эмоционального контакта с ребенком; развитие у детей активного и осмысленного отношения к миру; развитие форм взаимодействия с ребенком; реализация лечебного режима жизни ребенка.

В США, где число детей с РАС особенно велико, разработаны разнообразные модели раннего вмешательство, а также доказана их высокая эффективность. В настоящее время происходит трансформация моделей раннего вмешательства на основе приоритетных теоретических моделей терапии аутизма в направлении «от поведения к развитию»: традиционная бихевиоральная интервенция (АВА-терапия); бихевиоральная интервенция в естественных условиях; социально-прагматические модели, ориентированные на развитие.

АВА-терапия (прикладной анализ поведения) основана на бихевиоральной модели (И. Ловаас, 2000, излагается по [154]), в которой используются известные факты о поведении человека для того, чтобы, управляя поведением ребенка, вызвать у него положительные перемены. У ребенка закрепляются нужные поведенческие акты, модели поведения, и он становится способным к установлению контактов с другими людьми, к коммуникации, к овладению бытовыми и учебными навыками. АВА-терапия используется также для детей раннего возраста, где в качестве основных мишеней воздействия определяются речь, коммуникация, поведение. В процессе работы применяются упрощенные инструкции, поведение разбивается на маленькие шаги; нужное поведение (спонтанное или специально вызванное) или любая правильная реакция постоянно подкрепляется. Эта модель характеризуется высокой интенсивностью обучения, и доказана ее высокая эффективность в работе с детьми раннего возраста [379].

Денверская модель «Ранний старт» – это современная бихевиоральная модель, разработанная Дж. Доусон и С. Роджерс [324; 325]. Основные характеристики Денверской модели:

- применение поведенческого анализа в естественных условиях;
- ориентацию на этапы развития в онтогенезе
- глубокое и всестороннее участие родителей;
- фокус на межличностном общении и положительных эмоциях;
- занятия в форме совместной деятельности;
- обучение речи и коммуникации в условиях положительных взаимоотношений.

В программе вмешательства используются такие методы и приемы, как поддержка взрослым выборов ребенка; подстраивание к эмоциям, уровню внимания и состояниям ребенка; предлагаются множественные вариативные возможности коммуникации. Эта модель является клинически ориентированной и

Репозиторий БрГУ

осуществляется терапевтом, однако семья поддерживает и развивает навыки ребенка в домашних условиях.

Модель развивающего обучения через совместное внимание разработана С. Одомом [451]. Основная цель развивающего обучения – содействовать ранней коммуникации ребенка со взрослыми. В рамках данной программы осуществляется поддержка членов семьи в овладении обучающими стратегиями, и вмешательство осуществляется в условиях семьи. В работе используются видеозаписи взаимодействия ребенка и родителей. Данная модель направлена на решение таких задач как обучение фокусированию ребенка на лице взрослого, обучение очередности действий (диалог в действиях), реакция на совместное внимание, инициирование совместного внимания.

В противоположность бихевиоральному подходу к работе с детьми раннего возраста с РАС реализуется подход, разработанной С. Гринспеном в методике Floortime [73]. Цель терапии в данной методике – создание фундамента для здорового развития ребенка в противовес тренировке только внешне наблюдаемых поведенческих навыков и способов поведения ребенка, преодолению симптомов расстройства. В основе этой терапевтической методики – идеи о том, что дети в процессе своего развития овладевают «ключевыми способностями», такими как способность к приятным и теплым отношениям, целенаправленному полноценному общению, эмпатии, спонтанному мышлению, поэтому в работе с детьми с РАС следует способствовать развитию у детей именно этих компетенций. При этом не предлагается конкретная методика, но для каждого ребенка разрабатывается программа, «обращенная к человеческим отношениям». Методика реализует «пирамиду помощи», включающую следующие четыре уровня: 1 – устойчивые надежные безопасные отношения в среде, возможность удовлетворять основные потребности, семейная поддержка; 2 – формирование устойчивых доверительных отношений со взрослыми и сверстниками; 3 – занятия и способы взаимодействия в соответствии с уровнем развития ребенка и его особенностями обработки сенсорной информации, регуляции поведения; 4 – отдельные виды помощи (речевая терапия, образовательные программы, сенсорная интеграция, семейное консультирование).

Ключевые идеи раннего вмешательства – семейная центрированность и помощь ребенку в естественной для него среде [363]. В соответствии с принципом семейной центрированности родители ребенка выступают как главные участники программ ранней помощи [520]. Эта идея реализована в ряде программ, направленных на поддержку и обучение родителей, имеющих детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра.

В работах украинского исследователя Т. В. Скрыпник [207] обоснована роль родителей в коррекции поведения и развития детей с РАС, которая обусловлена необходимостью комплексного средового подхода: если в окружающей ребенка среде ничего не изменится, то эффективность непосредственной работы с ребенком будет минимальной. Содержание коррекционной работы с детьми раннего возраста с РАС строится на основе использования принципа «воссоздание онтогенетической последовательности развития ребенка в онтогенезе».

Репозиторий БрГУ

Включение родителей в программы раннего вмешательства для детей с РАС приводит к повышению не только уровня развития детей, но и уровня эмоционального благополучия матерей, что, в свою очередь, усиливает эффект терапии для детей [293; 326; 453].

Одна из важных задач, решаемая исследователями (преимущественно в Западной Европе и США), – оценка результативности раннего вмешательства, которая необходима для доказательства эффективности определенных программ, без чего программы не могут быть рекомендованы в практику работы с детьми, так как не будут поддержаны страховыми компаниями, оплачивающими услуги раннего вмешательства. Оценка эффективности программ раннего вмешательства для детей с РАС является целью многих научных публикаций [126; 324; 553 и др.]. При оценке эффективности программ раннего вмешательства отдельной проблемой является выбор методов, позволяющих объективно и с наименьшими затратами определить результаты вмешательства [273].

Метаанализ результативности разных вариантов интенсивных вмешательств, основанных на поведенческих моделях, и Денверской модели раннего старта показали некоторое улучшение у части детей раннего возраста с РАС когнитивных способностей, языковых навыков и навыков адаптивного поведения [553].

Создатели Денверской модели раннего вмешательства Дж. Доуон и С. Роджерс провели исследование, направленное на оценку эффективности этой модели [325]. Оказалось, что дети, которые получали терапию в соответствии с Денверской моделью раннего вмешательства в течение 20 часов в неделю (15 часов с профессиональными терапистами и 5 часов с родителями) на протяжении двух лет, продемонстрировали существенное улучшение когнитивных и речевых способностей и адаптивного поведения, у них также уменьшились проявления симптомов аутизма, по сравнению с детьми, которые участвовали в других программах вмешательства. В более позднем исследовании [324] были получены доказательства улучшения активности головного мозга у детей в ответ на социальные объекты. Данные ЭЭГ показали, что дети в группе Денверской модели лучше реагировали на социальную информацию по сравнению с детьми, которые проходили другие программы вмешательства. Так, при появлении в поле зрения лиц женщин мозговая активность у детей с аутизмом была такой же, как у НТ детей. В то же время дети с аутизмом, которые проходили другие программы вмешательства, демонстрировали большую активность мозга, когда смотрели на неодушевленные предметы, а не на лица. Предыдущие исследования показали, что такой необычный паттерн мозговой активности характерен для детей с аутизмом. Таким образом, Денверская модель раннего вмешательства улучшает активность мозга в отношении социальных объектов, что свидетельствует об улучшении коммуникации и уровня социального развития детей. Данная программа раннего вмешательства способствует развитию у ребенка внимания к другим людям и их социальным сигналам, что в свою очередь способствует нормальному развитию мозга и поведения.

Рандомизированное контролируемое исследование английских специалистов (А. Пиклес с соавт. [471] доказало уменьшение у детей симптомов РАС на

Репозиторий БрГУ

длительный срок в результате раннего вмешательства, которое включало родителей как медиаторов в реализации социально-коммуникативной терапии.

Дети раннего возраста с РАС включаются также в инклюзивные программы [519]. Анализ итогов годичного пребывания детей в такой программе проведен в исследовании А. Стамер с соавт. [520] Авторы зафиксировали существенное улучшение показателей социально-коммуникативного развития детей, которое превышало ожидаемое улучшение на 16 %. Если в начале программы у 50 % детей функциональные коммуникативные навыки отсутствовали, то к концу программы 90 % детей пользовались функциональными коммуникативными системами. В результате участия в инклюзивных программах у матерей, имеющих детей раннего возраста с РАС, снижается уровень стресса, связанного с ребенком, хотя уровень стресса, связанного с выполнением родительских функций, остается неизменным [274].

Таким образом, программы раннего вмешательства различаются по своим методологическим основаниям, но они обосновываются данными о закономерностях развития ребенка в ранний период онтогенеза, поэтому характеризуются признаками высокой результативности и эффективности. При включении родителей в программы раннего вмешательства позитивный результат наблюдается как у детей, так и родителей.

2.13 Эмоционально-поведенческие расстройства

Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в раннем возрасте представлены в разных классификациях нарушений психического здоровья.

В Международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни DC: 0-3 [203; 204; 571] к эмоциональным расстройствам относятся расстройства, описанные в следующих рубриках:

201. Тревожные расстройства (Anxiety Disorder of Infancy and Early Childhood): страхи, тревоги, не связанные с единичным психотравмирующим событием или превышающие ожидаемые от ребенка данного возраста, не сопровождаются потерей навыков.

203. Расстройства настроения: депрессия младенческого и раннего возраста (Mood Disorder: Depression of Infancy Early Childhood); не сопровождается потерей интереса к окружающему миру, может быть нарушение пищевого поведения; важным диагностическим признаком является уменьшение способности к протесту.

В МКБ-10 [152] описываются следующие расстройства, которые встречаются в раннем возрасте:

F93 Эмоциональные расстройства с началом, специфическим для детского возраста.

F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте.

F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста.

F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста

В соответствии с руководством Немецкого общества детской и юношеской психиатрии и психотерапии [412], основанным на концепции регуляторных расстройств в раннем возрасте [311], нарушения поведения и эмоционального

Репозиторий БрГУ

развития рассматриваются с позиций совладания ребенка со стрессовыми факторами. На основе ведущего способа совладания у ребенка принято разделение видов эмоциональных расстройств и описаны три способа совладания со стрессовыми факторами: 1 – адаптивный, соответствующий возрастным особенностям развития ребенка, который приводит к повышению чувства его компетентности; 2 – интернализированный, проявляющийся самоограничениями и изоляцией; 3 – экстернализованный, проявляющийся реагированием вовне и особенно часто агрессией, упрямством, гиперактивным и разрушительным поведением. В соответствии с этим выделяются и описываются интернализованные и экстернализованные эмоциональные расстройства и расстройства поведения.

В концепции регуляторных расстройств в раннем возрасте подчеркивается, что эмоциональные расстройства детского возраста отличаются от расстройств у взрослых прежде всего тем, что их большая часть представляет собой скорее преувеличение нормальных тенденций в процессе развития, нежели качественные феномены. *Эти расстройства находятся на крайних границах нормы, они связаны с типичными для определенных возрастов формами поведения, поэтому выявление этих расстройств и их дифференциация представляет определенные сложности.* Расстройства проявляются в повседневных родительско-детских взаимодействиях, и их нельзя рассматривать вне контекста детско-родительских отношений. Период раннего возраста рассматривается в психопатологии развития как «время повышенной экспансивности со стороны ребенка и повышенных ограничений со стороны социализирующих взрослых» [48, с. 109], а поэтому как период бурных конфронтаций между детьми и взрослыми.

Однако исследования взаимосвязи эмоциональных расстройств у детей и родительского отношения к детям свидетельствуют о взаимно направленных влияниях, поэтому выделить главный фактор представляется затруднительным. Предпочтение отдается идее о кольцевом характере взаимного влияния: определенные характеристики родительского отношения влияют на появление симптомов эмоционального расстройства, на следующем витке взаимосвязи эмоциональное расстройство ребенка оказывает влияние на поведение родителей по отношению к ребенку, то есть кольцевая модель является моделью спирали. Особенно показательными являются установленные кольцевые взаимосвязи при изучении трудного темперамента у детей [347]: трудный темперамент сказывается на качестве детско-материнских интеракций, что в свою очередь приводит к расстройствам поведения и эмоций у детей.

Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, как и все другие регуляторные расстройства раннего детского возраста, рассматриваются с трех сторон, и соответственно, симптомы этих расстройств объединяются в триаду:

1) специфические проблемы детского поведения;

2) дисфункциональные паттерны детско-родительского взаимодействия;

3) уменьшение собственных ресурсов родителей.

Эмоциональные нарушения у детей раннего возраста рассматриваются в первую очередь с позиций теории привязанности (положения теории привязанности изложены в п. 1.3). Эмоционально-поведенческие расстройства в россий-

Репозиторий БрГУ

ской клинико-психологической традиции рассматриваются в рамках концепции неврозов и невротических расстройств [87; 95; 189].

Психологический подход к анализу эмоциональных и поведенческих расстройств в раннем возрасте включает рассмотрение задач развития ребенка в контексте общих закономерностей психоэмоционального развития ребенка в раннем детстве.

К задачам развития в эмоциональной сфере в младенчестве и раннем возрасте В. В. Лебединский и М. К. Бардышевская [133] относят регуляцию активности и цикла сон-бодрствование, освоение социальных средств регуляции своего состояния, установление отношений привязанности и баланса автономии и привязанности, освоение способов и средств овладения своими состояниями, способами выражения негативных эмоций, возникающих при неудовлетворении базовых потребностей, познание себя в активной деятельности, стремление к самостоятельности, позитивные чувства как гордость за достижение, негативные при невозможности получить результат, при отсутствии позитивных оценок от взрослых.

В качестве биологических предпосылок нарушений психоэмоционального развития выступает невропатия детского возраста, которая рассматривается в работах школы российской детской психиатрии [40; 88; 206]. В МКБ-10 невропатия как диагноз не представлена, однако российские детские психиатры отводят ей первое место по распространенности среди психических расстройств раннего возраста. Невропатия возникает вследствие конституционально-генетической и приобретенной внутриутробно нервно-соматической ослабленности организма ребенка, а также органических поражений головного мозга (минимальная мозговая дисфункция). Наиболее существенное влияние на появление невропатии у ребенка оказывает действие на организм женщины во время беременности каких-либо ослабляющих факторов биологического и психологического характера [87]. Выделены и подробно описаны три клинико-этиологических синдрома невропатии: истинная (конституциональная) невропатия, органическая невропатия и невропатия смешанного генеза [206]. В патогенезе невропатии основное значение придается незрелости или неустойчивости соматовегетативной регуляции разной этиологии, из-за чего на первый план выступают патологические проявления соматовегетативного уровня реагирования [107].

К клиническим симптомам невропатии относятся склонность к беспокойству на фоне заостренной эмоциональной чувствительности и лабильности; усиление плаксивости, капризности даже при незначительном изменении внешней обстановки, образа жизни; симбиотическая привязанность к матери; соматическая ослабленность, повышенная чувствительность слизистых к охлаждению и инфекциям; легкая утомляемость, общая нервная невыносливость, плохая переносимость шума, духоты, яркого света; болезненная реакция на индифферентные раздражители (тактильные воздействия, изменения положения тела), особенно выраженной может быть негативная реакция на медицинские обследования и манипуляции; нарушения сна (затрудненное засыпание, поверхностный, беспокойный сон, ночные страхи, плач, снохождения, отказ от дневного сна); излишняя подвижность, сосание пальца, раскачивания, особенно перед сном;

Репозиторий БрГУ

нарушения аппетита, частые кишечные расстройства, запоры, в младенчестве срыгивания, склонность к аллергии и диатезам; вегетососудистая дистония (снижение артериального давления, головные боли, головокружения, рвота, спазмы, повышенная потливость, озноб, неустойчивость пульса); склонность к истерическим формам реагирования (аффективно-моторные припадки) [87; 161].

В российской клинической и возрастной психологии описаны типичные условия семейного воспитания, то есть травмирующие ситуации в семье, которые предрасполагают к возникновению невротических расстройств, а также типы родительского отношения или стили детско-родительских отношений, которые способны привести к невротическим расстройствам у детей и подростков (Б. Д. Карвасарский, А. И. Захаров, Э. Г. Эйдемиллер, А. Я. Варга и др.). Например, А. Я. Варга [45] описывает три неблагоприятных для ребенка типа родительского отношения: симбиотический, авторитарный и эмоционально отвергающий. А. И. Захаров [87] выделяет три типа неправильного воспитания, которые предрасполагают к невротическим расстройствам у детей: отвергающее воспитание (непринятие), гиперсоциализирующее, которое проявляется в чрезмерной озабоченности будущим ребенка, эгоцентрическое воспитание.

Невротизирующие родительские практики ассоциируются с нарушениями привязанности, избыточным контролем и ограждением от трудностей, враждебностью, невротичностью и воспитательной неуверенностью. Формирование невротических симптомов объясняется в зависимости от теоретических убеждений исследователя как результат нейрофизиологической ослабленности, канализации избыточного напряжения, латентного научения, неполного эмоционального принятия, препятствий для освоения нормативных возрастных требований. Несмотря на некоторые противоречия в исследованиях, представляется, что весь комплекс указанных факторов участвует в образовании невротических симптомов у детей.

Ориентируясь на концепцию регуляторных расстройств [311], мы разделяем эмоциональные и поведенческие расстройства у детей раннего возраста на интернализованные (страхи, тревога, депрессия) и экстернализованные (упрямство, агрессия, гиперактивность).

Интернализованные расстройства в раннем возрасте. В диагностических классификациях описываются несколько расстройств, которые могут быть отнесены к интернализованным расстройствам.

В DC: 0-3: 201 *Тревожные расстройства* (Anxiety Disorder of Infancy and Early Childhood): страхи, тревоги, не связанные с единичным психотравмирующим событием или превышающие ожидаемые от ребенка данного возраста, не сопровождаются потерей навыков.

В МКБ-10: F 93.0 *Тревожное расстройство в связи со страхом разлуки в детском возрасте* представляет собой поведение, основанное на телесном контакте ребенка с матерью как компоненте поведения привязанности. Ребенок характеризуется чрезмерно частым проявлением склонности к телесному контакту с матерью, его поведение сопровождается тревожным, паническим, но и требо-

Репозиторий БрГУ

вательным плачем и крепким захватом матери, а у детей, не отлученных от груди, сопровождается требованием груди.

В МКБ-10: F93.1 *Фобическое тревожное расстройство детского возраста; F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста*.

Тревожное расстройство в связи со страхом разлуки в детском возрасте основано на чрезмерном страхе разлуки с матерью. Попытки матери успокоить ребенка часто безуспешны, так как мать испытывает неуверенность, страхи, чувства вины. Во второй половине первого года жизни ребенку необходимо видеть близкого взрослого, и при удалении матери ребенок начинает плакать и кричать, так как испытывает тревогу. Неуверенная мать постепенно приходит к тому, чтобы не разлучаться с ребенком, закрепляя тем самым тревожное поведение ребенка и провоцируя его к цепляющему поведению. Ребенок вплоть до конца третьего года жизни демонстрирует не соответствующую возрасту реакцию на разлуку чрезмерным цеплянием и паническим криком или рыданием, и подобное поведение усиливается во время прощания с чрезмерно заботливой матерью.

Предикторами появления интернализованных расстройств у детей в возрасте 30 месяцев являются трудный темперамент ребенка, материнская депрессия, тревожность и фрустрированность, родительское отношение к ребенку по типу тревожной гиперпротекции, а также наличие супружеского конфликта [463].

В немецкоязычных источниках описано сходное расстройство, названное «чрезмерным цеплянием» (exzessives Klammern) [506], и оно рассматривается как вариант небезопасной привязанности. Телесный контакт ребенка и близкого взрослого при наличии этого расстройства не всегда приводит к успокоению ребенка, так как цепляние и хныканье продолжаются даже тогда, когда ребенок сидит на коленях взрослого. Это указывает на то, что актуализация поведения привязанности направлена на удовлетворение других потребностей ребенка, в частности, потребности во внимании близкого взрослого, и свидетельствует о неумении ребенка занять себя самостоятельной деятельностью, получая удовольствие от предметной деятельности и игры.

По наблюдениям Н. В. Андрущенко [6] родители жалуются на то, что в течение дня ребенок очень часто начинает кричать, держась за подол юбки матери, требует, чтобы его взяли на руки, когда, например, мать пытается заняться домашними делами или хочет выпить чашку чая, сходить в душ или в туалет. Простое взятие ребенка на руки во время разговора со специалистом также не воспринимается ребенком, и он успокаивается, только когда полностью овладел вниманием матери. Проблемное поведение ребенка активируется при попытке уделить ребенку меньше внимания. Ребенок же учится склонять родителей к новым уступкам, поэтому развитие игры и саморегуляции к него тормозится. При этом родители отличаются неуверенно-амбивалентным поведением и высокой, но дисфункциональной отзывчивостью. Для матери типичны «двойные послания», полуискренние ответы на детские требования, автоматическое поглаживание с усиливающимся напряжением, гнев вперемешку с чрезмерной заботой и отстранением. Родителям не удается распознать потребности ребенка, предоставить ему надежную защиту и дать ему возможность заниматься самому в при-

Репозиторий БрГУ

сутствии родителей. Родители присутствуют только физически, они не доступны в своих чувствах, они характеризуются неумением удовлетворять собственные потребности и устанавливать границы.

Триада симптомов при расстройстве «чрезмерное цепляние» выглядит следующим образом: 1) Проблемы детского поведения: ребенок еще недостаточно способен самостоятельно справиться с состояниями напряжения (к которым относятся страхи, возбуждение, фрустрация, скука), и он может успокоиться только с помощью первичной фигуры привязанности, чаще всего это родители, поэтому в ситуациях напряжения ребенок ищет телесной близости с родителем для поиска поддержки. 2) Дисфункциональные паттерны детско-родительского взаимодействия: родители поддерживает цепляющее поведение ребенка, они характеризуются неумением удовлетворять собственные потребности и устанавливать границы. 3) Уменьшение собственных ресурсов родителей: родители переживают, что их действия не приводят к успокоению ребенка, и с течением времени в их поведении постепенно наблюдается синдром перестимуляции ребенка, так как родители стараются успокоить ребенка, интенсивно используя различные способы.

Тревожные и фобические расстройства у детей раннего возраста. С этологических позиций реакция страха объясняется усилением воспринимаемой угрозы, боли, преувеличением вреда, который несет в себе травматическое воздействие, что приводит к возрастанию у ребенка чувства беспомощности [133], поэтому адаптивный смысл такого избыточного реагирования состоит в стимуляции развития привязанности ребенка к матери. В патологических ситуациях возможны несколько вариантов т. н. «заостренных страхов»: во-первых, любое, даже незначительное, препятствие может восприниматься ребенком как катастрофа и вызывать паническую реакцию, при этом переоценивается интенсивность любых неприятных ощущений (голод, усталость, дискомфорт, ограничение свободы движения), а источники этих неприятных ощущений воспринимаются однозначно как угрожающие и разрушающие; такой страх парализует активность ребенка, вызывая у него состояние дезинтеграции; во-вторых, увеличивается количество стимулов, вызывающих страх, которые связаны с первоначальным источником страха по ассоциации; в-третьих, возможна фиксация страха, когда его изживание принимает навязчивый, изнуряющий для ребенка и его окружения характер.

В раннем возрасте тревожность и устойчивое состояние беспокойства, заостренные страхи встречаются достаточно часто. В соответствии с позициями российской клинической психологии страхи и тревожность являются симптомами невротических реакций на травматическую ситуацию. В раннем возрасте к таким ситуациям относятся появление пугающего стимула, неожиданная для ребенка и длительная разлука с матерью, поступление в дошкольное учреждение, рождение младшего брата или сестры, физические наказания. Такие личностные особенности матери как ее тревожность и гиперсоциализированность, материнское отношение в виде повышенной требовательности к ребенку, без учета его реальных возможностей, недостаток нежности и тепла матери, способствуют

Репозиторий БрГУ

возникновению и закреплению страхов и повышенной тревожности у ребенка. Значимыми факторами являются также семейные конфликты и развод родителей [66; 88]. Страхи и тревожность ребенка прямо указывают на депривацию потребности ребенка в безопасности [251].

Типичными для раннего возраста страхами являются страх неожиданных звуков, страх одиночества (или страх разлуки с матерью, родителями), страх боли, уколов и связанный с этим страх медицинских работников. А. И. Захаров отмечает, что когда эти страхи носят ситуативный и ненавязчивый характер, речь не идет о патологии. Если же ребенок часто демонстрирует тревожность, которая выражается в нежелании расставаться с матерью, буквальном «прилипании» к ней, плаче, гиперактивности, он постоянно спрашивает о пугающем объекте (чтобы удостовериться, что тот не причинит ему вреда), ему снятся кошмары, он сосет палец, раскачивается, то речь идет о серьезном эмоциональном расстройстве. Патологические варианты детских страхов характеризуются следующими признаками: значительное преувеличение ребенком любых препятствий или неприятных ощущений, которое парализует его активность, вызывая состояние дезинтеграции; увеличение количества стимулов, вызывающих страх, которые связаны с первоначальным источником страха по ассоциации (иррадиация страха); фиксация страха [133].

Острую реакцию испуга (невроз испуга) у ребенка раннего возраста может вызвать любой неожиданно появившийся стимул (громкий звук, незнакомый человек, животное) [161]. В этот момент ребенок может повести себя по-разному: либо он громко кричит, плачет, мечется, либо молча застывает на месте; наблюдаются и характерные вегетативные симптомы: ребенок краснеет или бледнеет, иногда покрывается потом, дрожит, непроизвольно мочится. По истечении нескольких секунд, минут, редко часов острое состояние проходит. Однако в ближайшую ночь ребенок плохо спит, ему снятся кошмары, он просыпается среди ночи в состоянии страха. В последующие дни и недели эти состояния повторяются по ночам. Во время бодрствования ребенок часто говорит об испугавшем его объекте. Иногда (к концу раннего возраста) ситуация испуга воспроизводится в играх, может наблюдаться иррадиация страха на другие объекты. Постепенно в состоянии ребенка происходит видимая перемена: он становится вялым, раздражительным, плаксивым, отказывается от игры с другими детьми, у него снижается аппетит, могут наблюдаться формы поведения, характерные для более ранней стадии развития (регресс). Иногда возникают осложнения, связанные с проявлениями у ребенка истерических симптомов: параличи и парезы конечностей, заикание, афазия и др.

Непреодоленные болезненные страхи и тревожность в раннем возрасте в последующем могут привести к возникновению различных фобий, тревожно-мнительных черт характера, обсессивно-компульсивных расстройств [66; 88].

Фактором риска развития тревожных расстройств у детей раннего возраста является небезопасная привязанность родителей и детей [380], а также определенные стили родительского поведения по отношению к ребенку. Следствием гиперопеки становятся тревожность, депрессивные расстройства, соматизация

Репозиторий БрГУ

(«бегство в болезнь»). Родительское поведение, такое как чрезмерная защита, которое служит для приспособления или усиления стратегий избегания, может повлиять на поддержание и развитие тревожных расстройств у детей раннего возраста. Сверхзащитное и чрезмерно вовлеченное воспитание может привести к тому, что у ребенка могут уменьшиться возможности справляться с новыми и потенциально опасными и трудными ситуациями. Другим стилем воспитания, которому уделяется внимание в отношении развития эмоциональных проблем у детей, является критическое воспитание. Критическое воспитание детей ассоциируется с депрессией и в меньшей степени с тревогой. Родители, которые критикуют и преуменьшают значимость чувств ребенка, подрывают эмоциональную регуляцию ребенка и повышают его склонность к беспокойству и депрессии. Родители могут оказывать влияние на своего ребенка посредством моделирования тревоги: если родитель ведет себя тревожно, проявляя поведение, вызывающее страх, сообщая об угрозе ребенку либо избегая поведения в тревожных ситуациях, это оказывает влияние на эмоции и поведение ребенка в будущем, что эмпирически доказано в экспериментальных исследованиях [380].

Депрессивные расстройства у детей раннего возраста. В пересмотренной редакции диагностической классификации DC: 0-5 есть рубрика «*Расстройства настроения*», в которую включено депрессивное расстройство раннего возраста. В эту же редакцию DC: 0-5 [570] внесено новое расстройство, названное расстройством нерегулируемого гнева и агрессии раннего возраста, которое относится к расстройствам настроения. Ребенок с этим расстройством демонстрирует распространенные, стойкие расстройства настроения и паттерны дисрегуляции поведения. Трудное, агрессивное поведение ребенка может относиться только к одному ухаживающему взрослому, при этом суть поведения значения не имеет.

Нераспознанная в раннем возрасте депрессия представляет опасность для ребенка: она может замедлить развитие, исказить онтогенез, особенно эмоциональный, нарушить социальную адаптацию и спровоцировать в дальнейшем появление другой возможной психопатологии, как полагает Н. Н. Голубева [68]. По ее данным, имеется четкая клинико-динамическая зависимость депрессий младенческого и раннего возраста от конституционально-наследственной предрасположенности и характера социально-средовых воздействий. Клиническая картина депрессии раннего детского возраста характеризуется комплексом расстройств: пониженным настроением, нарушением моторики, идеаторными расстройствами, соматовегетативными симптомами, что позволяет говорить об их структурной схожести с депрессией, наблюдаемой в более старших возрастах. Отличительными особенностями депрессии младенческого и раннего возраста являются нарушения поведения в диаде «мать–дитя» и сопутствующий депрессии общий психический дизонтогенез по дефицитарному, искаженному, диссоциированному или задержанному типу.

Депрессия у детей отличается от депрессии у взрослых. Говоря о депрессии у детей, авторы отмечают ее атипичность и выделяют так называемые эквиваленты депрессии. В раннем возрасте эквиваленты депрессии разнообразны:

Репозиторий БрГУ

расстройства сна (ночные страхи), расстройства питания (анорексия, регургитация, поедание несъедобных веществ), потеря массы тела, онанизм, тики, агрессивность, раздражительность [161]. Депрессия рассматривается О. Крейслером [116] как одно из основных расстройств, приводящих к психосоматическим нарушениям на ранних этапах развития. Основными причинами депрессии у детей от 6 до 18 месяцев являются разлука с матерью, эмоциональная холодность матери, депрессия у матери. Помимо психосоматических нарушений в качестве симптомов депрессии также выступают общее снижение активности ребенка, безразличие, пассивность в общении, предпочтение взаимодействия с предметами в ущерб контактам с людьми, психическая и моторная гипореактивность, монотонность действий.

Материнская депрессия и ее влияние на возникновение эмоциональных, в том числе депрессивных, расстройств у детей раннего возраста широко обсуждаются в литературе [105], и многочисленные исследования подтверждают негативное влияние материнской депрессии на возникновение эмоциональных расстройств у детей. Например, стойкая материнская послеродовая депрессия и высокие показатели тревожности оказывают влияние на появление проблем в поведении и состояние эмоциональной негативности у детей в возрасте 24 месяцев [476]. Л. Мюррей с соавт. [446] определили механизмы негативного влияния послеродовой материнской депрессии на эмоциональное развитие детей в младенчестве, которое распространяется и на ранний возраст. Во-первых, дети демонстрируют высокий уровень эмоций грусти и дистресса, непосредственно отражая эмоциональное состояние матери; во-вторых, матери не могут, как это делают обычно, оказывать ребенку эмоциональную поддержку (скаффолдинг), когда ребенок испытывает дистресс; в-третьих, матери в состоянии депрессии прямо провоцируют у ребенка дистресс и симптомы дисрегуляции поведения, выражая враждебное отношение к нему или осуществляя насильственный контроль, чтобы предупредить негативное поведение ребенка. Если матери постоянно предупреждали негативное поведение ребенка в младенчестве, то это продолжает наблюдаться и в более позднем возрасте, и к 5–8 годам у этих детей обнаруживаются симптомы СДВГ.

Нарушения поведения ребенка в виде разрушительного, нарушающего дисциплину поведения напрямую связаны с материнской враждебностью и навязчивым контролем над ребенком [445]. Обнаружены эффекты т. н. «поврежденной интеракции» матери и маленького ребенка. Депрессивные матери демонстрируют ограниченную отзывчивость по отношению к ребенку, которая необходима для стимулирования когнитивного развития, например способность схватывать и поддерживать внимание ребенка, направляя его на познание окружающего мира, подкрепляя своими вокальными модуляциями. Депрессивные матери в меньшей степени используют практики обогащения опыта ребенка в окружающей среде, например совместное чтение книг, техники стимулирования речевого развития.

Репозиторий БрГУ

Экстернализованные эмоциональные расстройства и расстройства поведения. В диагностических классификациях описаны несколько разновидностей экстернализованных расстройств.

В МКБ-10: F91.3 Оппозиционно-вызывающее поведение.

В руководстве Немецкого общества детской и юношеской психиатрии и психотерапии [412] рассматриваются регуляционные расстройства, в число которых включены синдром неспособности и нежелания играть (Spielunlust), эксцессивное поведение упрямства (Exzessives Trotzverhalten), синдром эксцессивного цепляния (anklammerndes Verhalten), агрессивно-оппозиционное поведение, а также нарушение социального поведения с оппозиционным поведением (Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten).

Очевидно, что в разных диагностических классификациях используется разная терминология при описании сходных по феноменологии расстройств.

Результаты ряда авторов [462; 510; 511] свидетельствуют о том, что серьезные проблемы с поведением в раннем детстве являются результатом недостатков условий ухода и взаимодействия с ухаживающими взрослыми еще в период младенчества, что согласуется с моделями социального обучения и теорией привязанности. Дети с синдромами гиперактивности, оппозиционно-вызывающего расстройства испытывают множественные детские и психосоциальные факторы риска, действие которых начинается в младенчестве.

Статистически значимые связи между чрезмерным плачем, нытьем и проблемами со сном у детей 5-месячного возраста и проблемами экстернализации и интернализации тех же детей в возрасте 2 лет были обнаружены в работе А. Сидор с соавт. [511]. Проблемы с кормлением не связаны с возникновением поведенческих проблем в раннем детстве. Как экстернальные, так и интернальные расстройства были связаны с сопутствующим материнским дистрессом и материнской оценкой ребенка как «трудного». Результаты показывают, что регуляторные проблемы у младенцев из группы риска в значительной степени способствуют увеличению вероятности возникновения как внешних, так и внутренних проблем психического здоровья в раннем детстве.

К предикторам экстернализованных расстройств, появляющихся в 30 месяцев, М. Папушек относит такие характеристики поведения ребенка в младенчестве, как постнатальные биологические риски, трудный темперамент, продолжительные периоды плача, беспокойства и нервозности, длительный сон, а также фрустрированность матери.

Агрессивное поведение в раннем возрасте. В психобиологическом смысле эмоция гнева является частью адаптивной системы саморегуляции, когда происходит активация готовности к защите и преодолению препятствий, например, в ситуациях резкого прерывания или ограничения самостоятельной активности ребенка. По сравнению со страхами и тревожностью агрессия может рассматриваться как более прогрессивный способ защиты, поскольку это стеничная форма реагирования, основанная на усилении активности, а не на ее сворачивании. Критическим периодом для возникновения агрессивных форм поведения является второй год жизни, и особенно его вторая половина [133].

Репозиторий БрГУ

Появление агрессивных форм поведения ребенка на 2-м году жизни является важным этапом в развитии эмоциональной регуляции [133], однако если агрессия не сдерживается другими эмоциями, она возникает при любом препятствии на пути удовлетворения потребности, является чрезмерно выраженной и неадекватной ситуации, что свидетельствует о задержке эмоционального развития ребенка.

Наиболее частыми причинами агрессивного поведения ребенка в раннем возрасте являются:

- со стороны ребенка: усталость, накопившаяся обида и недовольство, ощущение беспомощности при удовлетворении актуальных потребностей и преодолении возникших препятствий, агрессивность ребенка также может быть следствием его повышенной тревожности;

- со стороны родителей: недостаточное внимание родителей к ребенку, агрессивное поведение родителей по отношению к ребенку или друг к другу, потакание ребенку в тех случаях, когда он ведет себя агрессивно, что приводит к закреплению агрессивного поведения, неустойчивый стиль взаимодействия с ребенком – резкая смена потворствующего стиля взаимодействия с ребенком на требовательный; запрещение родителями выражения ребенком гнева в любой форме, что приводит к пассивно-агрессивному поведению. Если агрессивные формы поведения в раннем возрасте закрепляются, то в дальнейшем это может привести к агрессивности как к относительно устойчивому свойству личности, которое выражается в готовности к агрессии и склонности воспринимать поведение других людей как враждебное [33].

В раннем возрасте агрессия ребенка может проявляться в деструктивных действиях по отношению ко взрослым и сверстникам (бьет, кусает, толкает, щипает, гневно кричит), к животным, иногда к самому себе и к неодушевленным предметам (ломает, бросает, рвет). Число симптомов агрессивного поведения увеличивается в период от 12 до 18 месяцев, и в возрасте 17 месяцев они встречаются у 80 % детей. Максимальная частота агрессивных действий наблюдается в возрасте 24 месяца. В связи с интенсивным процессом речевого развития на 3-м году жизни у детей к физической добавляется и вербальная агрессия. Агрессивное поведение в раннем возрасте является довольно распространенной возрастной реакцией на трудности и препятствия, например, когда ребенок забирает у сверстника понравившуюся игрушку или толкает сверстника, потому что тот мешает ему. В раннем возрасте агрессия часто носит враждебный характер и может быть следствием переживаемого ребенком гнева. Так как ребенок в этом возрасте еще не может регулировать свои эмоциональные состояния, вспышки агрессии могут быть достаточно яркими. Агрессивное поведение в раннем возрасте не является целенаправленным поведением, имеющем целью разрушить, сломать, повредить, испугать. В раннем возрасте готовность к агрессивному поведению у детей исчезает с возрастанием их речевой и социальной компетентности, так как они способны решать возникающие проблемы регуляции поведения другими способами и средствами, а не только проявлениями агрессии.

Репозиторий БрГУ

Роль родителей в возникновении агрессивного поведения у детей раннего возраста признается решающим фактором. На основании широкой распространенности агрессивного поведения у детей более точным будет говорить не о причинах его возникновения, а о факторах, которые его поддерживают и закрепляют. К последним относят отсутствие родительской воспитательной компетентности, негативный семейный пример, предрасполагающие к проявлениям конфликта детско-родительские отношения с обесцениванием и отвержением ребенка.

Потребность в автономии ребенка второго года жизни требует от родителей особых компетенций, так как в этот период развития ребенка решаются новые задачи: организация распорядка дня и ночного сна; здоровое питание ребенка; привитие культурно-гигиенических навыков; защита от опасностей, установление границ; установление социальных правил; развитие самостоятельности ребенка, компетентности и способности к общению с другими людьми. Решение этих задач родителями осуществляется на фоне стремления ребенка к автономии и самостоятельности, и перед взрослыми стоит сложная задача найти баланс между удовлетворением желаний ребенка и необходимостью введения удержания, ограничений и правил, которые вызывают у ребенка негативные эмоциональные состояния в виде гнева и фрустрации.

Упрямство, непослушание в определенной степени встречаются у всех детей раннего возраста. Это связано с интенсивным стремлением к самостоятельности, характерным для данного периода. Впервые упрямство появляется уже на 1-м году жизни, а к концу раннего возраста упрямство рассматривается как один из главных симптомов кризиса 3 лет [61].

Однако, несмотря на то, что упрямство и непослушание могут рассматриваться в раннем детстве как характеристика возраста, высокая интенсивность и частота их проявления указывают на нарушения эмоционального благополучия ребенка [252]. Родители таких детей обычно жалуются, что они не справляются с ребенком, проявления упрямства и непослушания сопровождаются агрессией и часто предстают в виде аффективно-моторных припадков, когда ребенок кричит, мечется, падает на пол, бьет о пол ногами или головой [95]. В качестве причин подобного поведения ребенка авторы обычно называют неудовлетворение возрастающей потребности ребенка в самостоятельности, излишнюю строгость и негибкость во взаимодействии с ним, насильственное кормление, резкое изменение привычного образа жизни ребенка, предъявление к ребенку требований, не соответствующих его возрастным возможностям.

Феномен детского упрямства активно изучается в работах, посвященных регуляторным нарушениям раннего детства [311]. Триада симптомов чрезмерного упрямства описывается следующим образом:

1) трудности ребенка связаны с задачами адаптации и эмоциональной регуляцией, чтобы справиться с сильными аффектами, такими как разочарование и гнев;

2) дисфункциональные паттерны взаимодействия прямо связаны с отклонениями поведениями ребенка, которые поддерживают или подкрепляют трудное поведение ребенка, что могут приводить к его эскалации;

Репозиторий БрГУ

3) синдром перестимуляции у родителей в связи с их трудным, упрямым ребенком, напряжение в связи с проблемой власти и бессилия, контроля и подчинения, с установлением границ, с добавлением сильных аффектов. Эти трудности взаимодействия родителей и ребенка могут быть описаны с помощью модели баланса автономии и зависимости.

Одной из форм поведения ребенка, в которой ярко проявляются упрямство и непослушание, является интенсивное стремление ребенка подчинить родителей своим требованиям и желаниям – *властолюбие*. Феномен детского властолюбия был подробно изучен И. Прекоп [185]. Сущность его заключается в том, что ребенок стремится властвовать над своими близкими, беспрекословно подчинять их своей воле и желаниям. При неподчинении ему ребенок демонстрирует бурный протест, проявляя сильное упрямство. Он часто настойчиво требует определенных вещей или выполнения действий в строго определенной последовательности.

Основной причиной детского властолюбия, по мнению И. Прекоп, является неправильное поведение родителей. Оно заключается в том, что родители своевременно не вводят в жизнь ребенка никаких правил и ограничений, не дают ему «…возможность осмыслить границы дозволенного» [185, с. 18]. Следствием этого является неудовлетворенность одной из основных потребностей ребенка – потребности в безопасности [251], так как стремление ребенка властвовать над окружающими является в данном случае компенсирующим. Таким способом ребенок стремится сделать окружающий мир предсказуемым и безопасным. «Ему (ребенку) не остается ничего другого, как господством над окружающим миром заменить удовлетворение своей основной потребности – потребности быть защищенным. Ребенок становится болезненно зависим от своего господства над другими людьми» [185, с. 56].

Детское властолюбие, как указывает И. Прекоп, зарождается еще на первом году жизни. Повышенная забота со стороны родителей, их обеспокоенность в периоды кормления, сна, болезни ребенка является для него поводом для «захвата власти». Дети чувствуют, что в этих ситуациях родители сдадутся легче всего. Отрицательными последствиями подобного нарушения во взаимодействии является несформированность у ребенка навыков сотрудничества, способности приспосабливаться к другим людям и учитывать их интересы, и у него развивается болезненное самолюбие.

Истерики и приступы гнева. Поведенческие характеристики истерик у детей в возрасте от 18 до 60 месяцев описаны в работах М. Потегал с соавт. [473; 474]. На основе анализа сообщений родителей установлено, что продолжительность истерики у детей составляет от 0,5 до 1 минуты; в 75 % случаев истерики продолжаются 5 минут или меньше. Если ребенок топает ногами или падает на пол в первые 30 секунд, истерика, скорее всего, будет короткой, а вероятность родительского вмешательства невелика. Гнев быстро нарастает, достигает своего пика в начале истерики, и затем уменьшается. Плач и поиск комфорта как компоненты дистресса увеличивают вероятность истерики. Основными независимыми, но частично перекрывающимися эмоциональными и поведенческими

Репозиторий БрГУ

составляющими истерики являются гнев и дистресс. Гнев у детей различается по уровням интенсивности, но с возрастом интенсивность гнева в поведении уменьшается, и постепенно преобладающим становится гнев низкой интенсивности. Состояние дистресса включает нытье, плач и поиск ребенком комфорта.

Различаются и акустические характеристики вокализаций детей в приступах истерик [356]. Результаты показали, что воспринимаемые крики, вопли, плач, скуление и беспокойство имеют разные акустические особенности. Крики и вопли образуют группу с похожими акустическими характеристиками, в то время как плач, скуление и беспокойство образуют вторую акустическую группу. Крик отражает более высокую интенсивность гнева, чем вопль, в то время как беспокойство, нытье и плач отражают усиление грусти. Среди способов совладания преобладают падение на пол или убегание, что, вероятно, отражает тенденцию ребенка к подчинению или избеганию. Истерики обеспечивают в детстве окно для выхода интенсивных отрицательных эмоций.

Терапевтическое вмешательство. В процессе терапевтического вмешательства при обращении родителей с жалобами на эмоционально-поведенческие расстройства решаются следующие задачи:

- четкие и конкретные представления обоих родителей о правилах и границах;
- дружеское, ясное, последовательное введение правил поведения для ребенка;
- наведение мостов между ребенком и взрослым во время его истерики;
- тайм-аут для прекращения дальнейшего конфликта, для совладания с гневом;
- поддержка самооценки родителя, чувства его компетентности;
- переработка эмоционального опыта родителей в контексте процесса воспитания и чувств, вызываемых поведением ребенка.

В случаях агрессивного и оппозиционно-вызывающего поведения ребенка:

- поддержка просоциального поведения;
- дружеское, ясное установление границ в ситуации агрессивного поведения и руководство просоциальным поведением;
- понимание взрослым негативных аффектов ребенка и принятие его при одновременном отклонении и непринятии его агрессивного поведения;
- отказ родителей от жесткого вербального агрессивного поведения или физических наказаний, так как это служит негативной моделью поведения;
- построение и поддержка чувства собственной значимости;
- переработка родительского опыта, связанного с агрессией и насилием;
- переработка чувств, вызванных негативным аффектом, из собственного детства, супружеских конфликтов.

Гиперкинетическое расстройство, или симптом дефицита внимания с гиперактивностью. Данное расстройство в развернутом виде наблюдается у детей раннего возраста достаточно редко, поэтому исследователи направляют свое внимание на поиск симптомов поведения ребенка в раннем возрасте, которые могут выступать в качестве предикторов СДВГ в более позднем возрасте [561].

Репозиторий БрГУ

В редакцию DC: 0–5 [570] внесено новое расстройство, названное «сверхактивное (гиперактивное) расстройство раннего детства (Overactivity Disorder of Toddlerhood)». Эта категория описывает синдром проникающей, стойкой, крайней онтогенетически неприемлемой (неподходящей) гиперактивности и импульсивности в раннем возрасте. Данное расстройство может быть диагностировано только у детей в ограниченный возрастной период – от 24 до 36 месяцев, у которых наблюдаются симптомы гиперактивности, но которые не соответствуют полному набору критериев СДВГ.

Происхождение сверхактивного расстройства раннего детства объясняется нейропсихологической дисфункцией, связанной с трудным темпераментом, при котором дети отличаются импульсивностью, раздражительностью и гиперактивностью [48]. Гиперактивность в раннем возрасте в концепции уровневой регуляции эмоций (В. В. Лебединский и М. К. Бардышевская [133; 255]) связывается с хроническим перевозбуждением, которое, в свою очередь, часто является показателем сильной тревоги. Авторы полагают, что этологический смысл гиперактивности в раннем возрасте – поиск утраченного или не сформированного вовремя объекта привязанности. Гиперактивность возникает, когда ребенок второго года жизни неспособен выбрать какой-то предмет или игрушку и заняться игрой с этим предметом, и является следствием неспособности ориентироваться на эмоциональную оценку матери при определении аффективной валентности предметов.

Гиперкинетическое расстройство в раннем возрасте может быть описано как расстройство регуляции, которое было включено в качестве самостоятельной диагностической категории в первый вариант DC: 0–3 [571], где выделялись два различающихся типа – гипер- и гипосенситивные дети [206]. Акцент на измененной сенсорной реактивности делается и в пересмотренном варианте DC: 0 – 3R [572], где соответствующая категориальная рубрика обозначена как расстройства регуляции сенсорных процессов. В типологии расстройств регуляции сенсорных процессов DC: 0–3R выделяется также и третий тип этих нарушений, объединяющий детей, «ищущих сенсорной стимуляции», и «импульсивных» детей. Основной характеристикой их реактивности является так называемая «сенсорная жажда», которая состоит в постоянном поиске стимулов высокой интенсивности, частоты или длительности наряду с быстрым, импульсивным переключением с одного стимула на другой. Этот тип как раз и соответствует СДВГ, что отмечено в тексте DC: 0–3R. Феномен «сенсорной жажды» описан также В. В. Ковалевым [107], а в сочетании с такими симптомами как «ненасытное любопытство» или «ненасытная любознательность» эти феномены могут обусловливать расстройства внимания, вызывать повышенную двигательную активность ребенка, импульсивность его поступков и трудности целенаправленной деятельности, что и ведет позднее к верификации диагноза СДВГ.

М. Папушек [462] провела подробный анализ синдрома, получившего название Spielunlust, которое имеет множественные значения в переводе с немецкого на русский язык: нежелание играть, неспособность играть, отсутствие интереса к игре. Данное расстройство включено в перечень регуляторных расстройств раннего возраста [311; 412]. Данный синдром включает такие симпто-

Репозиторий БрГУ

мы, как беспорядочное поведение/суетливость ребенка на фоне плохого настроения и тревоги, гиперактивность, отсутствие интереса к игре и другой деятельности, беспорядочная активность в поиске сенсорных впечатлений.

В исследовании М. Папушек [462] проведено сравнение двух выборок детей второго и третьего года жизни (N = 591). В первую выборку были отобраны дети с синдромом Spielunlust, во вторую выборку – дети без признаков этого синдрома. Результаты сравнения двух выборок показали существование значимых различий между ними по следующим показателям:

- биологические факторы риска значимых – различий не обнаружено;
- мягкие неврологические знаки (42 % против 31 %);
- беспорядочное поведение / суетливость (59 % против 24 %);
- неадаптированность (20 % против 4 %);
- непредсказуемость (38 % против 26 %);
- чрезмерные вспышки гнева (72 % против 45 %);
- агрессивно-оппозиционное поведение (28% против 13%).

Эмоциональное состояние матери и ее отношение к ребенку:

- показатели психологических нарушений у матери (73 % против 39 %);
- показатели материнской депрессии (42 % против 26 %);
- матери оценивают себя как значительно более депрессивных, фрустрированных, ригидных, недостаток удовольствий, сверхтревожных, имеющих страх быть отвергнутыми.

Психосоциальные факторы риска:

- пренатальный стресс / тревога / конфликт / депрессия (60 % против 50 %);
- серьезный супружеский конфликт (34 % против 28 %);
- межпоколенные конфликты (31 % против 17 %);
- неблагоприятное детство матери (43 % против 34 %);
- расстройства личности и невротические расстройства (43% против 25%);
- психопатология матери (65 % против 38 %).

Таким образом, для детей раннего возраста, у которых наблюдается синдром Spielunlust, характерно критическое сочетание действия нескольких факторов: высокий конституционный риск, связанный с общими возможностями саморегуляции и обработки сенсорной информации, более высокий уровень психологических нарушений у матери, более высокие показатели ранних нарушений семейных отношений, отсутствие позитивных игровых взаимодействий ребенка и близкого взрослого; дисфункциональные паттерны игровых взаимодействий в сочетании с неугомонным исследовательским поведением ребенка в поисках сенсорных ощущений.

Ранняя неспособность к игре характеризуется мотивационными проблемами и проблемами внимания, являющимися частью общего расстройства эмоционально-поведенческой регуляции у 35 % детей раннего возраста. Поэтому симптомы поведения, составляющие данный синдром в раннем возрасте, рассматриваются как ранние проявления или ранние предшественники СДВГ у детей в более старшем возрасте.

Репозиторий БрГУ

Терапевтическое вмешательство. Рассматривая особенности взаимодействия родителей и ребенка в игре или в любой совместной деятельности, М. Папушек доказывает ее стимулирующий и протективный характер для синдрома Spielunlust, который, как указывалось выше, выступает в качестве предшественника СДВГ.

Роль родителей в совместной игре многообразна: обеспечить безопасность и защиту; предоставить пространство и создать атмосферу для игры; защитить от перестимуляции; выделять свое время для игры с ребенком; быть эмоционально доступным, обеспечить совместное внимание; участвовать в игре и быть гибким в зависимости от обстоятельств, предложить модель поведения в игре, оказывать помощь и поддержку по просьбе ребенка, использовать адекватный язык в общении с ребенком, наслаждаться временем совместной игры. В совместной игре взрослый реализует игровые элементы, включенные в интуитивную родительскую компетентность: поддерживать внутреннюю мотивацию, помогать решению возникающих в игре проблем, проигрывать различные повторяющиеся темы, обеспечивать стимулирующую среду, идеи и модели поведения, подобранные для реализации зоны ближайшего развития. В игре взрослый реализует различные способы и средства скаффолдинга, поддерживая развитие ребенка в разных областях [404; 462].

Авторами разработана модель терапевтического вмешательства с использованием совместной игры взрослого и ребенка, основными элементами которого являются следующие:

- следование модели интуитивного воспитания;
- структурирование дня и жизни с периодическими периодами сна и релаксации («острова отдыха»);
- периоды совместной игры с совместным вниманием и эмоциональной доступностью чередуются с периодами одиночной игры ребенка;
- защита от чрезмерной стимуляции и установки на поиск ребенком новых ощущений, ограничивающих способность ребенка к самостоятельной игре;
- поддержка внутренних мотиваций ребенка, обеспечивающих опыт самодостаточности.

Терапевтическое вмешательство с использованием видеоинтерактивного руководства на уровне игровых взаимодействий родитель–ребенок является эффективным и необходимым из-за высокого уровня дистресса родителей и детей с синдромом Spielunlust. Раннее восстановление способности ребенка к игре и позитивное отношение родителей к ребенку во время игры в конечном итоге улучшат регуляцию внимания ребенка и способствует профилактике СДВГ.

Репозиторий БрГУ

3 СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

3.1 Классификация отклонений в развитии в раннем возрасте

Проведенный в предыдущих главах анализ отклонений в развитии ребенка в раннем возрасте дает основание для систематизации накопленных научных данных о развитии ребенка в раннем возрасте и возникновении нарушений развития.

Систематизация – мыслительная деятельность, в ходе которой исследуемые объекты организуются в некую систему на базе выбранного принципа; расположение классов предметов или явлений в определенном порядке, в соответствии с существующими между этими классами взаимосвязями. Благодаря систематизации явления объективного мира отражаются в сознании не разобщенно, а в определенной системе, что позволяет глубже понять их взаимосвязь и использовать эти знания в практической деятельности. Систематизация помогает открытию новых явлений и уточненному пониманию связей между ними.

Одним из основных видов систематизации является классификация – подведение отдельных предметов или явлений на основании присущих им общих признаков под более общие понятия, обозначающие определенные классы предметов или явлений. Отнесение предмета к определенному классу уточняет наши познания об отдельных предметах, позволяет раскрыть не только особенности данного предмета, но и внутренние связи между группами, классами явлений. Без отнесения в родственные классы на основании сходных признаков понятия о предметах были бы ограниченными, неполными.

Классификации отклонений (нарушений) в развитии *в раннем возрасте* в психологии в настоящее время не разработаны. Дети раннего возраста и нарушения развития являются объектом и предметом изучения в медицине (педиатрия, детская неврология и психиатрия), психологии (специальная психология) и педагогике (коррекционная педагогика). В разных науках существуют свои классификации нарушений развития в детском возрасте, но подходы к описанию развития и его нарушений в этих науках существенно различаются, в первую очередь критериями классификации.

Для характеристики психических расстройств в детском возрасте используются европейская Международная классификация болезней 10-го или 11-го пересмотра [152] или американская классификация DSM-5 [265]. В психиатрии классификация приводит в определенную систему огромное разнообразие явлений, встречающихся в клинической практике. «Основная функция классификации в детской и подростковой психиатрии в том, чтобы улучшить передачу информации путем создания связей среди клиницистов и профессионалов в среде исследователей. Другая важная роль использования классификации – это получение данных, которые могут быть полезны для лечения пациента и дальнейшего прогноза» [142, с. 9].

В МКБ-10 выделена большая группа расстройств (раздел F), в которой описаны разнообразные виды нарушений, или расстройств, психического здоро-

Репозиторий БрГУ

вья у детей и подростков. В этой классификации к раннему возрасту могут иметь отношение такие диагностические категории, как: умственная отсталость (F70), специфическое расстройство моторных навыков (F82), первазивные (общие) расстройства развития (F84), другие расстройства психологического развития (F88), гиперкинетические расстройства (F90), эмоциональные расстройства с началом, специфическим для детского возраста (F93), расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста (F94), расстройства питания младенческого и детского возраста (F98.2).

Ограничения в применении данных категорий к оценке нарушений психофизического развития детей раннего возраста связаны с нечеткостью указаний на возрастные параметры, так как в большинстве категорий указан возраст возникновения нарушений «до пяти лет», «до шести лет») и т. п.

В качестве дополнения к МКБ-10 специалистами по психическому здоровью (детскими психиатрами) разработана «Диагностическая классификация расстройств психического здоровья и нарушений развития 0–3» [571–573], в которой описаны нарушения у детей от рождения до трех лет. Она включает по оси основного диагноза следующие рубрики: посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства аффекта, расстройства адаптации, поведенческие нарушения, нарушения сна, нарушения питания, регуляторные расстройства, нарушения связей и коммуникаций – мультисистемное нарушение развития. Частично в этой классификации повторяются отдельные рубрики из основной части МКБ-10, например, из рубрик F91 Расстройства поведения, F98.2 Расстройство питания младенческого и детского возраста. Однако данная классификация не охватывает такие нарушения развития у детей раннего возраста, которые отражают двигательную, познавательную и речевую сферы развития ребенка.

Американская классификация DSM-5 [265], которая рассматривается как «номенклатура психических расстройств», демонстрирует попытку отражения эволюции расстройств в течение жизни. В ней выделены такие диагностические категории как нарушения кормления/питания и нарушения сна, а также «нарушения нейроразвития», включающие интеллектуальные нарушения, языковые и речевые расстройства, расстройства аутистического спектра, расстройства дефицита внимания с гиперактивностью, моторные расстройства. Указанные расстройства характеризуют нарушения психического здоровья у детей на протяжении детства, и не только раннего детства, поэтому четкое ограничение расстройств, типичных только для раннего возраста, в этой классификации отсутствует.

Нарушения психофизического развития у детей являются следствием заболеваний (патологии) нервной системы, возникающих в пренатальном, интранатальном и раннем постнатальном периодах, которые выступают как биологическая основа нарушений развития. Как отмечает А. С. Петрухин, «последствия перинатальной патологии обусловливают основные неврологические нарушения у детей раннего возраста, занимая первое место среди всей церебральной патологии» [175, с. 17]. Поэтому целесообразно рассмотреть разработанные в детской неврологии классификации патологии нервной системы. К перинатальным повреждениям нервной системы относят гипоксию-ишемию, аномалии и дис-

Репозиторий БрГУ

плазии мозга, инфекции, токсические повреждения мозга, родовые травмы, наследственные болезни обмена.

Для диагностики и описания неврологических симптомов и синдромов у детей раннего возраста в детской неврологии используются следующие нозологические категории: последствия раннего органического поражения центральной нервной системы, минимальная мозговая дисфункция, задержка психомоторного (психоречевого) развития. К раннему органическому поражению ЦНС относится, в частности, поражение головного мозга новорожденных гипоксически-ишемического генеза, которое манифестирует в виде различных синдромов (синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдром внутричерепной гипертензии, гидроцефальный синдром, судорожный синдром, синдром двигательных расстройств, кома). У детей раннего возраста с различными соматическими расстройствами выделяют также специфические неврологические синдромы: у детей с врожденными пороками сердца, у детей с заболеваниями крови, у детей с психосоматическими нарушениями и заболеваниями, среди которых называют расстройства, имеющие отношения к системам пищеварения и дыхания [38; 161]. Таким образом, нарушенная биологическая основа (недоразвитие, поражение и повреждение нервной системы) с большой вероятностью приводят к нарушениям психофизического развития у детей в раннем возрасте.

В специальной психологии используется психологическая квалификация нарушений, согласно которой клинические симптомы являются не результатом патофизиологических процессов головного мозга, а проявлением нарушений процесса психического развития.

Наиболее часто используется психологическая классификация видов психического дизонтогенеза, автором которой является В. В. Лебединский [131]. Эта классификация построена на основе критерия типичного характера психического развития: психическое недоразвитие, задержанное психическое развитие, поврежденное психическое развитие, дефицитарное психическое развитие (дефицит зрения, слуха, движений), искаженное психическое развитие, дисгармоническое психическое развитие. Данная классификация лишь частично применима к нарушениям развития раннего возраста, так как 1) в ней не рассматриваются нарушения речи у детей; 2) поврежденное психическое развитие (как приобретенная деменция) может быть определено у детей раннего возраста лишь с большим приближением; 3) не рассматриваются различные эмоциональные и поведенческие нарушения, за исключением аутизма; 4) не рассматриваются нарушения сна и питания.

В коррекционной педагогике выделяется и описывается несколько видов нарушений у детей с особенностями психофизического развития: дети с интеллектуальной недостаточностью, дети с трудностями в обучении, дети с нарушением слуха, дети с нарушениями зрения, дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, дети с нарушениями речи, дети с тяжелыми и/или множественными нарушениями развития. В дополнение к данной педагогической классификации включена категория «дети раннего возраста группы риска», которым оказывается ранняя комплексная помощь. Эта классификация лишь ча-

Репозиторий БрГУ

стично может быть применена к нарушениям раннего возраста, так как в ней: 1) не рассматриваются дети с расстройствами аутистического спектра, с эмоциональными и поведенческими расстройствами; 2) понятие «трудности в обучении» априори не может быть применимо к детям раннего возраста.

Для построения психологически ориентированной классификации нарушений развития у детей раннего возраста мы используем систему понятий, описывающих закономерности психического развития детей (предпосылки, условия, источник и движущие причины развития), которая используется в психологии развития, основанной на концепции Л. С. Выготского [61]. При характеристике процесса нарушений психического развития, или отклоняющегося развития, мы ориентируемся также на концепцию структуры дефекта как совокупности первичных, вторичных и третичных нарушений, предложенную Л. С. Выготским и получившую дальнейшую разработку в исследованиях В. В. Лебединского [131]. Первичное нарушение – это нарушение, которое вытекают непосредственно из биологического характера расстройства и которое отражает сущность, характер и степень поражения нервной системы и анализаторов, а также соматической сферы. Вторичное нарушение возникает опосредованно как результат развития ребенка в условиях первичного нарушения. Третичное нарушение отражает социальную ситуацию развития ребенка и характеризует особенности его отношений с окружающими и развитие личности ребенка, его отношение к себе. Первичное нарушение психофизического развития ребенка соотносится с предпосылками, а вторичные нарушения складываются в условиях собственной деятельности ребенка и общения с близкими взрослыми в социальной и предметной среде.

Модель нарушений психофизического развития у детей раннего возраста наглядно изображает процесс возникновения нарушений развития у детей (рисунок 1). Возникшие у детей нарушения разворачиваются в различные варианты в зависимости от действующих факторов: биологические предпосылки, первичное нарушение как непосредственно возникающее в результате патологии нервной системы, возникновение вторичных нарушений как результат взаимодействия ребенка и взрослого и оформление определенного вида нарушений развития. Отличием предлагаемой нами модели от других моделей, в которых реализуется идея о структуре дефекта, состоит в том, что *мы признаем решающую роль взаимодействия ребенка раннего возраста со взрослым уже на уровне первичного нарушения.*

Высокий темп развития ребенка в раннем возрасте способствует быстрому накоплению нарушений в развитии, и особенно отставаний в развитии отдельных функций. Мы полагаем, что механизмом вторичных нарушений в развитии ребенка раннего возраста является взаимодействие ребенка с близким взрослым, которое опосредует соотношение психических функций в структуре развивающейся психики.

Выделение видов нарушений развития в раннем возрасте в некоторой степени условно, так как психические функции в этом возрасте развиваются в тесной взаимосвязи и взаимозависимости. В модели эта идея реализована посредством частично наложенных фигур, обозначающих разные виды нарушений. На

Репозиторий БрГУ

основе определения самой пострадавшей функции (ведущая область) в структуре психики выделяются разные виды нарушений (таблица 3).

Таблица 3 – Виды нарушений развития в раннем возрасте

Вид нарушения	Критерий: ведущая область нарушения
Нарушения сна и питания	Процессы жизнедеятельности
Сенсорные нарушения	Ощущения
Нарушения обработки сенсорной информации	Восприятие
Нарушения в двигательной сфере	Двигательная сфера
Нарушения в когнитивной сфере	Мышление
Нарушения речевого развития	Речь
Нарушения эмоций и поведения	Регулятивная сфера
Расстройства аутистического спектра	Общение

Нарушения сна и питания отражают нарушение процессов жизнедеятельности. К первичному нарушению относится нарушение физиологических процессов, обеспечивающих процесы функционирования организма. Вторичные нарушения возникают в процессе взаимодействия ребенка с матерью, которая не различает свои потребности и потребности ребенка, не учитывает сигналы ребенка о его состоянии, не регулирует взаимодействие с ним с учетом его потребностей. При организации сна и питания ребенка мать ориентируется на собственные представления об этих процессах и их значимости для ребенка, а также реализует свои личные потребности и ценностные установки.

К сенсорным нарушениям мы предлагаем отнести *нарушения слуха и зрения у детей*. К первичным нарушениям относятся отсутствие или снижение зрительных или слуховых ощущений, которые приводят к серии вторичных нарушений тех функций, в реализации которых участвуют слух и зрение. На уровне первичных нарушений у детей матери организуют взаимодействие с ним таким образом, что трудности зрительного и слухового восприятия ребенка ими не учитываются, так как мать воспринимает ребенка и ведет себя так, как если бы ребенок не имел этих нарушений.

В области восприятия у детей наблюдаются *нарушения обработки сенсорной информации, что является первичным нарушением*. Матери не воспринимают имеющееся у ребенка нарушение и не организуют для него предметную среду, адекватную имеющимся у ребенка нарушениям сенсорной переработки информации, что приводит к воникновению разнообразных нарушений поведения у детей.

К нарушениям в двигательной сфере относится неврологическая патология, при которой первичным дефектом является нарушение движений. Расстройства движений приводят к разнообразным вторичным нарушеним именно в раннем возрасте, так как психофизическое развитие в этом возрасте основывается

Репозиторий БрГУ

на сохранности движений, необходимых для реализации многих функций. Мать отличается гиперопекающим поведением, вызванным ограниченными двигательными возможностями, а также сложностями понимания дизартричной речи ребенка.

К нарушениям в когнитивной сфере мы относим снижение уровня интеллектуального развития разной степени, которое может в дальнейшем вылиться в умственную отсталость или в задержку психического развития. Первичное нарушение интеллекта вызывает отставание в развитии всех психических функций, что означат появление вторичных нарушений. Со стороны матери взаимодействие определяется неточным восприятием и пониманием ребенка, а также ее эмоциональными состояниями, вызванными фактом наличия нарушения у ребенка. Мать не учитывает сниженный уровень способностей ребенка и организует взаимодействие с ним без учета этого факта, использует вербальные средства общения, недоступные ребенку. Мать не стимулирует собственную активность ребенка, инициируя деятельность и подавляя ребенка, создавая видимость нормальности у ребенка, что еще больше снижает возможности его развития.

Нарушения речевого развития относятся к речевой сфере. К первичным нарушениям относятся нарушения речи разной этиологии. Нарушения речи, и особенно отставание в речевом развитии, приводят к вторичным нарушениям в когнитивной сфере и сфере социальных отношений. Взаимодействие матери с ребенком ограничивает возможности улучшения речевого развития из-за некомпетентности в стимулировании речевого развития детей.

Нарушения эмоций и поведения относятся к регулятивной сфере. Первичными нарушениями являются трудности эмоциональной регуляции состояний и поведения ребенка. Нарушения эмоциональной регуляции порождаются проблемами установления отношений привязанности с близким взрослым и вызывают новые трудности в поведении детей и установлении отношений с матерью. Во взаимодействии с ребенком со стороны матери проявляются ее личные эмоциональные проблемы и некомпетентность в совладании с трудным поведением ребенка.

Расстройства аутистического спектра отражают сферу общения и социальных отношений. Первичным нарушением является низкий тонус психической активности, сенсорные проблемы и нарушение взаимодействия ребенка с окружающим миром. Вторичные нарушения включают снижение уровня социального и коммуникативного развития ребенка. Мать испытывает трудности в понимании нетипичного поведения ребенка, в распознавании сигналов о его состоянии и является менее чувствительной по отношению к нему. Трудности взаимодействия усиливаются сложным эмоциональным состоянием матери.

Репозиторий БрГУ

ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ

В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

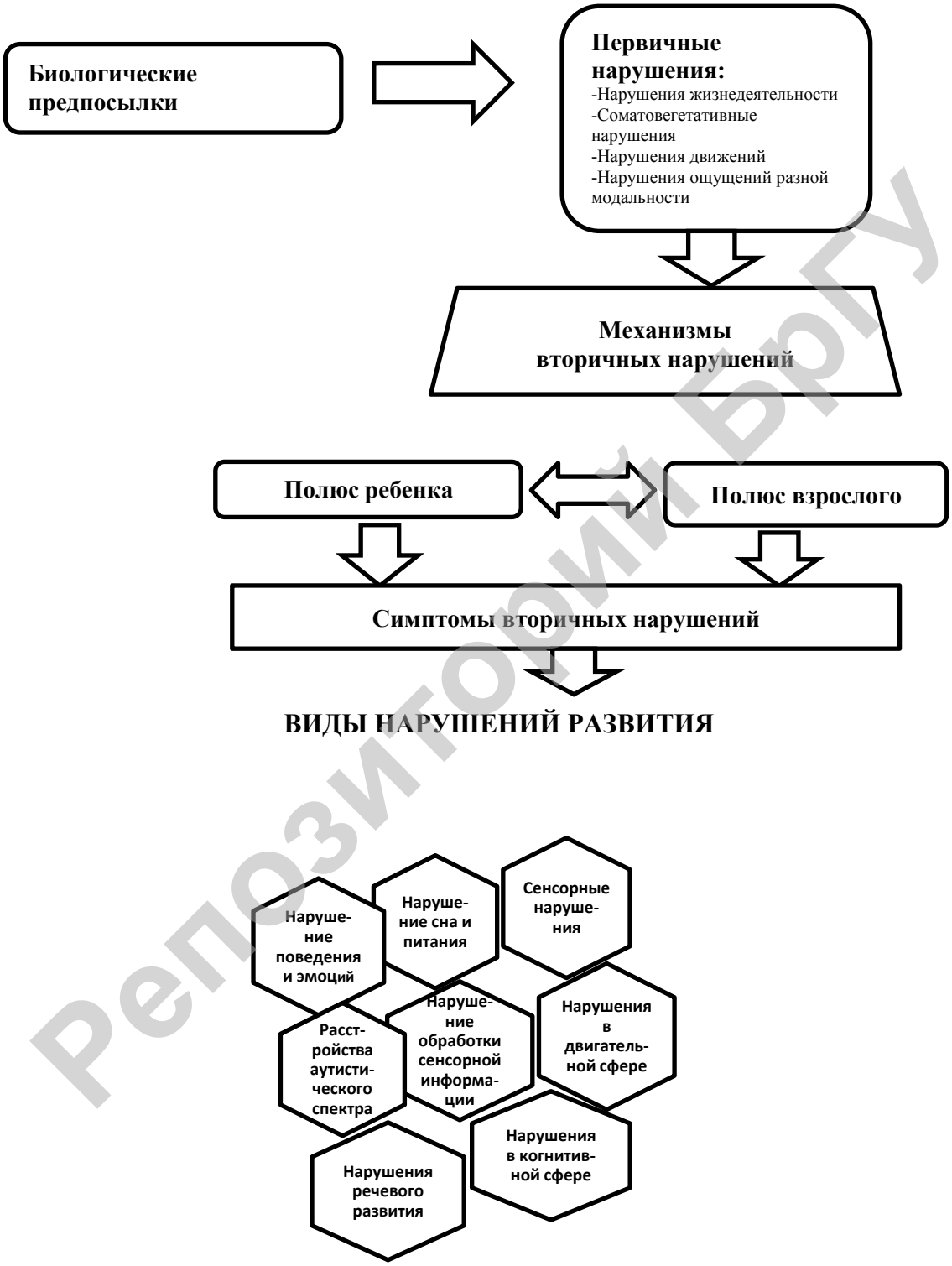

Рисунок 1 – Классификация отклонений в развитии детей в раннем возрасте

3.2 Модель отклонений в развитии ребенка в раннем возрасте

Репозиторий БрГУ

в диадических отношениях с матерью

Ведущая роль близкого взрослого в развитии ребенка и в возникновении отклонений в развитии однозначно признается исследователями, придерживающимися разных теоретических направлений в психологии и психопатологии. Как отмечалось нами ранее, это дает основание относить ранний возраст к т. н. «дианым возрастам», рассматривая диадические отношения ребенка раннего возраста и матери как фактор развития, а саму диаду «мать–ребенок» как субъект психического развития (как нормотипичного, так и отклоняющегося). Анализ закономерностей развития ребенка раннего возраста и описание особенностей развития детей с разными видами нарушений, проведенный нами в разделе 2, позволил разработать модель отклонений в развитии ребенка раннего возраста в диадических отношениях с матерью (рисунок 3). Основой модели явилась модель нормотипичного развития ребенка раннего возраста в диадических отношениях с матерью (рисунок 2).

Репозиторий БрГУ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеева, Н. Н. Раннее вмешательство и эмоционально-личностные нарушения в раннем возрасте / Н. Н. Авдеева // Психол. наука и образование : электрон. журн. – 2010. – № 5. – С. 140–147. – Дата доступа: 16.03.2018.

2. Авдеева, Н. Н. Взаимодействие матери и ребенка раннего возраста с задержкой речевого развития / Н. Н. Авдеева // Психол. наука и образование. – 2019. – Т. 24, № 2. – С. 19–28.

3. Адлер, Б. Перехитрим малыша / Б. Адлер ; пер. с англ. Д. А. Щербаковой. – М. : АСТ : Астрель, 2005. – 365 с.

4. Айвазян, Е. Б. Феномен «непрерывающийся диалог» во взаимодействии матери с ребенком раннего возраста с синдромом Дауна / Е. Б. Айвазян, Г. Ю. Одинокова // Синдром Дауна. XXI век. – 2011. – № 2 (7). – С. 14–21.

5. Алёхина, А. В. Особенности психического развития детей с синдромом Дауна : дис. …канд. психол. наук : 19.00.10 / А. В. Алёхина. – СПб., 2000. – 202 с.

6. Андрущенко, Н. В. Регуляторные расстройства в младенческом и раннем детском возрасте : учеб. пособие / Н. В. Андрущенко. – СПб. : Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. – 80 с.

7. Архипова, Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период) : монография / Е. Ф. Архипова. – М. : Просвещение, 1989. – 86 с.

8. Архипова, Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста : учеб. пособие. – М. : АСТ : Астрель, 2006. – 222 с.

9. Бадалян, Л. О. Невропатология : учебник / Л. О. Бадалян. – 8-е изд., стер. – М. : Академия, 2013. – 397 с.

10. Бадлина, Е. С. Влияние особенностей перинатального периода на характер взаимоотношений матери и ребенка [Электронный ресурс] : автореф. дис. ... магистр. психол. наук / Е. С. Бадлина. – М. : МГППУ, 2015. – 14 с.

11. Баенская, Е. Р. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития : метод. пособие для педагогов, психологов, врачей / Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : ЭКЗАМЕН, 2004. – 128 с.

12. Баенская, Е. Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма : дис. … д-ра психол. наук : 19.00.10 / Е. Р. Баенская. – М., 2008. – 240 с.

13. Баранов, А. А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации / А. А. Баранов // Педиатрия. – 2012. – Т. 91, № 3. – С. 12–16.

14. Барановская, Ю. В. Связь длительности грудного вскармливания ребенка и его эмоционального развития в последующем / Ю. В. Барановская // Психолого-педагогические исследования : электрон. журн. – 2011. – № 4. – С. 1–14. – Режим доступа: www.psyedu.ru. – Дата доступа: 31.07.2019.

15. Барашнев, Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. – М. : Триада-Х, 2001. – 640 с.

16. Бардышевская, М. К. Эволюция поведения привязанности матери и ребенка в современной России / М. К. Бардышевская // 4-я Международная научная конференция «Психологические проблемы современной семьи» : тез. конф., 21–23 окт. 2009 г., Москва / под ред. Е. И. Захаровой, О. А. Карабановой. – М., 2009. – С. 49–53.

17. Безрукова, О. Н. Материнство в контексте социальных и психологических проблем репродуктивного здоровья / О. Н. Безрукова // Биосоциальная природа материнства и раннего детства / под ред. А. С. Батуева. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2007. – С. 41–119.

Репозиторий БрГУ

18. Белопольская, Н. Л. Предмет и задачи детской патопсихологии / Н. Л. Белопольская // Детская патопсихология : хрестоматия. – М. : Когито-центр, 2004. – С. 5–10.

19. Белоусова, М. В. Нарушение кормления как предиктор речевых нарушений / М. В. Белоусова, М. А. Уткузова, А. М. Карпов // Практическая медицина. Педиатрия. – 2015. – № 7 (92). – С. 36–39.

20. Белоусова, М. В. Монтессори-педагогика в коррекции нарушений психомоторного развития недоношенного ребенка в раннем возрасте / М. В. Белоусова, Д. Л. Нефедьева, М. А. Уткузова // Весн. Брэсц. ун-та. Сер. 3. Філалогія. Педагогіка. Псіхалогія. – 2018. – № 1. – С. 103–108.

21. Блинникова, И. В. Роль зрительного опыта в раннем психическом развитии детей / И. В. Блинникова // Психол. журн. – 2000. – Т. 21, № 3. – С. 49–54.

22. Блинникова, И. В. Ранние этапы развития речи в условиях зрительной депривации / И. В. Блинникова // Психол. журн. – 2004. – Т. 25, № 2. – С. 55–65.

23. Блюмина, М. Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов / М. Г. Блюмина // Дефектология. – 1989. – № 3. – С. 3–10.

24. Богданова, Т. Г. Сурдопсихология : учеб. пособие / Т. Г. Богданова. – М. : Академия, 2002. – 224 с.

25. Богданович, А. И. Подходы к реализации программы медицинской реабилитации в раннем возрасте в Брестском ОЦМР «Тонус» / А. И. Богданович // Материалы 6-й международной научно-практической конференции «Здоровье для всех». – Пинск : ПолесГУ, 2015. – С. 16–20.

26. Богданович, Л. Н. О государственной политике Республики Беларусь в отношении инвалидов / Л. Н. Богданович, В. Б. Смычек, А. И. Богданович // Здравоохранение. – 2015. – № 12. – С. 12–19.

27. Богомолова, Т. С. Связь удовлетворенности материнством с уровнем развития ребенка раннего возраста / Т. С. Богомолова, Г. А. Верховых, Л. Б. Яркина // Семья и современный социум, серия: семья и дети в современном мире. Коллективная монография / под общ. и науч. ред. В. Л. Ситникова, С. А. Бурковой, Э. Б. Дунаевской. – СПб.: Соц.-гуманитар. знание, 2017. – С. 215–217.

28. Борковская, О. Л. Особенности взаимодействия матерей и детей раннего возраста в связи с психологическими характеристиками матерей : дис. … канд. психол. наук : 19.00.13 / О. Л. Борковская // Психология развития, акмеология. – СПб., 2010. – 175 с.

29. Боскис, Р. М. Глухие и слабослышащие дети / Р. М. Боскис. – М. : Совет. спорт, 2004. – 304 с.

30. Боулби, Дж. Привязанность / Дж. Боулби. – М. : Гардарики, 2003. – 477 с.

31. Боулби, Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Дж. Боулби; пер. В. В. Старовойтовой. – 2-е изд. – М. : Акад. проект, 2004. – 232 с.

32. Браткова, М. В. Формирование предметных действий у детей раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы / М. В. Браткова : дис. … канд. пед. наук : 13.00.03. – М., 2006. – 183 с.

33. Бреслав, Г. М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения / Г. М. Бреслав. – М. : Педагогика, 1990. – 144 с.

34. Брин, И. Л. Врожденные предпосылки лево- и правополушарных дисфункций мозга у детей / И. Л. Брин, М. Л. Дунайкин, С. Д. Вознякевич // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2007. – № 4. – С. 55–59.

Репозиторий БрГУ

35. Бриш, К.-Х. Теория привязанности и воспитание счастливых людей / К.-Х. Бриш. – М. : Теревинф, 2018. – 208 с.

36. Бриш, К.-Х. Биндунг-психотерапия: младенчество и ранний возраст. Консультирование и терапия, основанные на теории привязанности / К.-Х. Бриш. – М. : Теревинф, 2018. – 204 с.

37. Брутман, В. И. Предпосылки девиантного материнского поведения / В. И. Брутман, А. Я. Варга, И. Ю. Хамитова // Психол. жур. – 2000. – Т. 21, № 2. – С. 79–87.

38. Брязгунов, И. П. Психосоматика у детей / И. П. Брязгунов. – М. : Психотерапия, 2009. – 480 с.

39. Бурменская, Г. В. Современная американская психология развития / Г. В. Бурменская, Л. Ф. Обухова, А. И. Подольский. – М. : МГУ, 1986. – 128 с.

40. Буторина, Н. Е. Органическая форма невропатии как синдром раннего детского возраста / Н. Е. Буторина // Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход) / под ред. Ю. А. Фесенко, Д. Ю. Шигашова. – СПб. : Питер, 2007. – С. 101–104.

41. Былина, Е. В. Психологические особенности матерей с детьми до полугода (в контексте проблемы отказа от грудного вскармливания) / Е. В. Былина // Учен. зап. СПбГИПСР. – 2016. – Т. 25, вып. 1. – С. 24–36.

42. Валитова, И. Е. Грудное вскармливание: подходы к организации / И. Е. Валитова, Ю. В. Гречаник // Перинат. психология и психология родительства. – 2008. – № 3. – С. 5–24.

43. Валитова, И. Е. Возможности работы психолога с проблемами грудного вскармливания / И. Е. Валитова, Ю. В. Барановская // Вопр. психологии. – 2011. – № 2. – С. 56–65.

44. Валитова, И. Е. Специальная психология / И. Е. Валитова. – Минск : Изд-во Гревцова, 2017. – 352 с.

45. Варга, А. Я. Структура и типы родительского отношения : дис. … канд. психол. наук : 19.00.01 / А. Я. Варга. – М., 1986. – 206 л.

46. Васильева, М. Ю. Особенности психического развития недоношенных детей первого года жизни / М. Ю. Васильева, А. С. Батуев, Е. А. Вершинина // Психол. журн. – 2009. – Т. 30, № 3. – С. 52–62.

47. Васягина, Н. Н. Субъектное становление матери в современном социокультурном пространстве России : монография / Н. Н. Васягина. – Екатеринбург, 2013. – 309 с.

48. Венар, Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг ; под науч. ред. А. Алексеева. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 384 с.

49. Венгер, Л. А. Пограничные и отклоняющиеся варианты психического развития / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова // Клиническая психология развития. – М. : Юрайт, 2017. – С. 102–148.

50. Венгер, Л. А. Клиническая психология развития : учеб. и практикум для бакалавриата и магистратуры / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. – М. : Юрайт, 2017. – 312 с.

51. Виленская, Г. А. Роль взаимодействия с родителями в раннем онтогенезе контроля поведения [Электронный ресурс] / Г. А. Виленская // Психологические исследования : электрон. науч. журн. – 2008. – № 2 (2). – Режим доступа: http://psystudy.ru. – Дата доступа: 04.07.2018.

Репозиторий БрГУ

52. Винарская, Е. Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка / Е. Н. Винарская. – М. : Просвещение, 1987. – 159 с.

53. Винникотт, Д. В. Маленькие дети и их матери / Д. В. Винникотт ; пер. Н. М. Падалко. – М. : Класс, 1998. – 80 с.

54. Витковская, А. М. Особенности овладения педметными действиями слепыми детьми преддошкольного возраста / А. М. Витковская // Х сессия по дефектологии. – М., 1990. – С. 13–14.

55. Волгина, С. Я. Нервно-психическое развитие недоношенных детей в отдаленные периоды жизни / С. Я. Волгина, В. Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 2001. – Т. XXXIII, вып. 3–4. – С. 84–88.

56. Волкмар, Ф. Р. Аутизм : практ. пособие для родителей, членов семьи и учителей / Ф. Р. Волкмар, Л. А. Вайзнер. – Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2014. – 223 с.

57. Ворошина, О. Р. Психологическая коррекция депривированного материнства: дис. … канд. психол. наук : 19.00.07 / О. Р. Ворошина. – М., 1998. – 202 с.

58. Ворошина, О. Р. Психическое развитие преждевременно родившихся детей младенческого возраста: теоретические и прикладные аспекты : монография / О. Р. Ворошина. – Пермь : ПГПУ, 2011. – 100 с.

59. Ворошина, О. Р. Изучение взаимодействия недоношенных младенцев с матерями / О. Р. Ворошина // Мир науки, культуры, образования. – 2013. – № 6 (43). – С. 165–168.

60. Выготский, Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский. – М. : Педагогика, 1982.– 1984. – Т. 3 : Проблемы развития психики / под ред. А. М. Матюшкина. – 1983. – 368 с.

61. Выготский, Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский ; под ред. Д. Б. Эльконина. – М. : Педагогика, 1982.– 1984. – Т. 4 : Детская психология. – 1984. – 432 с.

62. Выготский, Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский. – М. : Педагогика, 1982.– 1984. – Т. 5 : Основы дефектологии / под ред. Т. А. Власовой. 1983. – 368 с.

63. Выготский, Л. С. Педагогическая психология / Л. С. Выготский ; под ред В. В. Давыдова. – М. : Педагогика, 1992. – 480 с.

64. Выявление риска развития расстройств аутистического спектра в условиях первичного звена здравоохранения у детей раннего возраста : пособие для врачей / сост. С. А. Морозов. – Воронеж, 2014. – 52 с.

65. Ганн, П. Речь и речевая деятельность / П. Ганн // Современные подходы к болезни Дауна / под ред. Д. Лейна и Б. Стрэтфорда. – М. : Педагогика, 1991. – С. 193–207.

66. Гарбузов, В. И. Нервные и трудные дети / В. И. Гарбузов. – М. : АСТ ; СПб.: Астель-СПб, 2006. – 351 с.

67. Гаркуша, Ю. Ф. Диагностика и коррекция задержки речевого развития детей 2–2,5 лет / Ю. Ф. Гаркуша // Онтогенез речевой деятельности: норма и патология : моногр. сб. – М. : Прометей : МПГУ, 2005. – С. 248–252.

68. Голубева, Н. Н. Депрессивные расстройства в младенческом и раннем детском возрасте : дис. … канд. мед. наук : 14.01.06 / Н. Н. Голубева. – М., 2010. – 237 с.

69. Готтлиб, С. Проблемы детского сна : пер. с англ. / С. Готтлиб. – М. : РОСМЭН, 1998. – 157 с.

Репозиторий БрГУ

70. Гарбузов, В. И. Нервные и трудные дети / В. И. Гарбузов. – М. : АСТ ; СПб.: Астель-СПб, 2006. – 351 с.

71. Гречаник, Ю. В. Грудное вскармливание: подходы к организации / Ю. В. Гречаник, И. Е. Валитова // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. – № 3. – С. 5–24.

72. Григоренко, Е. Л. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс : учеб. пособие для студентов / Е. Л. Григоренко. – М. : Практика, 2018. – 281 с.

73. Гринспен, С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер. – М. : Теревинф, 2013. – 512 с.

74. Громова, О. Е. Методика формирования начального детского лексикона / О. Е. Громова. – М. : ТЦ Сфера, 2003. – 176 с.

75. Гуськова, Т. В. Личностные образования у детей в период кризиса трех лет / Т. В. Гуськова, М. Г. Елагина // Вопр. психологии. – 1987. – № 5. – С. 78–85.

76. Давиденкова, Е. Ф. Клиническая генетика / Е. Ф. Давиденкова, И. С. Либерман. – Л. : Медицина, 1975. – С. 76–80.

77. Детская психоневрология : учеб. пособие / Л. А. Булахова [и др.] ; под ред. Л. А. Булаховой. – Киев : Здоров'я, 2001. – 496 с.

78. Диксон, У. Двадцать великих открытий в детской психологии / У. Диксон. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2007. – 448 с.

79. Добряков, И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. – СПб., 2011. – 272 с.

80. Дольто, Ф. На стороне ребенка : пер. с фр. / Ф. Дольто. – М. : Аграф, 1997. – 528 с.

81. Дробышева, И. В. Психологическая характеристика детско-материнского взаимодействия в раннем возрасте / И. В. Дробышева // Психолог в детском саду. – 2006. – № 2. – С. 104–107.

82. Дунайкин, М. Л. Нейропсихологический анализ нарушений психического развития детей первого года жизни с перинатальным поражением мозга : дис. … канд. психол. наук : 19.00.10 / М. Л. Дунайкин. – М., 2002. – 175 с.

83. Дурнева, М. Ю. Формирование пищевого поведения: путь от младенчества до подростка. Обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] / М. Ю. Дурнева // Клинич. и спец. психология. – 2015. – Т. 4, № 3. – С. 1–19. – Режим доступа: 10.17759/psyclin.2015040301. – Дата доступа: 22.09.2019.

84. Ермоленко, Н. А. Клинико-психологический анализ развития двигательных, перцептивных, интеллектуальных и речевых функций у детей с церебральными параличами / Н. А. Ермоленко, И. А. Скворцов, А. Неретина // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – № 3. – С. 19–23.

85. Журба, Л. Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. – М., 1981. – 264 с.

86. Жукова, Н. С. Отклонения в развитии детской речи / Н. С. Жукова. – М., 1994. – 128 с.

87. Захаров, А. И. Неврозы у детей / А. И. Захаров. – СПб. : Дельта, 1996. – 480 с.

88. Захаров, А. И. Дневные и ночные страхи у детей / А. И. Захаров. – СПб. : Союз, 2004. – 448 с.

89. Захарова, Е. И. Родительство как возрастно-психологический феномен. : дис. … д-ра психол. наук : 19.00.13 / Е. И. Захарова. – М., 2017. – 367 с.

Репозиторий БрГУ

90. Зверева, Н. В. Клиническая психология детей и подростков : учебник / Н. В. Зверева, Т. Г. Горячева. – М. : Академия, 2013. – 271 с.

91. Зимина, Н. А. Психологические условия оптимизации профессиональной компетентности психологов в решении поведенческих проблем детей раннего возраста: дис. … канд. психол. наук : 19.00.07. – Н. Новгород, 2003. – 230 с.

92. Иневаткина, С. Е. Внутренняя позиция матери ребенка раннего возраста с синдромом Дауна : дис. … канд. психол. наук : 19.00.10 / С. Е. Иневаткина. – М., 2009. – 214 с.

93. Исаев, Д. Н. Предисловие / Д. Н. Исаев // Клиническая психиатрия раннего детского возраста // Б. Е. Микиртумов. – СПб. : Питер, 2001. – С. 11–15.

94. Исаев, Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия / Д. Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2004. – 384 с.

95. Исаев, Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2005. – 400 с.

96. Исенина, Е. И. Психологические основы речевого онтогенеза в начальном периоде : автореф. дис. … д-ра психол. наук : 19.00.07 / Е. И. Исенина. – М., 1986. – 50 с.

97. Исенина, Е. И. Родителям о психическом развитии и поведении глухих детей первых лет жизни / Е. И. Исенина. – М. : Прогресс, 1999. – 80 с.

98. Исенина, Е. И. Некоторые методологические проблемы исследования психологии родительства / Е. И. Исенина // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. – № 4. – С. 86–95.

99. Каган, В. Е. Аутята. Родителям об аутизме / В. Е. Каган. – СПб. : Питер, 2015. – 180 с.

100.Каннингхэм, К. К. Помощь родителям. Раннее вмешательство в развитие / К. К. Каннингхэм, С. М. Глен // Современные подходы к болезни Дауна / под ред. Д. Лейна и Б. Стрэтфорда. – М. : Педагогика, 1991. – С. 251–264.

101.Катаева, А. А. Дошкольная олигофренопедагогика : учеб. для студентов высш. учеб. заведений / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. – М. : ВЛАДОС, 2005. – 208 с.

102.Квинн, В. Прикладная психология / В. Квинн. – СПб. : Питер, 2000. – 560 с.

103.Кляйн, М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка / М. Кляйн // Психоанализ в развитии : сб. переводов. – Екатеринбург : Деловая кн., 1998. – С. 59–107.

104.Калинин, В. А. Клинико-электроэнцефалографические особенности эпилепсии раннего детского возраста : дис. … канд. мед. наук : 14.00.13 / В. А. Калинин. – Саратов, 2006. – 162 с.

105.Киселева, М. Г. Депрессия у детей младенческого и раннего возраста / М. Г. Киселева // Нац. психол. журн. – 2017. – № 4 (28). – С. 95–104.

106. Кляйн, М. Развитие одного ребенка / М. Кляйн. – М. : Госиздат, 1925. – 87 с.

107.Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста : рук. для врачей / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1979. – 608 с.

108.Козлова, Е. А. Ранние предикторы психологического благополучия детей: лонгитюдное исследование : дис. … канд. психол. наук : 19.00.13 / Е. А. Козлова. – Новосибирск, 2018. – 185 с.

109.Комер, Р. Патопсихология поведения: нарушения и патология психики / Р. Комер. – 4-е изд., междунар. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК. – М. : ОЛМА-пресс, 2005. – 638 с.

Репозиторий ВлГУ

110.Коннер, М. Социальная психология пищи / М. Коннер, Дж. Армитейдж. – Харьков : Гуманитар. Центр, 2012. – 263 с.

111.Коновалов, В. Ю. Социальные проблемы психосоматического развития у детей / В. Ю. Коновалов // Журн. прикладной психологии. Медицинская психология. – 2004. – № 3. – С. 46–50.

112.Конурина, О. В. Эпилептические состояния у детей раннего возраста (клинико-прогностическое исследование) : дис. … канд. мед. наук : 14.00.13 / О. В. Конурина. – Н. Новгород, 2006. – 165 с.

113.Корепанова, И. А. Три понятия о реальности детского развития: обучаемость, зона ближайшего развития и скаффолдинг / И. А. Корепанова, М. А. Сафронова // Культур.-истор. психология. – 2011. – № 2. – С. 74–83.

114.Кочерова, О. Ю. Психологические особенности матерей детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения [Электронный ресурс] / О. Ю. Кочерова, Л. А. Пыхтина, Н. Д. Гаджимурадова, О. М. Филькина, А. И. Малышкина // Клинич. и спец. психология. – 2016. –Т. 5, № 3. – С. 69–77. – Режим доступа: http://psyjournals.ru/files/83370/psyclin_2016_n3.pdf. –Дата доступа: 12.03.2018.

115.Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг. – 7-е изд.– СПб. : Питер, 2003. – 974 с.

116.Крейслер, О. Психосоматика в психопатологии младенчества / О. Крейслер // Психология аномального развития ребенка : хрестоматия : в 2 т. / под ред. В. В. Лебединского, М. К. Бардышевской. – 2-е изд. – М. : ЧеРо : МПСИ : Изд-во МГУ, 2006. – Т. 2. – С. 142–178.

117.Криницкая, О. И. Педагогическая технология преодоления задержки речевого развития у детей раннего возраста с нарушением зрения. дис. … канд. пед. наук: 13.00.03 / О. И. Криницкая. – Екатеринбург, 2010. – 230 с.

118.Крутякова, Е. Н. Развитие коммуникативной деятельности у детей раннего возраста с церебральным параличом : дис… . канд. пед. наук : 13.00.03 / Е. Н. Крутякова. – М., 2011. – 132 с.

119.Крэйн, У. Теории развития: Секреты формирования личности / У. Крэйн. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 512 с.

120.Кудрина, Т. П. Особенности развития слепых недоношенных младенцев. Сообщение 1 / Т. П. Кудрина // Дефектология. – 2013. – № 1. – С. 24–32.

121.Кудрина, Т. П. Особенности развития слепых недоношенных младенцев. Сообщение 2 / Т. П. Кудрина // Дефектология. – 2013. – № 2. – С. 59–70.

122.Кудрина, Т. П. Мать и слепой недоношенный младенец: особенности взаимодействия / Т. П. Кудрина // Дефектология. Развитие традиций отечественной научной школы : альм. Ин-та коррекц. педагогики. – 2016. – № 26. – Режим доступа: https://alldef.ru/ru/articles/almanah-26. – Дата доступа: 17.07.2018.

123.Кузнецова, Л. В. Основы специальной психологии : учеб. пособие для студентов сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева [и др.] ; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Академия, 2002. – 480 с.

124.Куканов, А. А. Мотивационно-личностная сфера матерей, имеющих детей с аутизмом: Северная Америка и Западная Европа [Электронный ресурс] / А. А. Куканов, Е. Б. Фанталова // Психол. наука и образование. – 2016. – Т. 8, № 1. – С. 128–136.

125.Кукуруза, А. В. Раннее вмешательство – семейно-центрированная модель помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста с нарушениями развития / А.

Репозиторий БрГУ

В. Кукуруза // Вісн. Харківського нац. ун-ту. Сер. «Психологія». – 2010. – № 913. – С. 99–102.

126.Кукуруза, Г. В. Показники оцінки ефективності програм раннього втручання для дітей з порушеннями психомоторного розвитку / Г. В. Кукуруза // Медична психологія. – 2012. – № 2. – С. 47–49.

127.Лангмейер, Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага : Авиценум, 1984. – 334 с.

128.Ланцбург, М. Е. Характер взаимодействия матерей с детьми раннего возраста, зачатыми с помощью ЭКО / М. Е. Ланцбург, Д. А. Полупанова // Международный симпозиум «Л. С. Выготский и современное детство» [Электронный ресурс] : сб. тез. / отв. ред. К. Н. Поливанова ; Высш. шк. экономики ; Ин-т образования. – М. : Изд. дом Высш. шк. экономики, 2017. – С. 144–146.

129.Лебедев, Б. В. Невропатология раннего детского возраста : рук. для врачей / Б. В. Лебедев, Ю. И. Барашнев, Ю. А. Якунин. – Ленинград : Медицина, Ленингр. отд-ние, 1981. – 351 с.

130.Лебединская, К. С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – М. : Просвещение, 1991. – 96 с.

131.Лебединский, В. В. Нарушения психического развития у детей : учеб. пособие / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ, 1985. – 168 с.

132.Лебединский, В. В. Детский аутизм как модель психического дизонтогенеза / В. В. Лебединский // Вестн. Моск. ун-та. Сер. Психология. – 1996. – № 2. – С. 18–23.

133.Лебединский, В. В. Аффективное развитие ребенка в норме и патологии / В. В. Лебединский, М. К. Бардышевская // Психология аномального развития ребенка : хрестоматия : в 2 т. / под ред. В. В. Лебединского, М. К. Бардышевской. – 2-е изд. – М. : ЧеРо : МПСИ : Изд-во МГУ, 2006. – Т. 1. – С. 582–681.

134.Лебедько, А. В. Особенности течения беременности и родов у женщин при экстракорпоральном оплодотворении : автореф. дис. … канд. мед. наук : 14.01.01 / А. В. Лебедько. – Минск, 2013. – 20 с.

135.Леонгард, Э. И. Развитие детей с нарушенным слухом в семье / Э. И. Леонгард, Е. Г. Самсонова. – М. : Просвещение, 1991. – 319 с.

136.Лисина, М. И. Формирование личности ребенка в общении / М. И. Лисина. – СПб. : Питер, 2009. – 320 с.

137.Логопедия : учебник / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2002. – 680 с.

138.Луковцева, З. В. Психическое развитие недоношенного младенца / З. В. Луковцева, Л. Л. Баз // Вопр. психологии. – 1999. – № 6. – С. 29–35.

139.Ляксо, Е. Е. Развитие речи ребенка на ранних этапах онтогенеза / Е. Е. Ляксо // Биосоциальная природа материнства и раннего детства / под ред. А. С. Батуева. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2007. – С. 223–308.

140.Малер, М. С. Психологическое рождение человеческого младенца. Симбиоз и индивидуация / М. С. Малер, Ф. Пайн, А. Бергман. – М. : Когито-Центр, 2014. – 416 с.

141.Мамайчук, И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.

142.Марценковский, И. А. Детская психиатрия: взгляд через призму DSM-5 / И. А. Марценковский, К. В. Дубовик // Очерки детской психиатрии : учеб. пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей / под ред. И. А. Марценковского. – Киев : Здоров’я України. Медичні видання, 2016. – С. 9–23.

Репозиторий БрГУ

143.Мастюкова, Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом : кн. для логопеда / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова – М. : Просвещение, 1985. – 204 с.

144.Мастюкова, Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст) / Е. М. Мастюкова. – М. : ВЛАДОС, 1997. – 304 с.

145.Масюкова, Н. А. Работа психолога в системе оказания помощи детям с задержкой психического развития от 0 до 7 лет : метод. рек. / Н. А. Масюкова, Е. С. Слепович. – Минск : ИПКиПРСО, 1994. – 48 с.

146.Матвеева, Н. Н. Психологические условия изучения и коррекции задержки речевого развития в раннем возрасте : дис. . . . канд. психол. наук : 19.00.10 / Н. Н. Матвеева. – Н. Новгород, 2004. – 242 с.

147.Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – М., 1999. – 592 с.

148.Микиртумов, Б. Е. Клиническая психиатрия раннего детского возраста / Б. Е. Микиртумов, А. Г. Кощавцев, С. В. Гречаный. – СПб. : Питер, 2001. –256 с.

149. Миронова, Н. М. Роль перинатальных поражений центральной нервной системы в формировании психоневрологической инвалидности детей раннего возраста : дис. … канд. мед. наук : 14.00.09 / Н. М. Миронова. – Уфа, 2005. – 157 с.

150.Михеева, И. Г. Влияние грудного вскармливания на нервно-психическое развитие детей первого года жизни / И. Г. Михеева, О. Б. Курасова, С. А. Краснолобова, Л. Г. Хачатрян, Т. Г. Верещагина, Т. П. Клюшник // Педиатрия. – 2003. – № 6. – С. 1–3.

151.Мишина, Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии : дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / Г. А. Мишина. – М., 1998. – 179 л.

152.Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 / Всемирная организация здравоохранения ; пер. на рус. яз. О. Ю. Донец. – М. : Смысл; СПб. : Речь, 2003. – 407 с.

153.Монтессори, М. Дом ребенка. Метод научной педагогики / М. Монтессори. – СПб. ; Гомель, 1993. – 336 с.

154.Морозова, С. С. Основные аспекты использования АВА при аутизме / С. С. Морозова. – М. : Добро, 2013. – 364 с.

155.Морсс, Дж. Р. Когнитивное развитие в раннем возрасте: отличающееся от нормального или задержанное? / Дж. Р. Морсс // Современные подходы к болезни Даунa / под ред. Д. Лейна и Б. Стрэтфорда. – М. : Педагогика, 1991. – С. 178–193.

156.Мухамедрахимов, Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р. Ж. Мухамедрахимов. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2001. – 265 с.

157.Мухаммедрахимов, Р. Ж. Психологические особенности детей, оперированных в период новорожденности, и их детей / Р. Ж. Мухаммедрахимов, И. А. Аринцина, Н. Н. Искра // Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / под ред. Р. Ж. Мухаммедрахимова. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та, 2007. – С. 157–172.

158.Мухина, В. С. Проблема материнства и ментальности женщин в местах лишения свободы / В. С. Мухина // Развитие личности. – 2003. – № 1. – С. 141–154.

159.Мэш, Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2003. – 384 с.

160.Мюррей, Л. Психология ребенка от 0 до 2. Как общение стимулирует развитие / Л. Мюррей. – М. : Альпина нонфикшн, 2017. – 192 с.

161.Неврология детского возраста: воспалительные и наследственные заболевания, соматоневрологические синдромы, неврозы и неврозоподобные состояния : учеб.

Репозиторий БГПУ

пособие для ин-тов и фак. усоверш. врачей / Г. Г. Шанько [и др.] ; под общ. ред. Г. Г. Шанько, Е. С. Бондаренко. – Минск : Выш. шк., 1990. – 560 с.

162.Нет «необучаемых детей»: книга о раннем вмешательстве / под ред. Е. В. Кожевниковой, Е. В. Клочковой. – СПб. : КАРО, 2007. – 352 с.

163.Никитина, Ю. В. Механизмы формирования аутистического синдрома в пренатальном и раннем постанатальном развитии / Ю. В. Никитина // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15 (55), № 2. – С. 65–79.

164.Никольская, О. С. Аутичный ребенок: пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Теревинф, 2007. – 288 с.

165.Одинокова, Г. Ю. Общение матери с ребенком раннего возраста: анализ некоторых трудностей / Г. Ю. Одинокова // Синдром Дауна. XXI век. – 2015. – № 1 (14). – С. 26–31.

166.Одинокова, Г. Ю. Феномены общения ребенка раннего возраста с синдромом Дауна / Г. Ю. Одинокова // Дефектология. – 2015. – № 2. – С. 56–63.

167.Одинокова, Г. Ю. Взаимодействие матерей и детей младенческого и раннего возраста с синдромом Дауна. Анализ зарубежных и отечественных исследований / Г. Ю. Одинокова // Синдром Дауна. XXI век. – 2016. – № 1 (16). – С. 22–27.

168.Осипенко, Т. Н. Психоневрологическое развитие дошкольников / Т. Н. Осипенко. – М. : Медицина, 1996. – 288 с.

169.Пальмов, О. И. Взаимодействие близких взрослых и детей с синдромом Дауна в семьях и домах ребенка / О. И. Пальмов, Р. Ж. Мухаммедрахимов // Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / под ред. Р. Ж. Мухаммедрахимова. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та, 2007. – С. 140–156.

170.Пальмов, О. И. Влияние программы ранней помощи на психическое развитие детей с синдром Дауна / О. И. Пальмов, Е. А. Вершинина, Р. Ж. Мухаммедрахимов // Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / под ред. Р. Ж. Мухаммедрахимова. – СПб : Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та, 2007. – С. 283–298.

171.Пальчик, А. Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных / А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов. – СПб. : Питер, 2000. – 224 с.

172.Пальчик, А. Б. Эволюционная неврология / А. Б. Пальчик. – СПб. : Питер, 2002. – 384 с.

173.Папушек, Х. Значение невербального общения в младенческом возрасте для психического развития / Х. Папушек, М. Папушек, М. Солоед // Психол. журн. – 2000. – Т. 21, № 3. – С. 65–72.

174.Парцалис, Е. М. Факторы риска нарушения когнитивного развития у детей (обзор) / Е. М. Парцалис // Новые исследования. – 2013. – № 2 (35). – С. 4–22.

175.Петрухин, А. С. Детская неврология : учебник : в 2 т. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Т. 2. – 560 с.

176.Пирогов, Д. Г. Личностные особенности и система отношений родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом (часть 1) / Д. Г. Пирогов, Т. В. Маликова, В. А. Аверин, Т. В. Иванова // Вестн. ЮУрГУ. Сер. Психология. – 2013. – Т. 6, № 4. – С. 106–112.

177. Пирогов, Д. Г. Психологические защиты и копинги родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом (часть 2) / Д. Г. Пирогов, Т. В. Маликова, В. А. Аверин, Т. В. Иванова // Вестн. ЮУрГУ. Сер. Психология. – 2014. – Т. 7, № 1. – С. 68–76.

178.Питерси, М. Маленькие ступеньки: Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии : в 8 кн. / М. Питерси, Р. Трилор ; Мин-во обра-

Репозиторий БрГУ

зования РФ, Ассоциация Даун Синдром. – Изд. 2-е. – М. : Ин-т общегуманитар. исследований, 2001. – Кн. 1. – 64 с.

179.Плешкова, Н. Л. Отношения привязанности у детей в семьях и домах ребенка / Н. Л. Плешкова, Р. Ж. Мухаммедрахимов // Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / под ред. Р. Ж. Мухаммедрахимова. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та, 2007. – С. 220–239.

180.Плешкова, Н. Л. Особенности отношений привязанности у детей с синдромом Дауна / Н. Л. Плешкова // Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / под ред. Р. Ж. Мухаммедрахимова. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та, 2007. – С. 240–249.

181.Плешкова, Н. Л. Развитие привязанности у детей от одного года до четырех лет / Н. Л. Плешкова // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Психология и педагогика. – 2018. – Т. 8, вып. 4. – С. 396–408.

182.Половинкина, О. Б. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы: дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / О. Б. Половинкина. – М., 2005. – 176 с.

183.Половинкина, О. Б. Психолого-педагогическая работа дефектолога с родителями в отделении по выхаживанию и реабилитации маловесных детей / О. Б. Половинкина // Дефектология. – 2003. – № 2. – С. 35–39.

184.Поневаж, Е. В. Женщина после преждевременных родов: эмоциональные переживания [Электронный ресурс] / Е. В. Поневаж, // Клиническая и специальная психология. – 2014. – Т. 3, № 1. – Режим доступа: http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n1/Ponevyazh.shtml. – Дата доступа: 22.09.2019.

185.Прекоп, И. Маленький тиран. Как дети манипулируют родителями / И. Прекоп. – СПб. : Речь, 2004. – 192 с.

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

187.Приходько, О. Г. Как научить малыша говорить : учеб.-метод. пособие для работы с детьми раннего возраста / О. Г. Приходько, О. В. Югова. – М. : Каисса, 2010. – 51 с.

188.Психология человека от рождения до смерти / под ред. А. А. Реана. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 656 с.

189.Рагулина, О. А. Родительские практики, способствующие появлению неврозов у детей [Электронный ресурс] / О. А. Рогулина, А. В. Фокина // Соврем. зарубеж. психология. – 2017. – Т. 6, № 2. – С. 46–53. – Режим доступа: http://psyjournals.ru/en/jmfp/2017/n2/86648.shtml. – Дата доступа: 04.08.2019.

190.Разенкова, Ю. А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития / Ю. А. Разенкова. – М. : Карапуз, 2011. – 109 с.

191.Разенкова, Ю. А. Варианты развития общения у детей первых лет жизни с различными ограничениями здоровья / Ю. А. Разенкова, Е. Б. Айвазян // Альм. Ин-та коррекц. педагогики. – 2018. – № 32. – Режим доступа: https://alldef.ru/ru/articles/almanac-32/options-for-the-development-of-communication-in-children-first-years-of-life-with-a-disability. – Дата доступа: 20.12.2018.

192.Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер ; пер. с англ. О. В. Баженовой, Г. Г. Гаузе ; под общ. ред. А. С. Спиваковской. – М. : Прогресс, 1987. – 420 с.

Репозиторий БрГУ

193.Ремшмидт, Х. Детская и подростковая психиатрия / Х. Ремшмидт ; пер. с нем. Т. Н. Дмитриевой. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.

194.Римашевская, Н. В. Проспективное исследование материнского поведения и его влияния на психическое развитие детей раннего возраста / Н. В. Римашевская, Л. Ф. Кремнева // Вопр. психич. здоровья детей и подростков. – 2002 (2). – № 3. – С. 7–14.

195.Розенталь, П. В. Ретинопатия недоношенных как доминирующая проблема неонатальной офтальмологии / П. В. Розенталь // Вопр. соврем. педиатрии. – 2014. – № 13 (2). – С. 12–19.

196.Рюдигер, М. Подготовка к выписке из стационара и организация амбулаторной помощи недоношенным детям / М. Рюдигер. – М. : Мед. лит., 2015. – 96 с.

197.Садовская, Ю. Е. Нарушения сенсорной обработки у детей / Ю. Е. Садовская, Б. М. Блохин, Н. Б. Троицкая, Ю. Б. Проничева // Лечебное дело. – 2010. – № 4. – С. 24–28.

198.Садовская, Ю. Е. Нарушение сенсорной обработки и диспраксии у детей дошкольного возраста : дис. … д-ра мед. наук : 14.01.08 / Ю. Е. Садовская. – М., 2011. – 279 с.

199.Сазонова, Е. В. Реализация системно-комплексного подхода в работе по развитию детей раннего возраста с детским церебральным параличом в предметной деятельности в условиях медицинского учреждения : дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / Е. В. Сазонова. – Екатеринбург, 2006. – 217 с.

200.Семенова, К. А. Лечение двигательных расстройств при детском церебральном параличе / К. А. Семенова. – М. : Медицина, 1976. – 185 с.

201.Сергиенко, Н. С. Неврологические синдромы психического дизонтогенеза детей раннего возраста : автореф. дис. … канд. мед. наук : 14.00.09 ; 14.00.13 / Н. С. Сергиенко. – М., 1999. – 25 с.

202.Синдяк, С. А. Организационно-педагогические условия коррекции психофизического развития детей раннего возраста с резидуально-органическим поражением центральной нервной системы в условиях специализированного медицинского учреждения : дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / С. А. Синдяк. – Екатеринбург, 2007. – 186 с.

203.Скобло, Г. В. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни (первое сообщение) / Г. В. Скобло, М. А. Белянчикова // Вопр. психич. здоровья детей и подростков. – 2002. – № 2. – С. 96–99.

204.Скобло, Г. В. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни (второе сообщение) / Г. В. Скобло, М. А. Белянчикова // Вопр. психич. здоровья детей и подростков. – 2003. – № 1. – С. 95–97.

205.Скобло, Г. В. Система «мать – дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики / Г. В. Скобло, О. Ю. Дубовик // Психология и психоанализ беременности : учеб. пособие по психологии материнства ; ред.-сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ-М, 2003. – С. 346–351.

206.Скобло, Г. В. Нарушения психического здоровья в первые годы жизни: расстройства аутистического спектра, конституциональные и резидуально-органические нарушения / Г. В. Скобло, С. В. Трушкина // Журн. неврологии и психиатрии. – 2016. – № 7. – С. 78–84.

207.Скрыпник, Т. В. Коррекционно-развивающая работа с детьми с расстройствами аутистического спектра: системный поход / Т. В. Скрыпник // Очерки детской

Репозиторий БрГУ

психиатрии : учеб. пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей / под ред. И. А. Марценковского // НейроNews. – 2016. – С. 62–65.

208.Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения / О. А. Скугаревский. – Минск : БГМУ, 2007. – 340 с.

209.Смирнова, Е. О. Теория привязанности: концепция и эксперимент / Е. О. Смирнова // Вопр. психологии. – 1995. – № 3. – С. 139–150.

210.Смирнова, Е. О. Развитие теории привязанности / Е. О. Смирнова // Вопр. психологии. – 1999. – № 1. – С. 3–12.

211.Смирнова, Е. О. Детская психология : учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений / Е. О. Смирнова. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 368 с.

212.Смирнова, И. А. Специальное образование дошкольников с ДЦП : учеб.-метод. пособие / И. А. Смирнова. – СПб. : Детство-пресс, 2003. – 160 с.

213.Современные подходы к болезни Дауна / под ред. Д. Лейна, Б. Стрэтфорда. – М. : Педагогика, 1991. – 336 с.

214.Солнцева, Л. И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л. И. Солнцева, С. М. Хорош. – 3-е изд. – М. : ИКП РАО, 2004. – 68 с.

215.Солнцева, Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева. – М. : Полиграф- сервис, 2000. – 250 с.

216.Соловьева, Е. В. Особенности развития детей, зачатых при помощи вспомогательных репродуктивных технологий [Электронный ресурс] / Е. В. Соловьева // Соврем. зарубежная психология. – 2014. – Т. 3, № 4. – С. 33–48. – Режим доступа: http://psyjournals. ru/jmfp/2014/n4/75366. shtml. – Дата доступа: 30.10.2017.

217.Соловьева, Е. В. Особенности взаимодействия матерей с детьми раннего возраста, зачатыми посредством экстракорпорального оплодотворения [Электронный ресурс] / Е. В. Соловьева // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2015. – № 2 (46). – С. 116–126.

218.Соловьева, Е. В. О социальной ситуации развития в раннем детстве в связи с особенностями перинатального периода [Электронный ресурс] / Е. В. Соловьева // Международный симпозиум «Л. С. Выготский и современное детство» : сб. тез. / отв. ред. К. Н. Поливанова ; Высш. шк. экономики, Ин-т образования. – М. : Изд. дом Высш. шк. экономики, 2017. – С. 93–95.

219.Специальная психология : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В. И. Лубовского. – М. : Академия, 2005. – 464 с.

220.Специальная психология : учеб. пособие / Е. С. Слепович [и др.] ; под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. – Минск : Выш. шк., 2012. – 511 с.

221.Спитц, Р. А. Поведение депривированных детей / Р. А. Спитц // Лишенные родительского попечительства : хрестоматия : учеб. пособие для студентов пед. ун-тов и ин-тов / ред.-сост. В. С. Мухина. – М. : Просвещение, 1991. – С. 166–167.

222. Спитц, Р. А. Психотоксические расстройства / Р. А. Спитц, В. Г. Коблинер // Психология аномального развития ребенка : хрестоматия : в 2 т. ; под ред. В. В. Лебединского, М. К. Бардышевской. – 2-е изд. – М. : ЧеРо: МПСИ : Изд-во МГУ, 2006. – Т. 2. – С. 563–592.

223.Справочник по неврологии детского возраста / Б. В. Лебедев [и др.] ; под ред. Б. В. Лебедева. – М. : Медицина, 1995. – 448 с.

224.Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства / О. Ж. Аксенова, Н. Ю. Баранова, М. М. Емец, Л. В. Самарина. – СПб., 2012. – 54 с.

Репозиторий БрГУ

225.Стерн, Д. Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / Д. Н. Стерн. – СПб. : Вост.-Европ. Ин-т Психоанализа, 2006. – 384 с.

226.Стребелева, Е. А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии : Кн. для педагога-дефектолога / Е. А. Стребелева. – М. : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005. – 180 с.

227.Тайсон, Р. Психоаналитические теории развития : пер. с англ. / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. – Екатеринбург : Деловая кн., 1998. – 528 с.

228.Тишкова, А. В. Развитие и совершенствование коррекционно-педагогической помощи детям раннего возраста с психоневрологической патологией. дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / А. В. Тишкова. – М., 2004. –145 с.

229.Токовая, Е. И. Раннее нервно-психическое развитие детей, родившихся глубоко недоношенными : дис. … канд. мед. наук : 14.00.09 / Е. И. Токовая. – М., 2002. – 160 с.

230.Тржесоглава, З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоглава ; пер. с чеш. – М. : Медицина, 1986. – 256 с.

231.Фатеева, Е. М. Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать – Дитя» / Е. М. Фатеева, Ж. В. Цареградская. – М. : Агар, 2000. – 183 с.

232.Филиппова, Г. Г. Диадические отношения и социальная ситуация развития ребенка: синтез подходов в перинатальной психологии / Г. Г. Филиппова // Психологические проблемы современной Российской семьи : материалы 2-й Всерос. науч. конф., Москва, 25–26 окт. 2005 г. : в 3 ч. / МГУ им. М. В. Ломоносова ; под ред. В. К. Шабельникова, А. Г. Лидерса. – М., 2005. – Ч. 3. – С. 450–454.

233.Филиппова, Г. Г. Психология материнства : учеб. пособие / Г. Г. Филиппова. – М. : Изд-во Ин-та Психотерапии, 2002. – 239 с.

234.Филиппова, Г. Г. Развитие ребенка в раннем онтогенезе и функции матери / Г. Г. Филиппова // Психология и психоанализ беременности : учеб. пособие по психологии материнства ; ред.-сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ-М, 2003. – С. 177–241.

235.Фрейд, А. Теория и практика детского психоанализа : пер. с англ. / А. Фрейд. – М. : Апрель Пресс : ЭКСМО-Пресс, 1999. – 400 с.

236.Фурманов, И. А. Психология депривированного ребенка : пособие для психологов и педагогов / И. А. Фурманов, Н. В. Фурманова. – М. : Академия, 2004. – 319 с.

237.Хазанов, А. И. Выхаживание недоношенных детей / А. И. Хазанов. – СПб. : Медицина, 2010. –240 с.

238.Хачатрян, Л. Г. Ранние и отдаленные проявления перинатального поражения нервной системы у детей раннего возраста : дис. … д-ра мед. наук : 14.00.09 / Л. Г. Хачатрян. – М., 2003. – 283 с.

239.Хорош, С. М. Влияние позиции родителей на раннее развитие слепого ребенка / С. М. Хорош // Дефектология. – 1991. – № 3. – С. 88–93.

240.Хохлова, А. Ю. Изучение особенностей детско-родительского взаимодействия в семьях глухих и слышащих родителей, воспитывающих глухих детей / А. Ю. Хохлова // Дефектология. – 2007. – № 3. – С. 40–48.

241.Цетлин, М. М. Особенности темперамента детей первых лет жизни, перенесших раннюю зрительную депривацию / М. М. Цетлин, Т. А. Строганова // Вопр. психологии. – 1997. – № 2. – С. 34–47.

Репозиторий БрГУ

242.Черных, А. А. Нервно-психическое развитие детей раннего возраста, внутриутробно перенесших воздействие опиоидов : дис. … канд. мед. наук : 14.00.09 / А. А. Черных. – Томск, 2004. – 130 с.

243.Чесс, С. Значение темперамента для психиатрической практики / С. Чесс, А. Томас // Детство идеальное и настоящее : сб. работ современ. зап. ученых / под ред. Е. Р. Слободской. – Новосибирск : Сиб. хронограф, 1994. – С. 131–144.

244.Чиркина, Г. В. К проблеме раннего распознавания и коррекции отклонений речевого развития у детей / Г. В. Чиркина // Проблемы младенчества. – М. : ИКП РАО, 1999. – С. 148–150.

245.Шабалов, Н. П. Неонатология : учеб. пособие : в 2 т. – 5-е изд., испр. и доп. / Н. П. Шабалов – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 768 с.

246.Шанько, Г. Г. Эпилепсия у детей (классификация, диагностика, лечение) : рук. для врачей / Г. Г. Шанько. – Минск : Харвест, 1997. – 128 с.

247.Шаповал, И. А. Специальная психология : учеб. пособие / И. А. Шаповал. – М. : Сфера, 2005. – 224 с.

248.Шереметьева, Е. В. Предупреждение отклонений речевого развития у детей раннего возраста / Е. В. Шереметьева. – М. : Нац. кн. центр, 2013. – 168 с.

249.Шипицына, Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для вузов / Л. М. Шипицина, И. И. Мамайчук. – М. : Владос, 2004. – 368 с.

250.Школьникова, Н. Н. Система развития коммуникативного поведения у детей раннего и дошкольного возраста с осложненными формами интеллектуальной недостаточности : автореф. дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / Н. Н. Школьникова. – М., 1993. – 16 с.

251.Шматкова, И. В. Базовые потребности ребенка раннего возраста и его эмоциональное благополучие / И. В. Шматкова // Весн. Брэсц. ун-та. Сер. гуманітар. і грамад. навук. – 2008. – № 3. – С. 105–113.

252.Шматкова, И. В. Взаимосвязь материнского поведения и нарушений эмоционального благополучия у детей раннего возраста / И. В. Шматкова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 3. – С. 39–51.

253.Эззо, Г. Как научить младенца спать всю ночь. Книга о воспитании детей первого года жизни. Система «Тихая ночь». Книга первая : пер. с англ. / Г. Эззо, Р. Букнам. – Новосибирск : Посох, 2003. – 208 с.

254.Эльконин, Д. Б. Избранные психологические труды / Д. Б. Эльконин. – М. : Педагогика, 1989. – 560 с.

255.Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский [и др.]; под ред. В. В. Лебединского. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1990. – 197 с.

256.Энциклопедия детского невролога / Белорус. гос. ин-т усовершенствования врачей ; под ред. Г. Г. Шанько. – Минск : Беларус. энцыкл., 1993. – 552 с.

257.Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон ; под общ. ред. А. В. Толстых. – М. : Прогресс, 1996. – 344 с.

258. Як, Э. Строим мостики с помощью сенсорной интеграции. Терапия для детей с аутизмом и другими первазивными расстройствами развития : пер. с англ. / Э. Як, П. Аквилла, Ш. Саттон. – Белая Церковь : ПАО, 2016. – 240 с.

259.Якупова, В. А. Особенности внутренней позиции матери у участниц программы ЭКО / В. А. Якупова, Е. И. Захарова // Культурно-историческая психология. – 2016. – Т. 12, № 1. – С. 46–55.

Репозиторий БрГУ

260.Яшкова, Н. В. Наглядное мышление глухих детей / Н. В. Яшкова. – М. : Педагогика, 1988. – 143 с.

261.Adams, C. G. Sleep tight: Exploring the relationship between sleep and attachment style across the life span / C. G. Adams, M. A. Stoops, R. P. Skomro // Sleep Medicine Reviews. – 2014. – Vol. 18, iss. 6. – P. 495–507.

262.Ahn, R. R. Prevalence of parents' perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children / R. R. Ahn, L. J. Miller, S. Milberger, D. N. McIntosh // American Journal of Occupational Therapy. – 2004. – Vol. 58. – P. 287–293.

263.Ainsworth, M. D. Patterns of attachment / M. D. Ainsworth, M. C. Dlenar, E. Waters, S. Walls. – Hillsdale ; New York : Erbaum, 1978. – 338 p.

264.American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed. – Darien, IL : American Academy of Sleep Medicine, 2014.

265.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 5th ed. – Washington, DC, 2013. – 947 p.

266.Ammerman, S. B. The impact of hearing loss on mother-infant bonding [Electronic resource] : A Dissertation Submitted For the Degree of Doctor of Philosophy With A Major In Special Education / S. B. Ammerman. – The University of Arizona, 2009. – 142 p. – Mode of access: http://hdl. handle. net/10150/195604. – Date of access: 26.07.2018.

267.Anders, T. F. Infant sleep, nighttime relationships and attachment / T. F. Anders // Psychiatry. – 1994. – Vol. 57. – P. 11–21.

268.Angelsen, N. K. Breastfeeding and Cognitive Development at Age 1 and 5 Years / N. K. Angelsen, T. Vik, G. Jacobsen, L. S. Bakketeig // Arch. Dis. Child. – 2001. – Vol. 85 (3). – P. 183–188.

269.Anouk, P. N. Terrible Twos or Early Signs of Psychopathology? Developmental Patterns in Early Identifed Preschoolers with Cochlear Implants Compared With Hearing Controls / P. N. Anouk, R. Carolien, L. Ketelaar, W. Soede, K. D. Gadow, J. H. M. Frijns // EAR & HEARING. – 2017. – Vol. 39, nr 3. – P. 495–502.

270.Asahara, K. Study on the relationship between toddler temperament and development (first report) – the correlation among toddler temperament, maternal perception and rearing environment / K. Asahara, S. Murashima, S. Iida // Japanese Journal of Public Health. – 1992. – Vol. 39, Nr 9. – P. 696–706.

271.Atkinson, L. Maternal sensitivity, child functional level and attachment in Down syndrome / L. Atkinson [et al.] // Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk : Monograph of the Society for Research in Child Development / ed. by J. I. Vondra & D. Barnett. – 1999. – P. 45–66.

272.Ayres, J. Sensory Integration and the Child / J. Ayres. – Los Angeles : Western Psychological Services, 1979. – 269 p.

273.Bacon, E. C. Bacon Measuring Outcome in an Early Intervention Program for Toddlers with Autism Spectrum Disorder: Use of a Curriculum-Based Assessment / E. C. Bacon, S. Dufek, L. Schreibman,A. C. Stahmer, K. Pierce, E. Courchesne // Autism Research and Treatment. – 2014. – Vol. 2014. – P. 1–9.

274. Baker-Ericzen, M. J. Stress Levels and Adaptability in Parents of Toddlers With and Withont Autism Spectrum Disorders / M. J. Baker-Ericzen, L. Brookman-Fraze, A. Stahmer // Research & Practice for Persons with Severe Disabilities. – 2005. – Vol. 30, nr 4. – P. 194–204.

275.Baranek, G. T. Hyperresponsive Sensory Patterns in Young Children With Autism, Developmental Delay, and Typical Development / G. T. Baranek, B. A. Boyd, M. D.

Репозиторий ЕрГУ

Poe, F. J. David, L. R. Watson // American Journal on Mental Retardation. – 2007. – Vol. 112, nr 4. – P. 233–245.

276.Barbaro, J. Prospective identification of autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood using developmental surveillance: the social attention and communication study / J. Barbaro, Ch. Dissanayake // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. – 2010. – Vol. 31 (5). – P. 376–385.

277.Barbaro, J. Diagnostic stability of autism spectrum disorder in toddlers prospectively identified in a community-based setting: Behavioural characteristics and predictors of change over time / J. Barbaro, Ch. Dissanayake // Autism. – 2017. – Vol. 21 (7). – P. 830–840.

278.Barker, D. H. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent-child communication / D. H. Barker, A. L. Quittner, N. E. Fink // Developmental Psychopathology. – 2009. – Vol. 21 (2). – P. 373–392.

279.Barnard, K. E. Developmental changes in maternal interactions with term and preterm infants / K. E. Barnard, H. L. Bee, M. A. Hammond // Infant Behavior and Development. – 1984. – Vol. 7. – P. 101–113.

280.Baron-Cohen, S. Early identification of autism by the CHecklist for Autism in Toddlers (CHAT) / S. Baron-Cohen [et al.] // Journal of Social Medicine. – 2000. – Vol. 93. – P. 521–525.

281.Becerra-Culqui, T. A. Parental First Concerns and Timing of Autism Spectrum Disorder Diagnosis / T. A. Becerra-Culqui [et al.] // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2018. – Vol. 48, iss. 10. – P. 3367–3376.

282.Beckwith, L. Adaptive and maladaptive parenting – implications for intervention / L. Beckwith // Handbook of early childhood intervention / ed. S. J. Meisels and J. P Shonkoff. – Cambridge University Press, 1989. – P. 53–77.

283.Bello, A. Prediction and persistence of late talking: A study of Italian toddlers at 29 and 34 months / A. Bello, D. Onofriob, L. Remic, C. Casellib // Research in Developmental Disabilities. – 2018. – Vol. 75. – P. 40–48.

284.Ben-Sasson, A. Early sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders as a predictor of family impairment and parenting stress / A. Ben-Sasson, T. W. Soto, F. Martínez-Pedraza, A. S. Carter // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2013. – Vol. 54:8. – P. 846–853.

285.Ben-Sasson, A. Risk Assessment for Parents Who Suspect Their Child Has Autism Spectrum Disorder: Machine Learning Approach / A. Ben-Sasson, D. L. Robins, E. Yom-Tov // Journal of Medical Internet Research. – 2018. – Vol. 20. – nr 4. – P. 1.

286.Bigelow, A. Early words of blind children / A. Bigelow // Journal of Child Language. – 1987. – Vol. 14, iss. 1. – P. 47–56.

287.Blackwell, A. K. M. Characteristics of Parent-Child Interactions: A Systematic Review of Studies Comparing Children With Primary Language Impairment and Their Typically Developing Peers / A. K. M. Blackwell, S. Harding, S. Babayiğit, S. Roulstone // Communication Disorders Quarterly. – 2015. – Vol. 36 (2). – P. 67–78.

288.Bonuck, K. A. Screening for Sleep Problems in Early Intervention and Early Childhood Special Education. A Systematic Review of Screening and Assessment Instruments / K. A. Bonuck, Ch. Hyden, G. Ury, J. Barnett, H. Ashkinaze, R. D. Briggs // Infants & Young Children. – 2011. – Vol. 24, nr 4. – P. 295–308.

289.Bottema-Beutel, K. Sequential Associations Between Caregiver Talk and Child Play in Autism Spectrum Disorder and Typical Development / K. Bottema-Beutel [et al.] // Child development. – 2017. – Vol. 89, nr 3. – P. e157–e166.

Репозиторий БГПУ

290.Brambring, M. Sprachentwicklung blinder Kinder (Language development in children who are blind) / M. Brambring // Psycholinguistik: Ein internationales Handbuch / eds.: G. Rickheit, T. Herrmann, W. Deutsch. – Berlin : de Gruyter, 2003. – P. 730–752.

291.Brambring, M. Divergent Development of Verbal Skills in Children Who Are Blind or Sighted / M. Brambring // Journal of Visual Impairment & Blindness. – 2007. – Vol. 101, iss. 12. – P. 749–762.

292.Brazelton, T. B. Toddlers and Parents. A declaration of Independence / T. B. Brazelton. – New York : A Merloyd Laurence Book, 1989. – 272 p.

293.Brian, J. A. The Social ABCs Caregiver-Mediated Intervention for Toddlers With Autism Spectrum Disorder: Feasibility, Acceptability, and Evidence of Promise From a Multisite Study / J. A. Brian [et al.] // Autism Researches. – 2016. – Vol. 9. – P. 899–912.

294.Briscoe, C. Maternal guidance in at risk mother-child dyads: Associations with contextual variables [Electronic resource] / C. Briscoe, D. Stack, L. A. Serbin, J. E. Ledingham, A. E. Schwartzman // Infant Child Development. – 2017. – Vol. 26, iss. 5. – Mode of access: 10.1002/icd.2017. – Date of access: 24.08.2019.

295.Bridgett, D. J. Temperament development and early temperament predictors of psychopathology: examination of developmental trajectories of increased temperament risk for psychopathology and the direct and indirect effects of infant temperament on toddler psychopathology outcomes: A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy / D. J. Bridgett. – Washington. – 2008. – 124 p.

296.Brisch, K.-H. Bindungsstörungen. Von der Bindungsstörungstheorie zur Therapie / K. H. Brisch. – Stuttgart Klett-Cotta. – 2010. – 378 s.

297.Britner, Z. Stress and coping: a comparison of self-report measures of functioning in families of young children with cerebral palsy or no medical diagnosis / Z. Britner [et al.] // Journal of Child and Family Studies. – 2003. – Nr 12. – P. 335–348.

298.Bruni, O. Clinically Oriented Subtyping of Chronic Insomnia of Childhood / O. Bruni, S. Sette, M. Angriman, E. Baumgartner // The Journal of Pediatrics. – 2018. – Vol. 196. – P. 194–200.

299.Bugental, D. B. Attributions as moderator variables within social interactional systems / D. B. Bugental // Journal of Social and Clinical Psychology. – 1987. – Vol. 5. – P. 469–484.

300.Bundy, A. Sensory Integration: Theory and Practice / A Bundy, S. J. Lane, A. G. Fisher, E. A. Murray. – Philadelphia : F. A. Davis, 2002. – 496 p.

301.Buschman, A. Prädiktoren für den Entwicklungsverlauf spät sprechender Kinder. Prognostic Factors in Late-Talking Toddlers / A. Buschman, M. Neubauer // Sprache · Stimme · Gehör. – 2012. – Nr 36. – P. 135–141.

302.Buschmann, A. Alltagsintegrierte Sprachförderung in der Kita auf Basis eines Trainings zur Optimierung der Interaktion Fachkraft-Kind / A. Buschmann, B. Degitz, S. Sachse // Sprache professionell fördern / Hrsg.: S. Sallat, M. Spreer, C. W. Glück. – Idstein : Schulz-Kirchner Verlag, 2014. – S. 416–425.

303.Buschmann, A. «Heidelberger Elterntraining» frühe Sprachförderung: Hintergründe, Konzeption und Wirksamkeit des HET Late Talkers / A. Buschmann // Sprache, Kommunication und Musik in der Kinderentwicklung. – München, Lübeck, 2018. – P. 143–154.

304.Cable, A. L. Systematic review of the treatment of children with late language emergence / A. L. Cable, A. Domsch // International Journal of Language & Communication Disorders. – 2011. – Vol. 2. – P. 138–154.

Репозиторий БрГУ

305.Campbell, J. J. Early language experience: Learning from young children who are blind / J. J. Campbell // Dissertation Abstracts International Section C: Worldwide. – 2018. – Vol. 75, nr 1-C.

306.Capobianco, M. Early language development in preterm children without neurological damage: a longitudinal study / M. Capobianco, L. Cerniglia // F1000research. – 2017. – Vol. 6. – P. 2169.

307.Carey, W. B. Stability and Change in Individual Temperament Diagnoses from Infancy to Early Childhood / W. B. Carey, S. C. McDevitt // Journal of American Academy of Child Psychiatry. – 1978. – Vol. 17, iss. 2. – P. 331–337.

308.Carpenter, M. Interrelations among social-cognitive skills in young children with autism / M. Carpenter, B. F. Pennington, S. J. Rogers // Journal of Autism and Developmental Disorder. – 2002. – Vol. 32. – P. 91–106.

309.Carr, J. Six weeks to twenty-one years old: a longitudinal study of children with Down's syndrome and their families. Third Jack Tizard memorial lecture / J. Carr // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1988. – Vol. 29 (4). – P. 407–431.

310.Cervantes, P. E. Diagnosing ASD in very early childhood / P. E. Cervantes, P. J. Matson, R. L. Rachel // Handbook of assessment and diagnosis of autism spectrum disorder. – New York : Springer, 2016. – P. 157–173.

311.Cierpka, M. Regulations-störungen. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern / M. Cierpka. – Berlin, Heidelberg : Springer Verlag, 2015. – 197 s.

312.Chatoor, I. A Feeding Scale for Research and Clinical Practice to Assess Mother – Infant Interactions in the First Three Years of Life / I. Chatoor [et al.] // Infant Mental Health Journal. – 1997. – Vol. 18 (1). – P. 76–91.

313.Chatoor, I. The Diagnostic Assessment and Classification of Feeding Disorders / I. Chatoor, J. Ganiban // Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment / ed. by R. DelCarmen-Wiggins, A. Carter. – New York : Oxford University Press, 2004. – P. 289–305.

314.Chattor, I. Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Klassifikation: Diagnostik und Behandlung / I. Chatoor . – Stuttgard : Klett Cotta, 2012. – 196 s.

315.Chatoor, I. Development of the parent-child play scale for use in children with feeding disorders / I. Chatoor, S. Hommel, C. Sechi, L. Lucarelli // Infant mental health journal. – 2018. – Vol. 39 (2). – P. 153–169.

316.Cheng, N. Quality of Maternal Parenting of 9-Month-Old Infants Predicts Executive Function Performance at 2 and 3 Years of Age / N. Cheng, S. Lu, M Archer, Z. Wang // Frontiers in Psychology. – 2018. – Vol. 8. – P. 2293.

317.Chindamo, S. Sleep and new media usage in toddlers / S. Chindamo // European Journal of Pediatrics. – 2019. – Vol. 178 (4). – P. 483–490.

318.Choi, B. Development of fine motor skills is associated with expressive language outcomes in infants at high and low risk for autism spectrum disorder / B. Choi [et al.] // Journal of Neurodevelopmental Disorders. – 2018. – Vol. 10:14. – P. 1–11.

319.Clements, M. Parenting and Attachment among toddlers with congenital anomalies: Examining the Strange Situation and attachment Q-sort / M. Clements, D. Barnett // Infant Mental Health Journal. – 2002. – Nr 23. – P. 625–642.

320.Colin, V. L. Human attachment / V. L. Colin. – McGraw-Hill, 1996. – 391 p.

321.Coo, H. Trends in autism prevalence: diagnostic substitution revisited / H. Coo, H. Quellette-Kuntz, J. E. Lloyd // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – Nr 38 (6). – P. 1036–1046.

Репозиторій ЕДПУ

322.Crittenden, P. M. A dynamic-maturational model of attachment / P. M. Crittenden // Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. – 2006. – Vol. 27. – P. 105–115.

323.Davis, N. O. Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics / N. O. Davis, A. S. Carter // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – Vol. 38. – P. 1278–1291.

324.Dawson, G. Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism / G. Dawson, E. J. Jones, K. Merkle [et al.] // Jounal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. – 2012. – Vol. 51 (11). – P. 1150–1159.

325.Dawson, G. Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model / G. Dawson, S. Rogers, J. Munson, M. Smith, J. Winter, J. Greenson, A. Donaldson, J. Varley // Pediatrics. – 2010. – Vol. 125. – Is. 1. – P. 1150–1159.

326.Debodinance, E. Interventions for toddlers with autism spectrum disorder: A meta-analysis of single-subject experimental studies / E. Debodinance [et al.] // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2017. – Vol. 36. – P. 79–92.

327.DesJardin, L. Maternal Perception of Self-Efficacy and Involvement in the Auditory Development of Young Children with Prelingual Deafness / L. DesJardin // Journal of Early Intervention. – 2005. – Vol. 27, Nr 3. – P. 193–209.

328.DesJardin, L. Supporting Families of Young Deaf Children With Cochlear Implants / J. L. DesJardin, L. S. Eisenberg, R. M. Hodapp // Infants & Young Children. – 2006. – Vol. 19, nr 3. – P. 179–189.

329.Desmarais, Ch. Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers / Ch. Desmarais, A. Sylvestre, F. Meyer, I. Bairati, N. Rouleau // International Journal of Language & Communication Disorders. – 2008. – Vol. 43, iss. 4. – P. 361–389.

330.Developmental Psychology : An Advanced Textbook / ed. by M. H. Bornstein, M. E. Lamb. – 3rd ed. – New Jersey ; London : Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1992. – 848 p.

331.Didierjean-Jouveau, C.-S. 10 mensonges sur l'allaitement Broché / C.-S. Didierjean-Jouveau. – Paris, 2006. – 126 p.

332.Dodd, S. Autismus. Was Betreuer und Eltern wissen müssen / S. Dodd. – München : Akademischer Verlag Spektrum, 2007. – 399 s.

333. Dollaghan, C. Late talker ad a clinical category: a critical evaluation / C. Dollaghan // Late talkers. Language, development, interventions and outcomes / ed. by L. A. Rescorla, P. S. Dale. – Baltimore, Maryland : Paul Brookes Publishing. – 2013. – P. 91–112.

334.Douglas, T. The need to know: The information needs of parents of infants with an intellectual disability – a qualitative study / T. Douglas, B. Redley, G. Ottmann // Journal of Advanced Nursing. – 2017. – Vol. 73. – P. 2600–2608.

335.Diguiseppi, C. Screening for autism spectrum disorders in children with Down's syndrome / C. Diguiseppi [et al.] // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. – 2010. – Nr 31 (3). – P. 181–191.

336.Dunn, W. The impact of sensory Processing Abilities on the Daily Lives of Young Children and Their Families: A Conceptual Model / W. Dunn // Infants and Young Children. – 1997. – Vol. 9 (4). – P. 23–35.

337.Dykens, E. Profiles and development of adaptive behavior in children with Down Syndrome / E. Dykens, R. Hodapp, D. Evans // Down Syndrome Research and Practice. – 2006. – Vol. 9. – P. 45–50.

338.Eaves, L. C. The Very Early Identification of Autism: Outcome to Age 4½–5 / L. C. Eaves, H. H. Ho // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2004. – Vol. 34, nr 4. – P. 367–378.

Репозиторий БрГУ

339.Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // American Journal of Psychiatry. – 1980. – Vol. 137, nr 5. – P. 535–544.

340.Estes, A. Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders / A. Estes [et al.] // Brain & Development. – 2013. – Vol. 35. – P. 133–138.

341.Eutrope, J. Emotional Reactions of Mothers Facing Premature Births: Study of 100 Mother-Infant Dyads 32 Gestational Weeks [Electronic resource] / J. Eutrope [et al.] // PLoS ONE. – 2014. – Vol. 9 (8): e104093. – Mode of access: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104093. – Date of access: 25.07.2018.

342.Feniger-Schaala, R. Attachment quality of children with ID and its link to maternal sensitivity and structuring / R. Feniger-Schaala, T. Joelsb // Research in Developmental Disabilities. – 2018. – Nr 76. – P. 56–64.

343.Fidler, D. The emergence of a syndrome-specific personality profile in young children with Down Syndrome / D. Fidler // Down Syndrome Research and Practice. – 2006. – Nr 10. – P. 53–60.

344.Fidler, D. Emerging social strengths in young children with Down syndrome / D. Fidler, C. Most, C. Booth-LaForce, J. Kelly // Infants and Young Children. – 2008. – Nr 21. – P. 207–220.

345.Finelli, J. Attachment Disorders in Early Childhood / C. H. Zeanah, N. W. Boris // Handbook of infant mental health / J. Finelli, C. H. Zeanah, A. T. Smyle; ed. by C. H. Zeanah. – 4th ed. – New York : Guilford Press, 2019. – P. 452–466.

346.Forcada-Guex, M. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months / M. Forcada-Guex [et al.] // Pediatrics. – 2006. – Vol. 118 (1): e107–14.

347.Freund, J.-D. Einfluss eines schwierigen frühkindlichen Temperaments auf die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion unter psychosozialen Risikolagen / J.-D.Freund, A. Linberg, S. Weinert // Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie. – 2017. – Vol. 49 (4). – P. 197–209.

348.Füssenich, I. Frühe sprachliche Bildung beobachten und begleiten Sprachförderung und Sprachtherapie bei mehr- und einsprachigen Kindern unter 3 Jahre / I. Füssenich // Sprache · Stimme · Gehör. – 2014. – Nr 38. – P. 158–162.

349.Gahagan, Sh. The Development of Eating Behavior – Biology and Context / Sh. Gahagan // Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. – 2012. – Vol. 33 (3). – P. 261–271.

350.Geissmann, H. Wie entwickelt sich Late Talkers? / H. Geissmann, E. Fahrländer, T. Margelist, O. Jenni // Sprache, Kommunikation und soziale Entwicklung – Frühe Diagnostik und Therapie / Hrsg.: Th. Hellbrügge, B. Schneeweiß. – Stuttgart : Klett-Cotta, 2013. – S. 52–67.

351.Gilberg, C. Autism under 3 years / C. Gillberg [et al.] // Journal of Child Psychology and Psychiatry – 1990. – Vol. 31. – P. 921–934.

352.Gilbert, C. Retinopathy of prematurity: a global perspective of the epidemics, population of babies at risk and implications for control / C. Gilbert // Early Human Development. – 2008. – Vol. 84. – P. 77–82.

353.Giovagnoli, G. Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder / G. Giovagnoli [et al.] // Research in Developmental Disabilities. – 2015. – Vol. 45–46. – P. 411–421.

354.Goetting, M. G. Pediatric insomnia: a behavioral approach / M. G. Goetting , J. Reijonen // Primary Care: Clinics in Office Practice. – 2007. – Vol. 34, iss. 2. – P. 427–435.

Репозиторий БрГУ

355.Goodlin-Jones, B. Sleep disorders / B. Goodlin-Jones, T. F. Anders // Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment / ed. by R. DelCarmen-Wiggins, A. Carter. – New York : Oxford University Press, 2004. – P. 271–288.

356.Green, J. A. Screaming, yelling, whining, and crying: Categorical and intensity differences in vocal expressions of anger and sadness in children's tantrums / J. A. Green, P. G. Whitney, M. Potegal // Emotion. – 2011. – Vol. 11 (5). – P. 1124–1133.

357.Groß, S. Empirische Grundlagen des Fragebogens zum Schreien, Füttern und Schlafen (SFS) / S. Groß, C. Reck, C. Thiel-Bonney, M. Cierpka // Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. – 2013. – Vol. 62, iss. 5. – P. 327–347.

358.Grossmann, K. Parents and toddlers at play: Evidence for separate qualitative functioning of the play and the attachment system / K. Grossmann, K. E. Grossmann // The organization of attachment relationships: Maturation, culture and context / ed. by P. Crittenden. – Cambridge : Cambridge University Press. – 2000. – P. 13–37.

359.Guerin, D. W. Difficult temperament and behaviour problems: A longitudinal study from 1.5 to 12 years / D. W. Guerin, A. W. Gottfried, C. W. Thomas // International Journal of Behavioral Development. – 1997. – Vol. 21. – P. 71–90.

360.Gul, H. Emotional availability in early mother–child interactions for children with autism spectrum disorders, other psychiatric disorders, and developmental delay / H. Gul [et al.] // Infant Mental Health Journal. – 2016. – Vol. 37 (2). – P. 151–159.

361.Gunn, P. Looking behavior of Down syndrome infants / P. Gunn, P. Berry, R. J. Andrews // American Journal of Mental Deficiency. – 1982. – Vol. 87 (3). – P. 344–347.

362.Guralnik, M. J. Developmental and systems linkages in early intervention for children with Down syndrome / M. J. Guralnik // Down syndrome: A review of current knowledge. – London, 1999. – P. 51–63.

363.Guralnick, M. J. Why Early Intervention Works. A Systems Perspective / M. Guralnick // Infants & Young Children. – 2011. – Vol. 24;1. – P. 6–28.

364.Guralnick, M. J. Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities : An Update // M. J. Guralnick // Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. – 2017. – Vol. 30. – P. 211–229.

365.Hahna, L. J. Joint attention in Down syndrome: A meta-analysis / L. J. Hahna, S. J. Loveallb, M. T. Savoyb, A. M. Neumanna, T. Ikutab // Research in Developmental Disabilities. – 2018. – Nr 78. – P. 89–102.

366. Hakman, M. The Effect of Task and Maternal Verbosity on Compliance in Toddlers / M. Hakman, M. Sullivan // Infant and Child Development. – 2009. – Vol. 18. – P. 195–205.

367.Handbook of Infant Mental Health / ed. by C. H. Zeanah. – 4th ed. – New York : Guilford Press, 2019. – 678 p.

368.Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment / ed. by R. DelCarmen-Wiggins, A. Carter. – New York : Oxford University Press, 2004. – 530 p.

369.Harel-Gadassia, A. Developmental assessment of preterm infants: Chronological or corrected age? / A. Harel-Gadassia // Research in Developmental Disabilities. – 2018. – Vol. 80. – P. 35–43.

370.Hatton, D. D. Severe visual impairments in infants and toddlers in the United States / D. D. Hatton, S. E. Ivy, C. Boyer // Journal of Visual Impairment & Blindness. – 2013. – Vol. 107. – P. 325–336.

371.Havighurst, R. J. Human Development and Education / R. J. Havighurst. – New York : David McKay, 1953.

Репозиторий БрГУ

372.Hawa, V. V. Toddlers with delayed expressive language: an overview of the characteristics, risk factors and language outcomes / V. V. Hawa, G. Spanoudis // Research in Developmental Disabilities. – 2014. – Vol. 35 (2). – P. 400–407.

373. Henkel, C. Essverhalten im frühen Kindesalter / C. Henkel, O. Jenni, S. Holtz [et al.] // Monatsschrift Kinderheilkunde. – 2016. – Vol. 164, iss. 4. – P. 294–300.

374.Henry, L. N., Trajectories of cognitive development in toddlers with language delays [Electronic resource] / L. N. Henry, C. Farmer, S. S. Manwaring, L. Swineford, A. Thurm // Research in Developmental Disabilities. – 2018. – Mode of access: https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.04.005. – Date of access: 26.07.2018.

375.Hertz, P. Feeding Infants and Toddlers – An Intuitive and Simple Action, Is It? / P. Hertz // Psychology Research. – 2019. – Vol. 9, nr 4. – P. 156–162.

376.Hidecker, M. J. C. Early Predictors and Correlates of Communication Function in Children With Cerebral Palsy / M. J. C. Hidecker [et al.] // Journal of Child Neurology. – 2018. – Vol. 33 (4). – P. 275–285.

377.Hofacker, von N. Frühkindliche Fütterstörungen. Neuere Entwicklungen und ihre Relevanz für die Praxis / N. von Hofacker // Monatsschrift Kinderheilkunde. – 2009. – Vol. 157, iss. 6. – P. 567–573.

378.Houwe, S. The interrelationships between motor, cognitive, and language development in children with and without intellectual and developmental disabilities / S. Houwen, L. Visser, A. van der Putten, C. Vlaskamp // Research in Developmental Disabilities. – 2016. – Nr 53–54. – P. 19–31.

379.Howard, J. S. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism / J. S. Howard [et al.] // Research in Developmental Disabilities. – 2005. – Nr 26. – P. 359–383.

380.Hudson, J. L. Parent-Child Relationships in Early Childhood and Development of Anxiety & Depression [Electronic resource] / J. L. Hudson // Encyclopedia on Early Childhood Development. – Mode of access: http://www.child-encyclopedia.com/anxietyand-depression/according-experts/parent-child-relationships-early-childhood-and-development – Date of access: 04.08.2019.

381.Hulle, C. Van. Trajectories of Sensory Over-Responsivity from Early to Middle Childhood: Birth and Temperament Risk Factors / C. Van Hulle, K. Lemery-Chalfant, H. Hill Goldsmith // PLoS One. – 2015. – Vol. 10 (6).

382.Hurtado, N. Does input influence uptake? Links between maternal talk, processing speed and vocabulary size in Spanish-learning children / N. Hurtado, V. A. Marchman, A. Fernald // Developmental Science. – 2008. – Vol. 11 (6). – P. 31–39.

383.Hustad, K. C. Speech and language development in 2-year-old children with cerebral palsy / K. C. Hustad, K. Allison, E. McFadd, K. Riehle // Development Neurorehabilitation. – 2014. – Vol. 17. – P. 167–175.

384.Hustad, K. C. Longitudinal growth of receptive language in children with cerebral palsy between 18 months and 54 months of age / K. C. Hustad, A. Sakash, A. T. Broman, P. J. Rathouz // Developmental Medicine & Child Neurology. – 2018. – May, 22. – P. 1–10.

385.Ijzendoorn, van M. H. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae / M. H. van Ijzendoorn, C. Schuengel, M. J. Bakarmans-Kranenburg // Development and Psychopathology. – 1999. – Nr 11 (2). – P. 225–250.

386.Ionio, C. Premature birth: complexities and difficulties in building the mother-child relationship / C. Ionio [et al.] // Journal of Reproductive and Infant Psychology. – 2017. – Vol. 35, nr 5. – P. 509–523.

Репозиторий БрГУ

387.Iverson, J. M. Relationship between Gestures and Words in Children with Down's Syndrome and Typically Developing Children in the Early Stages of Communicative Development / J. M. Iverson, M. E. Longobardi, M. C. Caselli // International Journal of Language & Communication Disorders. – 2003. – Vol. 38, nr 2. – P. 179–197.

388.Jacobson, L. Visual impairment is common in children born before 25 gestational weeks – boys are more vulnerable than girls / L. Jacobson, A. L. Hard, E. Horemuzova, H. Hammaren, A. Hellsträom // Acta Paediatrica. – 2009. – Vol. 98. – P. 261–265.

389.Jenni, O. G. A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life / O. G. Jenni, H. Z. Fuhrer, I. Iglowstein, L. Molinari, R. H. Largo // Pediatrics. – 2005. – Vol. 115. – P. 233–240.

390.Jenni, O. Ist die geistige Entwicklung von Kindern voraussehbar? / O. Jenni // Entwicklungsstörungen und chronische Erkrankungen. Diagnose, Behandlungsplanung und Familienbegleitung. – München : Verlag Schmidt-Römhild, 2017. – S. 52–59.

391.Jess, M. The construct of maternal positivity in mothers of children with intellectual disability / M. Jess, R. P. Hastings, V. Totsika // Journal of Intellectual Disability Research. – 2017. – Vol. 61, nr 10. – P. 928–938.

392.John, T. Emerging executive functioning and motor development in infants at high and low risk for autism spectrum disorder / T. John [et al.] // Frontiers in Psychology. – 2016. – Vol. 7. – P. 1664–1078.

393.Jonas, M. Behinderte Kinder, behinderte Mütter?: Die Unzumutbarkeit einer sozial arrangierten Abhängigkeit / M. Jonas. – Frankfurt am Main : Fischer Taschenbuch, 1990. – 168 S.

394.Jones, E. J. H. Developmental pathways to autism: A review of prospective studies of infants at risk / E. J. H. Jones [et al.] // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2014. – Vol. 39 (100). – P. 1–33.

395.Jong, de M. Cognitive Functioning in Toddlerhood: The Role of Gestational Age, Attention Capacities, and Maternal Stimulation / M. de Jong [et al.]//Developmental Psychology. – 2018. – Vol. 54, nr 4. – P. 648–662.

396.Kaale, A. Early interaction in autism spectrum disorder: Mothers' and children's behaviours during joint engagement / A. Kaale, L. Smith, A. Nordahl-Hansen, M. W. Fagerland, C. Kasari // Child Care Health Development. – 2018. – Vol. 44. – P. 312–318.

397.Keawutan, P. Longitudinal physical activity and sedentary behaviour in preschool-aged children with cerebral palsy across all functional levels / P. Keawutan, K. Bell, S. Oftedal, R. Sware, R. D. Stevenson, S. W. Davie, R. N. Boyd // Developmental medicine & child neurology. – 2017. – Nr 59. – P. 852–857.

398.Keren, M. Eating and feeding disorders in the first five years of life: revising the DC: 0–3R diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood and rationale for the new DC: 0–5 proposed criteria / M. Keren // Infant Mental Health Journal. – 2016. – Vol. 37, iss. 5. – P. 498–508.

399.Ketelaar, L. Social competence and empathy in young children with cochlear implants and with normal hearing / L. Ketelaar, C. Rieffe, C. H. Wiefferink, J. H. M. Frijns // The Laryngoscope. – 2013. – Vol. 123, iss. 2. – P. 518–523.

400.Kidwell, K. M. Child Executive Control as a Moderator of the Longitudinal Association Between Sleep Problems and Subsequent Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder Symptoms / K. M. Kidwell, M. Hankey, J. M. Nelson, K. A. Espy, T. D. Nelson // Journal of Pediatric Psychology. – 2017. – Vol. 1; 42 (10). – P. 1144–1155.

401.Kleinman, R. E. (Ed). Pediatric Nutrition Handbook / R. E. Kleinman (ed). // American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. – 2009. – 1470 p.

Репозиторий БрГУ

402.Klimes-Dougan, B. Children's conflicts tactics with mothers: A longitudinal investigation of the toddler and preschool years / B. Klimes-Dougan, C. B. Kopp // Merrill-Palmer Quarterly. – 1999. – Vol. 45 (2). – P. 226–241.

403.Korpilahti, P. Population-based screening for language delay: Let's talk STEPS study / P. Korpilahti, A. Kaljonen, E. Jansson-Verkasalo // Psychology. – 2016. – Vol. 7 (02). – P. 205–214.

404.Kühnert, N. Rolle der Mutter-Kind-Kommunikation für die aufmerksamkeitsregulativen Fähigkeiten im frühkindlichen Spiel: Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie an der Ludwig-Maximillians-Universität München / N. Kühnert. – München, 2007. – 175 S.

405.Lane, Sh. J. Sensory Overresponsivity and Anxiety in Typically Developing Children and Children With Autism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Cause or Coexistence? / Sh. J. Lane, S. Reynolds, L. Dumenci // American Journal of Occupational Therapy. – 2012. – Vol. 66. – P. 595–603.

406.Largo, R. Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren / R. Largo. – München : Piper, 2017. – 416 s.

407.Lean, R. Maternal intelligence quotient (IQ) predicts IQ and language in very preterm children at age 5 years / R. Lean, R. Paul, C. E. Rogers, C. D. Smyser // Journal of child psychology and psychiatry. – 2018. – Vol. 59. – Nr 2. – P. 150–159.

408.Lederberg, A. R. Impact of child deafness on mother-toddler interaction : strengths and weaknesses / A. R. Lederberg, A. K. Prezbindowski // The deaf Child in the Family and at School. Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans. – Psychology Press, 1999. – P. 74–92.

409.Lederberg, A. R. Parenting Stress and Social Support in Hearing Mothers of Deaf and Hearing Children: A Longitudinal Study / A. R. Lederberg // Journal of Deaf Studies and Deaf Education. – 2002. – Vol. 7 (4). – P. 330–345.

410. Lederer, S. H. Using Signs to Facilitate Vocabulary in Children With Language Delays / S. H. Lederer, D. Battaglia // Infants & Young Children. – 2015. –Vol. 28, nr 1. – P. 18–31.

411.Leekam, S. R. Attention and joint attention in preschool children with autism / S. R. Leekam, B. Lopez, C. Moore // Developmental Psychology. – 2000. – Vol. 36. – P. 261–273.

412.Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter [Electronic resource] // Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. – Mode of access: www.uni-düsseldorf.de. – Date of access: 23.07.2019.

413.Licata, M. Bindung und Eltern-Kind-Interaktion bei Kinder mit Entwicklungsstörungen und Behinderung / M. Licata // Entwicklungsstörungen und chronische Erkrankungen. Diagnose, Behandlungsplanung und Familienbegleitung. – München : Verlag Schmidt-Römhild, 2017. – S. 182–189.

414.Lin, D. Maternal mental illnesses is a major public health concern / D. Lin, P. R. Kallush // Developmental Psychopathology. – 2019. – Vol. 31 (3). – P. 817–831.

415.Loots, G. The Impact of Visual Communication on the Intersubjective Development of Early Parent – Child Interaction with 18- to 24-Month-Old Deaf Toddlers / G. Loots, I. Devisé, W. Jacquet // The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. – 2005. – Vol. 10, iss. 4. – P. 357–375.

416.Lord, K. Patterns of Developmental Trajectories in Toddlers With Autism Spectrum Disorder / K. Lord, K. Luyster, W. Guthrie, A. Pickles // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2012. – Vol. 80, nr 3. – P. 477–489.

Репозиторий БрГУ

417.Lowenthal, R. Prevalence of pervasive developmental disorder in Down's syndrome / R. Lowenthal [et al.] // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2007. – Nr 37 (7). – P. 1394–1395.

418.Lowinger, S. Infant irritability and early mother-infant reciprocity patterns / S. Lowinger // Infant & Child Development. – 1999. – Vol. 8. – P. 71–84.

419.Ludwig-Körner, C. Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie / C. Ludwig-Körner. – Göttingen V & R & Co, 2016. – 70 s.

420.Macrae, K. A. M. Attachment in blind infants: a systematic investigation using Ainsworth's strange situation / K. A. M. Macrae // Dissertation Abstract International: Section B. The Sciences and Engineering. – 2003. – Nr 63 (12-B). – P. 6121.

421.Main, M. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern / M. Main, J. Solomon // Affective development in infancy / eds.: T. B. Brazelton, M. W. Yogman. – Westport, CT, US : Ablex Publishing, 1986. – P. 95–124.

422.Marchala, J. P. Growing up with Down syndrome: Development from 6 months to 10.7 years / J. P. Marchala [et al.] // Research in Developmental Disabilities. – 2016. – Nr 59. – P. 437–450.

423.Marlow, N. Full term; an artificial concept / N. Marlow // Arch Dis. Child Fetal Neonatal Ed. – 2012. – Vol. 97. – P. F158–F159.

424.Masten, A. S. Developmental cascades / A. S. Masten, D. Cicchetti // Development and Psychopathology. – 2010. – Vol. 22. – P. 491–495.

425.Matheis, M. Factors related to parental age of first concern in toddlers with autism spectrum disorder / M. Matheis [et al.] // Developmental Neurorehabilitation. – 2017. – Vol. 20:4. – P. 228–235.

426.Matson, J. Cut-offs norms and patterns of problem behaviours in children with developmental disabilities on the Baby and Infant Screen for Children with autism Traits (BISCUIT-Part 3) / J. Matson, J. C. Fodstad, S. Mahan, J. Rojahn //Developmental Neurorehabilitation. – 2010. – Vol. 13, nr. 1. – P. 3–9.

427.Mayes, S. D. Tantrums are Not Associated with Speech or Language Deficits in Preschool Children with Autism / S. D. Mayes, R. Lockridge, C. D. Tierney // Journal of Developmental and Physical Disabilities. – 2017. – Vol. 29. – P. 587–596.

428.McConachie, H. Early expressive language of severely visually impaired children / H. McConachie, V. Moore // Developmental Medicine and Child Neurology. – 1994. – Vol. 36, iss. 3. – P. 230–240.

429.McManus, B. Identifying Infants and Toddlers at High Risk for Persistent Delays / B. M. McManus, C. C. Robinson, S. A. Rosenberg // Maternal Child Health Journal. – 2016. – Vol. 20. – P. 639–645.

430.Meadow-Orlans, K. P. Effects of infant hearing loss and maternal support on mother-infant interactions at 18 months / K. P. Meadow-Orlans, A. G. Steinberg // Journal of Applied Developmental Psychology. – 1993. – Vol. 14, iss. 3. – P. 407–426.

431.Meadow-Orlans, K. P. Maternal Sensitivity and the Visual Attentiveness of Children Who Are Deaf / K. P. Meadow-Orlans, P. E. Spencer // Infant & Child Development. – 1996. – Vol. 5, iss. 4. – P. 213–223.

432.Meins, E. Mind-mindedness as a multidimensional construct: appropriate and nonattuned mind-related comments independently predict infant-mother attachment in a socially diverse sample / E. Meins, C. Fernyhough, M. de Rosnay, B. Arnott, S. R. Leekam, M. Turner // Infancy. – 2012. – Vol. 17. – P. 393–415.

Репозиторий БрГУ

433.Meins, E. Sensitive attunement to infants' internal states: operationalizing the construct of mind-mindedness / E. Meins // Attachment and Human Development. – 2013. – Vol. 15. – P. 524–544.

434.Meins, E. Mind-mindedness coding manual, Version 2.2. Unpublished manuscript / E. Meins, C. Fernyhough. – York, UK : University of York. – 2015. – 27 p.

435.Meltzer, L. J. Clinical Management of Behavioral Insomnia of Childhood: Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Young Children / L. J. Meltzer // Journal of Behavioral Sleep Medicine. – 2010. – Vol. 8, iss. 3. – P. 172–189.

436.Miller, A. L. Toddler's self-regulation strategies in a challenge context are nap-dependent / A. L. Miller, R. Seifer, R. Crossin, M. K. Lebourgeois // Journal of Sleep Research. – 2015. – Vol. 24 (3). – P. 279–287.

437.Miller, L. E. Comparison of parent report and direct assessment of child skills in toddlers / L. E. Miller [et al.] // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2017. – Vol. 41–42. – P. 57–65.

438.Miller, L. J. Sensory Modulation Dysfunction: Identification in Early Childhood / L. J. Miller, J. Robinson, D. Moulton // Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment / ed. by R. DelCarmen-Wiggins, A. Carter. – New York : Oxford University Press, 2004. – P. 247–270.

439.Miller, L. J. Attention deficit hyperactivity disorder and sensory modulation disorder: A comparison of behavior and physiology / L. J. Miller, D. M. Nielsen, S. A. Schoen // Research in Developmental Disabilities. – 2012. – Vol. 33, iss. 3. – P. 804–818.

440.Minde, K. Maternal preference between premature twins up to age four / K. Minde, C. Corter, S. Goldberg, D. Jeffers // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1990. – Vol. 29. – P. 367–374.

441.Moe, V. Precursors of social emotional functioning among full-term and preterm infants at 12 months: early infant withdrawal behavior and symptoms of maternal depression / V. Moe, H. C. Braarud, T. Wentxed-Larsen [et al.] // Infant Behavior and Development. – 2016. – Vol. 44. – P. 159–168.

442.Moore, V. Communication between blind and severely visually impaired children and their parents / V. Moore, H. McConachie // Developmental Psychology. – – 1994. –Vol. 12, iss. 4. – P. 491–502.

443.Morgan, S. B. Do autistic children differ from retarded and normal children in Piagetian sensorimotor functioning? / S. B. Morgan, P. S. Cutrer, J. W. Coplin, J. R. Rodrigue // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1989. – Nr 30. – P. 857–64.

444.Mortensen, E. L. The Association between Duration of Breastfeeding and Adult Intelligence / E. L. Mortensen, K. F. Michaelsen // Journal of the American Medical Association. – 2002. – Vol. 287 (18). – P. 2365–2371.

445.Murray, L. The Psychology of Babies: How relationships support development from birth / L. Murray. – London : Constable, 2014. – 272 p.

446.Murray, L. Postnatal Depression and Young Children Development / L. Murray, S. Halligan, P. Cooper // Handbook of infant mental health / ed. by C. H. Zeanah. – 4th ed. – New York : Guilford Press, 2019. – P. 172–186.

447.Naber, F. B. F. Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders / F. B. F. Nabel [et al.] // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2007. – Nr 37 (6). – P. 1123–1138.

448.Nagayosh, M. Related visual impairment to mother-infant interaction and development in infants with bilateral retinoblastoma / M. Nagayosh [et al.] //European Journal of Oncology Nursing. – 2017. – Vol. 28. – P. 28–34.

Репозиторий ВлГУ

449.Nasir, A. Counseling on Early Childhood Concerns: Sleep Issues, Thumb-Sucking, Picky Eating, School Readiness, and Oral Health / A. Nasir, L. Nasir // American Family Physician. – 2015. – Vol. 15; 92 (4). – P. 274–278.

450.Neumann, K. Prospektive Behandlungsplannung bei Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen / K. Neumann // Entwicklungsstörungen und chronische Erkrankungen. Diagnose, Behandlungsplanung und Familienbegleitung. – München : Verlag Schmidt-Römhild, 2017. – S. 149–160.

451.Odom, S. Social Competence of Young Children Risk, Disability and Intervention / S. Odom, W. Braun, S. McConnel. – Brooke Publishing, 2007. – 341 p.

452.Ophoff, D. Sleep disorders during childhood: a practical review / D. Ophoff [et al.] // European Journal of Pediatrics. – 2018. – Vol. 177, iss. 5. – P. 641–648.

453.Ozturk, T. Changing trends over the last decade in the aetiology of childhood blindness: a study from a tertiary referral Centre / T. Ozturk, E. D. Yaman, A. T. Berk // British Journal of Ophthalmology. – 2016. – Vol. 100. – P. 166–171.

454.Ozturk, Ya. Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: Well-being of Parents, and Emotional & Physiological Responses to Infant Crying: A Thesis Submitted to the Department of Psychology and Cognitive Science For the Degree Doctor of Philosophy (Ph. D.) / Ya. Ozturk. – Trento, 2015. – 131 p.

455.Özçaliskan, S. Gesture Predicts Later Vocabulary in Children with Down Syndrome / S. Özçaliskan, L. B. Adamson, N. Dimitrova, J. Bailey, L. Schmuck // Journal of Child Language. – 2016. – Vol. 43, nr. 4. – P. 948–963.

456.Pace, C. Parental psychological distress following very preterm birth: impact on infant social-emotional development and parent-child interaction [Electronic resource] / C. Pace. – Mode of access: https://minerva-access.unimelb.edu.au/handle/11343/43187. – Date of access: 05.08.2019.

457.Pagliano, E. Outcome measures for children with movement disorders / E. Pagliano, G. Baranello, R. Masson, M. Foscan, M. T. Arnoldi, A. Marchi, G. Aprile, C. Pantaleoni // European journal of paediatric neurology. – 2018. – Nr 22. – P. 346–353.

458.Papousek, M. Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern- Kind-Beziehungen / M. Papousek, M. Schieche, H. Wurmser. – Bern : Huber, 2004. – 208 S.

459. Papousek, H. Frühe Eltern-Kind-Interaktion in ihrer Bedeutung für die kindliche Entwicklung / H. Papousek, M. Papousek // Der Kinderarzt. – 1990. – Nr 21 (2). – S. 191–194.

460.Papousek, H. Intuitive elterliche Früherziehung in der vorsprachlichen Kommunikation: I. Teil: Grundlagen und Verhaltensrepertoire / H. Papousek, M. Papousek // Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik, 1990. – Nr 12. – S. 521–527.

461.Papousek, M. Die intuitive elterliche Kompetenz in der vorsprachlichen Kommunikation als Ansatz zur Diagnostik von präverbalen Kommunikations- und Beziehungsstörungen / M. Papousek // Kindheit und Entwicklung. – 1996. – Nr 5. – S. 140–146.

462.Papousek, M. Gefährdungen des Spiels in der frühen Kindheit: Klinische Beobachtungen, Entstehungsbedingungen und präventive Hilfen / M. Papousek // Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. – München : Pfeiffer bei Klettt-Cotta, 2003 – S. 174–214.

463.Papousek, M. Persisting crying in early infancy : A non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship / M. Papousek, N. von Hofacker // Child: Care, Health and Development. – 1998. – Nr 24 (5). – P. 395–424.

464.Papp, L. M. Longitudinal associations between breastfeeding and observed mother–child interaction qualities in early childhood / L. Papp // Child: care, health and development. – 2013. – Nr 40 (5). – P. 740–746.

Репозиторий БрГУ

465. Parfitt, Y. Infant Developmental Outcomes: A Family Systems Perspective / Y. Parfitt, A. Pike, S. Ayers // Infant and Child Development. – 2014. – Vol. 23 (4). – P. 353–373.

466.Parr, J. R. Social communication difficulties and autism spectrum disorder in young children with optic nerve hypoplasia and/or septo-optic dysplasia / J. R. Parr, N. J. Dale, N. M. Shafer, A. T. Salt // Developmental Medical Child Neurology. – 2010. – Nr 52. – P. 917–921.

467.Pennington, L. Predicting patterns of interaction between children with cerebral palsy and their mothers / L. Pennington, H. McConachie // Developmental Medicine and Child Neurology. – 2001. – Nr 43. – P. 83–90.

468. Pennington, L. Mother-Child Interaction Revisited: Communication With Non-Speaking Physically Disabled Children / L. Pennington, H. Mcconachie // Journal of Language and Communication Disorders. – 1999. – Vol. 34, iss. 4. – P. 391–416.

469.Pepino, V. Application of tactile / kinesthetic stimulation in premature infants: a systematic review / V. Pepino, M. A. Mezzacappa // Journal de Pediatria. – 2015. – Vol. 91 (3). – P. 213–233.

470.Peters, H. Ätiologie und multiprofessionelle Diagnostik bei Kinder mit Intelligenzminderung / H. Peters, A. Bredel-Geißler, O. Bartsch // Entwicklungsstörungen und chronische Erkrankungen. Diagnose, Behandlungsplanung und Familienbegleitung. – München : Verlag Schmidt-Römhild, 2017. – S. 91–102.

471.Pickles, A. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial / A. Pickles [et al.] // Lancet. – 2016. – Vol. 388, nr 10059. – P. 2501–2509.

472.Pipp-Siegel, S. Neurological Aspects of the Disorganized / Disoriented Attachment Classification System: Differentiating Quality of the Attachment Relationship from Neurological Impairment / S. Pipp-Siegel, C. H. Siegel, J. Dean // Monographs of the Society for Research in Child Development. – Vol. 64, nr 3 : Atypical Attachment in Infancy and Early Childhood Among Children at Developmental. – 1999. – P. 25–44.

473.Potegal, M. Temper Tantrums in Young Children: 1. Behavioral Compositison / M. Potegal, R. Davidson // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. – 2003. – Vol. 24, iss. 3. – P. 140–147.

474.Potegal, M. Temper Tantrums in Young Children: 2. Tantrum Duration and Temporal Organization / M. Potegal, M. Kosorok, R. Davidson // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. – 2003. – Vol. 24, iss. 3. – P. 148–154.

475.Power, T. G. Child rearing and impulse control in toddlers: A naturalistic investigation / T. G. Power, M. L. Chapieski // Developmental Psychology. – 1986. – Vol. 22. – P. 271–275.

476.Prenoveau, J. M. Maternal postnatal depression and anxiety and their association with child emotional negativity and behavior problems at two years / J. M. Prenoveau, M. G. Craske, V. West, A. Giannakakis, M. Zioga, A. Lehtonen, A. Stein // Developmental Psychology. – 2017. – Vol. 53 (1). – P. 50–62.

477.Pretis, M. Families' first in early childhood intervention. A theoretical approach towards parent's involvement and increase of efficiency of the early childhood intervention // Journal of special education and rehabilitation. – 2012. – Nr 13 (1–2). – P. 7–18.

478.Provost, B. A Comparison of Motor Delays in Young Children: Autism Spectrum Disorder, Developmental Delay, and Developmental Concerns / B. Provost, B. R. Lopez, S. Heimerl // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2007. – Vol. 37, iss. 2. – P. 321–328.

479.Psyridou, M. Reading outcomes of children with delayed early vocabulary: A follow-up from age 2–16 / M. Psyridou, K. Eklund, A. M. Poikkeusa, M. Torppa // Research in Developmental Disabilities. – 2018. – Vol. 78. – P. 114–124.

Репозиторий БрГУ

480.Quinn, P. J. The Effect of Breastfeeding on Child Development at 5 Years: a Cohort Study / P. J. Quinn, M. Callaghan // Journal of Paediatric and Child Health. – 2001. – Vol. 37 (5). – P. 465–469.

481.Raaska, H. Adopted children's language difficulties and their relation to symptoms of reactive attachment disorder: FinAdo study / H. Raaska, M. Elovainio, J. Sinkkonen, S. Stolt, I. Jalonen, J. Matomäki, S. Mäkipää, H. Lapinleimu // Journal of Applied Developmental Psychology. – 2013. – Vol. 34, iss. 3. – P. 152–160.

482.Rao, M. R. Effect of Breastfeeding on Cognitive Development of Infants Born Small for Gestationnal Age / M. R. Rao, M. L. Heidiger // Acta Paediatrica. – 2002. – Vol. 91 (3). – P. 267–274.

483.Ratnayake, S. Parental choice versus Professional advice in deafness rehabilitation – an ethical dilemma / S. Ratnayake, I. Lakshminarayana // Archives of Disease in Childhood. – 2017. – Vol. 102, Suppl. 1. – P. A38–1.

484.Renner, G. Chancen und Fallstricke der Intelligenzdiagnostik bei kognitiven Entwicklungsstörungen / G. Renner // Entwicklungsstörungen und chronische Erkrankungen. Diagnose, Behandlungsplanung und Familienbegleitung. – München : Verlag Schmidt-Römhild, 2017. – S. 73–90.

485.Rescorla, L. Outcome of toddlers with specific expressive language delay / L. Rescorla, E. Schwartz // Applied Psycholinguistics. – 1990. – Vol. 11, iss. 4. – P. 393–407.

486.Rescorla, L. Late talker: Do good predictors of outcome exist? / L. A. Rescorla // Developmental Disabilities Research Reviews. – 2011. – Vol. 17 (2). – P. 141–150.

487.Richler, J. Restricted and repetitive behaviors in young children with autism spectrum disorders / J. Richler, S. Bishop, J. Kleinke, C. Lord // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2006. – Nr 37 (1). – P. 73–85.

488.Rosenbaum, P. Dr Google versus the health practitioner: can we still deliver? / P. Rosenbaum // Developmental Medicine & Child Neurology. – 2018. – Vol. 60, nr. 6. – P. 530.

489.Roskam, I. A qualitative analysis of mother's childrearing behavior towards their disabled child / I. Roskam, M. A. Shelstraete // Research in Developmental Disabilities. – 2007. – Nr 28. – P. 130–144.

490.Roques, N. Allaitement maternel et sommeil partagé / N. Roques // Dans Spirale. – 2005/2. – Nr 34. – P. 131–140.

491.Rossant, L. L'alimentation du nourrisson / L. Rossant. – Paris : Archives françaises de Pédiatrie, 1982. – 125 p.

492.Rothbart, M. K. Becoming who we are: Temperament and personality in development / M. K. Rothbart. – New York : Guilford Press, 2011. – 324 p.

493.Rutgers, A. Y. Autism and Attachment: a meta-analytic review / A. Y. Rutgers, M. J. Bakermans-Kranenburg // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2004. – Nr 45. – P. 1123–1134.

494.Rutter, M. Temperament: concepts, issues and problems / M. Rutter // Temperamental differences in infants and young children : Ciba Foundation symposium 89. – London: Pitman, 1982. – P. 1–16.

495.Ryan, H. Mother-child attachment development in young children with hearing loss: Effects of early versus late diagnosis of hearing loss. H. Ryan, A. McClellan // Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering – 2013. – Vol. 74, nr. 4-B (E).

496. Sachse, S. Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Ist der ELFRA-2 für einen generellen Einsatz bei der U7 zu empfehlen? / S. Sachse, A. Pecha, W. von Suchodoletz // Monatsschrift Kinderheilkunde. – 2007. – Vol. 155, iss. 2. – P. 140–145.

Репозиторий ВГУ

497.Sachse, S. Early identification of language delay by direct language assessment or parent report? / S. Sachse, W. von Suchodoletz // Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. – 2008. – Vol. 29, Nr. 1. – P. 34–41.

498.Sameroff, A. J. Models of development and developmental risk / A. J. Sameroff, B. H. Fiese // Handbook of infant mental health / ed. by C. H. Zeanach. 2nd ed. – New York : London : Guilford Press, 2003a. – P. 3–19.

499.Sameroff, A. J. Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible / A. J. Sameroff, M. J. Mackenzie // Development and Psychopathology. – 2003b. – Vol. 15. – P. 613–640.

500.Sarimski, K. Störungen der Kommunikation und Sprache bei genetischen Syndromen / K. Sarimski // Sprache, Kommunikation und soziale Entwicklung – Frühe Diagnostik und Therapie / Herausgegeben von Theodor Hellbrügge und Bukhard Schneeweiß. – Stuttgart : Klett-Cotta, 2013. – S. 141–159.

501.Sarimski, K. Kinder mit Down-Syndrom – frühe Entwicklung von Kompetenzen, familiäres Erleben und Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Frühforderung: Erste Ergebnisse der Heidelberger Down-Syndrom-Studie / K. Sarimski // Frühdiagnostik und Frühtherapie auf dem Prüfstand. – München : Verlag Schmidt-Römhild, 2014. – S. 33–50.

502.Schaffer, H. R. Social development / H. R. Schaffer. – Malden : Blackwell Publishing, 1996. – 468 p.

503.Schnatschmidt, M. Review: Schlafprobleme und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter / M. Schnatschmidt, A. Schlarb // Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. – 2018. – Nr 46 (5). – S. 368–381.

504.Schoen, S. A. Physiological and behavioral differences in sensory processing: a comparison of children with Autism Spectrum Disorder and Sensory Modulation Disorder / S. A. Schoen, L. J. Miller, B. A. Brett-Green, D. M. Nielsen // Front. Integr. Neurosci. – 2009.

505.Scholters, K. Schlafstörungen in der frühen Kindheit / K. Scholters, H. Demant, M. Benz // Regulations-störungen. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern / M. Cierpka (Hrsg). – Berlin, Heidelberg : Springer Verlag, 2015. – S. 57–75.

506.Scholters, K. Entwicklungsgerechtes und exzessives anklammerndes Verhalten / K. Scholters, M. Benz // Regulations-störungen. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern / M. Cierpka (Hrsg). – Berlin, Heidelberg : Springer Verlag, 2015. – S. 103–118.

507.Schuler, M. E. Determinants of mother-infant interaction: Effects of prenatal drug exposure, social support, and infant temperament / M. E. Schuler, M. M. Black, R. H. Starr // Journal of Clinical Child Psychology. – 1995. – Vol. 24:4. – P. 397–405.

508.Segre, L. S. Emotional distress in mothers of preterm hospitalized infants: A feasibility trial of nurse-delivered treatment / L. S. Segre, R. Chuffo-Siewert, R. L. Brock // Journal of Perinatology. – 2013. – Nr 33 (12). – P. 924–928.

509.Shapiro, T. Attachment in autism and other developmental disorders / T. Shapiro, M. Sherman, G. Calamari, D. Koch // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1987. – Vol. 26. – P. 480–484.

510.Shaw, D. S. Infant and Toddler Pathways Leading to Early Externalizing Disorders / D. S. Shaw [et al.] // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2001. – Vol. 40, iss. 1. – P. 36–43.

511.Sidor, A. Early Regulatory Problems in Infancy and Psychopathological Symptoms at 24 Months: A Longitudinal Study in a High-risk Sample / A. Sidor, C. Fischer, M. Cierpka // Journal of Child and Adolescent Behaviour. – 2013. – Vol. 1: 116, iss. 3. – P. 1–10.

Репозиторий БрГУ

512.Siller, M. The Behaviors of Parents of Children with Autism Predict the Subsequent Development of Their Children's Communication / M. Siller, M. Sigman // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2002. – Nr 32 (2). – P. 77–89.

513.Sivertsen, B. Later Emotional and Behavioral Problems Associated With Sleep Problems in Toddlers. A Longitudinal Study / B. Sivertsen, A. G. Harvey, T. Reichborn-Kjennerud [et al.] // JAMA Pediatrics. – 2015. – Vol. 169 (6). – P. 575–582.

514.Slonims, V. Analysis of mother-infant interaction in infants with Down syndrome and typically developing infants / V. Slonims, H. McConachi // American Journal of Mental Retardation. – 2006. – Vol. III. – P. 273–289.

515.Smith, N. A. Temporal Responsiveness in Mother – Child Dialogue: A Longitudinal Analysis of Children with Normal Hearing and Hearing Loss / N. A. Smith, B. McMurray // Infancy. The official journal of the International congress of infant studies. – 2018. – Nr 23 (3). – P. 410–431.

516.Solomon, J. The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood / J. Solomon, C. George // Handbook of attachment / eds J. Cassidy, P. R. Shaver. – New York : The Gilford Press. – 2008. – P. 383–418.

517.Soto, T . Symptom presentations and classification of autism spectrum disorder in early childhood: application to the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC: 0–5) / T. Soto, I. G. Kiss, A. Carter // Mental Health Journal. – 2016. – Vol. 37 (5). – P. 486–497.

518.Squires, J. Developmental Outcomes of Children Born After Assisted Reproductive Technologies / J. Squires, P. Kaplan // Infants & Young Children. – 2007. – Vol. 20. – Nr 1. – P. 2–10.

519.Stahmer, A. C. Inclusive Programming for Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Outcomes From the Children's Toddler School / A. C. Stahmer // Journal of Positive Behavior Interventions. – 2004. – Vol. 6, nr 2. – P. 67–82.

520.Stahmer, C. A. Parent perceptions of an adapted evidence-based practice for toddlers with autism in a community setting / A. C. Stahmer, L. Brookman-Frazee, S. R. Rieth, J. T. Stoner, J. D. Feder, K. Searcy, T. Wang // Autism. – 2017. – Vol. 21 (2). – P. 217–230.

521.Staples, A. D. Bedtime routines in early childhood: prevalence, consistency, and associations with nighttime sleep / A. D. Staples, J. F. Bates, I. T. Petersen // Monografs of the Society for Research in Child Development. – 2015. – Vol. 80 (1). – P. 141–159.

522.Sterling, A. Parenting of children with Down syndrome compared to fragile X syndrome / A. Sterling, S. F. Warren // Developmental Neurorehabilitation. – 2018. – Vol. 21, nr 1. – P. 64–67.

523.Stern, M. Prematurity stereotyping: Effects on mother – infant interaction / M. Stern, K. A. Hildebrandt // Child Development. – 1986. – Vol. 57. – P. 308–315.

524.Stifter, C. A. Assessment of Disturbances in Emotion Regulation and Temperament / C. A. Stifter, C. N. Wiggins // Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment / ed. by R. DelCarmen-Wiggins, A. Carter. – New York : Oxford University Press, 2004. – P. 77–103.

525.Stifter, C. A. Infant temperament and parent use of food to soothe predict change in weight-for-length across infancy: early risk factors for childhood obesity / C. Stifter, K. Modingn // International Journal of Obesity. – 2018. – Preprints. – P. 1–8.

526.Strand, K. M. Growth during infancy and early childhood in children with cerebral palsy: A population based study / K. Strand [et al.] // Developmental Medicine & Child Neurology. – 2016. – Vol. 58, nr. 9. – S. 924–930.

Репозиторий БрГУ

527.Susman-Stillman, A. Infant temperament and maternal sensitivity as predictors of attachment security / A. Susman-Stillman, M. Kalkoske, B. Egeland, I. Waldman // Infant Behavior and Development. – 1996. – Vol. 19. – P. 33–47.

528.Tauman, R. Coexistence of sleep and feeding disturbances in young children / R. Tauman [et al.] // Pediatrics. – 2011. – Vol. 127 (3):e6. – P. 15–21.

529.Tauman, R. Sensory profile in infants and toddlers with behavioral insomnia and/or feeding disorders / R. Tauman, N. Drori-Asayag, M. Greenfeld // Sleep Medicine. – 2017. – Vol. 32. – P. 83–86.

530.Terence, M. Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different? / M. Terence, D. V. Kumari, J. Blissett // European Psychiatry. – 2019. – Vol. 61. – P. 56–62.

531.Tolaymat, A. Sleep Disorders in Childhood Neurological Diseases / A. Tolaymat, Z. Liu // Children (Basel). – 2017. – Vol. 22. – P. 4–10.

532.Thomas, A. Temperament and behavior disorders in children / A. Thomas, S.Chess, H. G. Birch. – New York : University Press, 1968.

533.Thomas, A. The Origin of Personality / A. Thomas, S. Chess, H. G. Birch // Scientific American. – 1970. – Vol. 223. – P. 102–109.

534.Thomas, A. Temperament and follow-up to adulthood / A. Thomas, S. Chess // Temperamental differences in infants and young children / ed. by R. Porter, G. M. Collins ; CIBA Foundation Symposium – 89. – London : Pitman, 1982. – P. 168–175.

535.Trillingsgaard, A. What distinguishes autism spectrum disorders from other developmental disorders before the age of four years? / A. Trillingsgaard, E. U. Sørensen, G. Němec, M. Jørgensen // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2005. – Vol. 14, nr 2. – P. 65–72.

536.Tröster, H. Prevalence and situational causes of stereotyped behaviors in blind infants and preschoolers / H. Tröster, M. Brambring, A. Beelmann // Journal of Abnormal Child Psychology. – 1991. – Vol. 19, iss. 5. – P. 569–590.

537.Tröster, H. Early motor development in blind infants / H. Tröster, M. Brambring // Journal of Applied Developmental Psychology. – 1993. – Vol. 14, iss. 1. – P. 83–106.

538.Tröster, H. Early social-emotional development in blind infants / H. Tröster, M. Brambring // Child: Care, Health, and Development. – 1992. – Vol. 18, iss. 4. – P. 207–227.

539.Tröster, H. The play behavior and play materials of blind and sighted infants and preschoolers. / H. Tröster, M. Brambring // Journal of Visual Impairment & Blindness. – 1994. – Vol. 88, iss. 5. – P. 421–432.

540.U źródeł rozwoju dziecka : o wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zaklóconego / H. Olechnowicz [i in.] ; pod red. H. Olechnowicz. – Warszawa : Nasza Księgarnia, 1988. – 198 s.

541.Vaughn, B. E. Quality of toddler-mother attachment in children with Down syndrome: limits to interpretation of strange situation behavior / B. E. Vaughn [et al.] // Child development. – 1994. – Vol. 65. – P. 95–108.

542. Veness, C. Early indicators of autism spectrum disorders at 12 and 24 months of age: A prospective, longitudinal comparative study / C. Veness [et al.] // Autism. – 2012. – Vol. 16 (2). – P. 163–177.

543.Verdier, K. de. Children with blindness – major causes, developmental outcomes and implications for habilitation and educational support: a two-decade, Swedish population-based study / K. de Verdier, E. Ulla,S. Löfgren, E. Fernel // Acta Ophthalmologica. – 2018. – Nr 96. – P. 295–300.

Репозиторий БрГУ

544.Verhoeff, M. E. The bidirectional association between sleep problems and autism spectrum disorder: a population-based cohort study / M. E. Verhoeff [et al.] // Molecular Autism. – 2018. – Vol. 9:8.

545.Visootsak, J. Effect of congenital heart defects on language development in toddlers with Down syndrome / J. Visootsak, B. Hess, R. Bakeman, L. B. Adamson // Journal of Intellectual Disability Research. – 2013. – Nr 57 (9). – P. 887–892.

546.Visser, J. C. Autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in early childhood: A review of unique and shared characteristics and developmental antecedents / J. C. Visser, N. N. J. Rommelsea, C. U. Greven, J. K. Buitelaar // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2016. – Vol. 65. – P. 229–263.

547.Visser, J. C. Variation in the Early Trajectories of Autism Symptoms Is Related to the Development of Language, Cognition, and Behavior Problems / J. C. Visser [et al.] // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2017. – Vol. 56 (8). – P. 659–668.

548.Vock, K. Die sozialpädiatrische Nachsorge ehemals Frühgeborener und ihrer Eltern: Somatisch-neurologische und entwicklungpsychologische Aspekte / K. Vock, F. Voigt // Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz Stärken. Grundlagen der Früh-Rehabilitation. – Stuttgart : Klett-Cotta, 2011. – S. 148–158.

549.Voigt, F. Nachsorge und prospektive Entwicklungsplannung bei globalen Entwicklungsstörungen / F. Voigt // Entwicklungsstörungen und chronische Erkrankungen. Diagnose, Behandlungsplanung und Familienbegleitung. – München : Verlag Schmidt-Römhild, 2017. – S. 61–72.

550.Volkmar, F. Autism in infancy and early childhood / F. Volkmar, K. Chawarska, A. Klin // Annu. Rev. Psychol. – 2005. – Nr 56. – P. 315–336.

551.Wallner, P. Die Bedürfnisse 0- bis 3-jähriger und Montessori-Ansatz / P. Wallner // Inklusion: Menschen mit besonderen Bedürfnissen und Montessori-Pädagogik. – Berlin : Lit Verlag Dr. Hopf. – 2010. – S. 274–286.

552.Warren, S. F. Maternal Responsivity Predicts Language Development in Young Children With Fragile X Syndrome / S. F. Warren, N. Brady, A. Sterling, K. Fleming, J. Marquis //American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. – 2010. – Vol. 115, nr 1. – P. 54–75.

553.Warren, Z. A Systematic Review of Early Intensive Intervention for Autism Spectrum Disorders / Z. Warren [et al.] // Pediatrics. – 2011. – Vol. 127, iss. 5. – P. 1303–1311.

554.Wilbarger, J. L. Wilbarger Approach to Treating Sensory Defensiveness and Clinical Application of the Sensory Diet. Sections in Alternative and Complementary Programs for Intervention / J. L. Wilbarger, P. L. Wilbarger // Sensory Integration: Theory and Practice / ed. by A. C. Bundy, E. A. Murray, S. Lane. – 2nd ed. – Philadelphia, PA : F. A. Davis, 2002. – P. 335–338.

555.Williams, K. E. Sleep and Self-Regulation from Birth to 7 Years: A Retrospective Study of Children with and Without Attention-Deficit Hyperactivity Disorder at 8 to 9 Years / K. E. Williams, E. Sciberras // Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. – 2016. – Vol. 37 (5). – P. 385–394.

556. William, K. E. A Developmental Cascade Model of Behavioral Sleep Problems and Emotional and Attentional Self-Regulation Across Early Childhood / K. E. Williams, D. Berthelsen, S. Walker, J. M. Nicholson // Behavioral Sleep Medicine. – 2017. – Vol. 15, iss. 1.

557.Wilmshurst, L. Abnormal child psychology: a developmental perspective / L. Wilmshurst. – New York ; London : Taylor & Francis Group, 2008. – 668 p.

Репозиторий БрГУ

558.Wilson, K. P. Object play in infants with autism spectrum disorder: A longitudinal retrospective video analysis / K. P. Wilson [et al.] // Autism & Developmental Language Impairments. – 2017. – Vol. 2. – P. 1–12.

559.Wolke, D. Very Preterm Birth and Parents' Quality of Life 27 Years Later / D. Wolke, N. Baumann, B. Busch [et al.] // Pediatrics. – 2017. – Vol. 140.

560.Wolkind, S. N. Infant temperament, maternal mental states and child behavior problems / S. N. Wolkind, W. Desalis // Temperamental differences in infants and young children / CIBA Foundation Symposium – 89 / ed. by R. Porter, G. M. Collins. – London : Pitman, 1982. – P. 221–239.

561.Wolraich, M. L. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Can It be Recognized and Treated in Children Younger Than 5 Years? / M. L. Wolraich // Infants & Young Children. – 2006. – Vol. 19, nr 2. – P. 86–93.

562.Wood, D. The role of tutoring in problem solving / D. Wood, J. Bruner, G. Ross // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1976. – Vol. 17. – P. 89–100.

563.Xiuhong, Li. Parenting and cognitive and psychomotor delay due to small-for-gestational-age birth / Li Xiuhong // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2017. – Vol. 58:2. – P. 169–179.

564.Yack, E. Building Bridges Through Sensory Integration. Therapy for Children with Autism and Other Pervasive Developmental Disorders / E. Yack, P. Aquilla, Sh. Sutton. – Sensory World, 2015. –312 p.

565.Yoder, P. J. Early Predictors of Language in Children With and Without Down Syndrome / P. J. Yoder, S. F. Warren // American journal on mental retardation. – 2004. – Vol. 109 (4). – P. 285–300.

566.Young, G. S. Imitation from 12 to 24 Months in Autism and Typical Development: a Longitudinal Rasch Analysis / G. S. Young, S. J. Rogers, D. T. Hutman, A. Rozga, M. Sigman, S. Ozonoff // Developmental Psychology. – 2011. – Vol. 47, nr 6. – P. 1565–1578.

567.Zambrana, I. M. Trajectories of language delay from age 3–5: Persistence, recovery and late onset / I. M. Zambrana, F. Pons, P. Eadie, E. Ystrom // International Journal of Language and Communication Disorders. – 2014. – Vol. 49 (3). – P. 304–316.

568.Zampini, L. Vocal and gestural productions of 24 month old children with sex chromosome trisomies / L. Zampini [et al.] // International Journal of Language & Communication Disorders. – 2018. – Vol. 53, nr 1. – P. 171–181.

569.Zappella, M. What do home videos tell us about early motor and socio-communicative behaviours in children with autistic features during the second year of life – An exploratory study / M. Zappella [et al.] // Early Human Development. – 2015. – Vol. 91. – P. 569–575.

570.Zeanah, C. H. Introducing a new classification of early childhood disorders: DC: 0–5™ / C. H. Zeanah [et al.] // ZERO TO THREE Journal. – 2017. – Vol. 37 (3). – P. 11–17.

571.ZERO TO THREE. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC: 0–3). – Washington, DC : ZERO TO THREE Press, 1994.

572.Zero To Three. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood : Revised Edition (dc: 0–3r). – Washington, DC : ZERO TO THREE Press, 2005. – 136 p.

573.Zero To Three DC: 0–5™– 2016: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood : A Briefing Paper. – Washington, DC : ZERO TO THREE, 2017.

574.Zhanga, D. Response to name and its value for the early detection of developmental disorders: Insights from autism spectrum disorder, Rett syndrome, and fragile X syndrome.

Репозиторий БрГУ

A perspectives paper / D. Zhanga [et al.] // Research in Developmental Disabilities. – 2018. – Vol. 82. – P. 95–108.

575.Zin, A. Retinopathy of prematurity-incidence today / A. Zin, G. A. Gole // Clinical Perinatology. – 2013. – Vol. 40. – P. 185–200.

576.Zohsel, K. Die langfristigen Auswirkungen von Frühgeburtlichkeit auf kognitive Entwicklung und Schulerfolg / K. Zohsel [et al.] // Kindheit und Entwicklung. – 2017. – Nr. 26 (4). – P. 221–229.

577.Zuccarini, M. Object engagement and manipulation in extremely preterm and full term infants at 6 months of age / M. Zuccarini, A. Sansavini, J. M. Iverson [et al.] // Research in Developmental Disabilities. – 2016. – Vol. 55. – P. 173–184.

578.Zuckerman, B. Sleep Problems in Early Childhood: Continuities, Predictive Factors, and Behavioral Correlates / B. Zuckerman, J. Stevenson, V. Bailey // Pediatrics. – 1987. – Vol. 80, iss. 5. – P. 664–671.

Репозиторий БрГУ