

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

**Валитова Ирина Евгеньевна**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ  
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ  
В РАЗВИТИИ И РИСКОМ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ**

**Учебно-методическое пособие для студентов специальностей  
6-05-0112-01 Дошкольное образование  
7-07-0114-01 Специальное и инклюзивное образование  
6-05-0114-01 Социально-педагогическое и психологическое  
образование**

**Брест 2023**

УДК 159.922.76  
ББК 88.8я73  
В15

Рекомендовано редакционно-издательским советом  
УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»

***Рецензент:***

Богданович Андрей Иванович – кандидат медицинских наук, главный врач  
ГУ «Брестский областной центр медицинской реабилитации детей  
с психоневрологическими заболеваниями «Тонус»

Медведская Елена Ивановна – кандидат психологических наук, доцент,  
профессор кафедры психологии  
УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»

Валитова И. Е. Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста с отклонениями в развитии и риском их возникновения: учебно-методическое пособие. – Брест : БрГУ, 2023. – 239 с.

ISBN 978-985-555-852-2

В пособии представлены теоретические материалы, положенные в основу лекционного курса, материалы для практических занятий, задания для самостоятельной работы студентов, диагностические и коррекционно-развивающие методики, список использованных источников, которые могут использоваться для самостоятельной работы. Пособие может быть использовано для организации как аудиторной, так и самостоятельной работы студентов, при выполнении заданий педагогической практики, курсовых и дипломных работ. Материалы, включенные в пособие, могут быть интересны и полезны специалистам, работающим в системе ранней помощи детям.

## СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений .....	5
Введение .....	6
1 Теоретические и организационные основы ранней помощи детям с отклонениями в развитии и риском их возникновения .....	7
1.1 Современные подходы к оказанию ранней помощи детям с отклонениями в развитии и риском их возникновения .....	7
1.2 Клинико-психологическая характеристика психофизического развития ребенка в раннем детстве .....	14
1.2.1 Младенчество .....	14
1.2.2 Ранний возраст .....	25
1.3 Клинико-психологическая характеристика отклонений в развитии детей раннего возраста .....	39
1.4 Взаимодействие матери и ребенка в раннем детстве .....	45
1.4.1 Взаимодействие матери и ребенка в младенческом и раннем возрасте .....	45
1.4.2 Взаимодействие матери и ребенка с отклонениями в развитии .....	56
1.5 Психофизическое развитие детей с отклонениями в раннем детстве ..	61
1.5.1 Дети с нарушениями интеллектуальной сферы .....	61
1.5.2 Дети с синдромом Дауна .....	66
1.5.3 Дети с нарушениями двигательной сферы .....	71
1.5.4 Дети с нарушением слуха .....	77
1.5.5 Дети с нарушениями зрения .....	83
1.5.6 Дети с расстройствами аутистического спектра .....	91
1.5.7 Дети с нарушениями речи .....	101
1.6 Психологические проблемы детей в раннем детстве .....	106
1.6.1 Нарушения сна у детей младенческого и раннего возраста .....	106
1.6.2 Нарушения питания и кормления .....	116
1.6.3 Эмоционально-поведенческие нарушения .....	130
2 Учебно-методические материалы для самостоятельной работы и использования в практике ранней помощи .....	143
2.1 Диагностика отклонений в развитии детей в системе ранней помощи .....	143
2.1.1 Нормативные показатели психофизического развития детей в раннем детстве .....	143
2.1.2 Диагностика психического развития детей в раннем онтогенезе ....	154
2.2 Коррекционно-развивающая работа с детьми в системе ранней помощи .....	170
2.2.1 Коррекционно-развивающая работа с детьми младенческого и раннего возраста: общая характеристика .....	170

2.2.2 Сенсорная стимуляция как метод ранней помощи.....	172
2.2.3 Развитие ручных умений (тонкой моторики) у детей раннего возраста .....	176
2.2.4 Коррекционная работа по развитию ручных движений у детей раннего возраста с неврологической патологией .....	179
2.2.5 Ранняя помощь детям с разными видами нарушений развития.....	185
2.3 Работа с родителями, имеющими детей в возрасте до трех лет.....	199
2.3.1 Цели и задачи работы с родителями .....	199
2.3.2 Представления матерей о проблемах развития детей в раннем возрасте .....	202
2.3.3 Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) .....	206
2.3.4 Оптимизация взаимодействия в диаде «мать-ребенок раннего воз- раста с отклонением в развитии» .....	210
2.3.5 Консультативно-коррекционная работа при наличии у детей раннего возраста проблемного поведения .....	223
2.4 Задания для самостоятельного выполнения.....	230
Список использованной литературы.....	234

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БОЦМР – Брестский областной центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус»

ДЦП – детский церебральный паралич

ЗНПР – задержка нервно-психического развития

ЗПМР – задержка психомоторного развития

ЗПР – задержка психического развития

ЗПРР – задержка психоречевого развития

МКБ – Международная классификация болезней

НП – неврологическая (церебрально-органическая) патология

НТ – нормотипичный

ОВЗ – ограниченные возможности здоровья

ОДРЭВ – опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия

ОПФР – особенности психофизического развития

ПРОП ЦНС – последствия раннего органического поражения центральной нервной системы

РАС – расстройства аутистического спектра

РВ – раннее вмешательство

РКП – ранняя комплексная помощь

СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью

ЦКРОиР – Центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации

ЦНС – центральная нервная система

## ВВЕДЕНИЕ

В Республике Беларусь в настоящее время интенсивно развивается система ранней помощи детям, которая осуществляется в трех формах – ранняя комплексная помощь, реабилитация детей, раннее вмешательство. Дети с отклонениями в развитии или риском их возникновения (дети с особенностями психофизического развития) в раннем возрасте нуждаются в возможно более раннем выявлении имеющихся нарушений развития или в предупреждении их возникновения. Специалисты, работающие в системе ранней помощи (независимо от формы ее оказания), должны получить специальную подготовку для работы с детьми раннего возраста. В учебные планы нескольких педагогических специальностей учреждений высшего образования, учебные планы переподготовки учреждений дополнительного образования включены учебные дисциплины, содержание которых направлено на подготовку специалистов к работе в системе ранней помощи. Хотя эти дисциплины имеют разные названия, их направленность на подготовку специалистов для работы с детьми раннего возраста не вызывает сомнения.

Учебно-методическое пособие представляет собой сборник различных материалов, которые могут использоваться студентами разных специальностей, а также практиками, работающими в системе ранней помощи. В зависимости от ориентации учреждения на оказание ранней помощи в конкретной форме, от профессиональных интересов и предпочтений специалистов можно выбирать те материалы пособия, которые будут полезны в работе с детьми. Преподаватели, ведущие учебные дисциплины, направленные на оказание ранней помощи детям, также могут быть свободны в выборе тех материалов, которые могут использоваться в работе со студентами.

В пособии представлены общая характеристика разных форм оказания ранней помощи детям с отклонениями в развитии или риском их возникновения, характеристика нормотипичного психофизического развития ребенка в возрасте от рождения до трех лет, характеристика развития детей раннего возраста с разными видами нарушений. Мы полагаем, что основой продуктивной работы с детьми с отклонениями в развитии является глубокое понимание специалистом логики и закономерностей развития ребенка в норме. В практический раздел пособия включены диагностические материалы, а также материалы для проведения коррекционно-развивающей работы и работы с родителями детей раннего возраста с отклонениями в развитии и риском их возникновения.

# **1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ И РИСКОМ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ**

## **1.1 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ И РИСКОМ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ**

Всемирной организацией здравоохранения в 2014 году была обнаружена рекомендация медицинскому сообществу акцентировать внимание на ранние годы жизни ребенка, которые являются важнейшим периодом в плане профилактики заболеваний, а также содействия когнитивному, социальному и эмоциональному развитию детей. Эта рекомендация должна способствовать интенсификации развития системы ранней помощи детям.

В современных условиях в Республике Беларусь и за рубежом реализуются три формы оказания помощи детям раннего возраста с отклонениями в развитии: ранняя комплексная помощь, медицинская реабилитация, раннее вмешательство.

*Ранняя комплексная помощь.* Термин «ранняя комплексная помощь» используется в системе образования. В Республике Беларусь ранняя комплексная помощь (РКП) трактуется как система помощи детям раннего возраста, от рождения до трех лет, с отклонениями в развитии или с риском возникновения отклонений; она оказывается в системе учреждений специального образования. РКП включает выявление, обследование, коррекцию физических и (или) психических нарушений, индивидуализированное обучение ребенка с ОПФР в возрасте до трех лет с психолого-педагогическим сопровождением в семье или Центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР). Цель РКП – своевременное выявление детей с ОПФР и оказание им психолого-педагогической помощи в условиях ЦКРОиР и семьи, обеспечение социально-педагогической поддержки и психологической помощи семье. Комплексность помощи обеспечивается организацией педагогической, медицинской, психологической, социальной и иных видов помощи.

Современный этап развития РКП в Республике Беларусь характеризуется модификацией концептуальных оснований в работе с детьми раннего возраста с особенностями психофизического развития. Ранняя комплексная помощь детям рассматривается как этап подготовки к внедрению инклюзивного образования [48]. В качестве базового понятия используется понятие особых образовательных потребностей ребенка, к которым для ребенка в

возрасте от одного до трех лет относят потребности в индивидуализированной коррекционно-педагогической помощи, в создании специальных условий для профилактики вторичных и третичных нарушений, адаптации и модификации средовых ресурсов, в усилении семейно-центрированного подхода в РКП, в комплексном сопровождении развития ребенка с ОПФР.

В Российской Федерации утверждена Концепция развития ранней помощи в РФ на период до 2020 года, которая рассматривает принципы и положения для создания условий предоставления услуг ранней помощи на межведомственной основе. Развитие ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) трактуется как базовый структурный компонент образовательной системы, который способен существенно изменить результативность всей образовательной системы [28]. Это положение основано на результатах многолетних зарубежных и отечественных исследований: российскими исследователями и практиками экспериментально доказано, что максимально раннее выявление нарушений развития и реализация комплексного психолого-педагогического воздействия приводит к тому, что к трем годам более 50 % детей приближаются к нормотипичным детям и преодолевают дефицитарность.

При обосновании содержания ранней помощи используется понятие «консультативно-коррекционная помощь матери ребенка», а методика работы с ребенком включает участие матери в коррекционно-развивающей работе с ребенком в качестве неотъемлемого субъекта педагогической деятельности.

Родители ребенка рассматриваются О. Г. Приходько [44] как наиболее важное звено в лечебно-педагогических мероприятиях с ребенком раннего возраста с ДЦП. Залогом эффективности коррекционно-развивающего воздействия является тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка. Роль семьи состоит в организации продолжения реабилитационного процесса в домашних условиях. Важным направлением работы считается раннее включение семьи ребенка с ДЦП в реабилитационный процесс и поэтапное обучение родителей коррекционно-развивающим технологиям, которое направлено на формирование у родителей системы теоретических знаний и практических умений и навыков общения, обучения и воспитания детей, адекватная оценка возможностей и перспектив развития ребенка.

В качестве коллективного субъекта сопровождения в системе ранней помощи, понимаемом как общность лиц, объединенных задачами развития ребенка с ОВЗ, включая его самого, рассматривается взаимодействие ребенка, родителей и педагогов при оказании ранней комплексной помощи. На современном этапе «осознанным предметом внимания и заботы специалистов становится деятельность, направленная на достижение особым ребенком максимально высокого уровня самореализации и достойной жизни.



Коллективным субъектом этой деятельности являются родители проблемного ребенка, специалисты, оказывающие помощь, и сам ребенок, а затем и взрослый человек с нарушениями в психофизическом развитии» [18, с. 7].

Анализируя тенденции развития российской практики ранней помощи, Ю. А. Разенкова обозначает их как переход от детоцентрированного к семейно-центрированному подходу через этап псевдо-семейного подхода. В рамках детоцентрированного подхода клиентом является ребенок, и в качестве основной ценности рассматривается его благополучие, цель работы специалистов – нормализация развития ребенка. В псевдосемейном подходе декларируемая цель помощи семье модифицируется в центрированную на ребенке цель – воспитание ребенка. В рамках семейно-центрированного подхода объектом диагностики и коррекционного воздействия является взаимодействие матери и ребенка, так как оно является основным фактором его благополучного развития.

*Медицинская реабилитация* как форма оказания помощи детям раннего возраста реализуется в системе здравоохранения. Реабилитация в детском возрасте должна начинаться с момента возникновения заболевания, травмы или дефекта развития и заканчиваться восстановлением физического, психического и социального благополучия. Цель реабилитации в детском возрасте – не только возвращение здоровья больному ребенку, но и развитие его физических и психических функций до оптимального уровня.

Ранняя комплексная реабилитация детей с церебральными нарушениями понимается как область междисциплинарного сотрудничества, в которой рассматриваются теоретические и практические аспекты организации коррекционно-развивающей помощи детям с первых месяцев жизни из группы риска по церебральным нарушениям, с церебральными нарушениями и болезнями нервной системы, возникшими вследствие поражения ЦНС в перинатальном периоде. В основе ранней реабилитации – пластичность как фундаментальное свойство нервной системы, определяемое как способность изменять свою структурно-функциональную организацию под влиянием экзогенных и эндогенных факторов.

С целью обеспечения комплексности используется междисциплинарная или мультидисциплинарная формы организации реабилитационного процесса. Семья и ближайшее окружение ребенка считаются участниками реабилитационного процесса, так как они реализуют социализацию и социальную реабилитацию ребенка, а также обеспечивают непрерывность комплексной реабилитации. Наиболее благоприятная социальная ситуация развития ребенка раннего возраста с органическим поражением ЦНС создается в процессе совместной деятельности родителей и специалистов, участвующих в процессе реабилитации ребенка, что возможно при условии раннего

включения семьи в процесс реабилитации ребенка и обучении родителей технологиям работы с ребенком.

*Раннее вмешательство (РВ).* В Республике Беларусь такая форма помощи оказывается в учреждениях здравоохранения. Раннее вмешательство – это система различных мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений, и мероприятий, ориентированных на поддержку родителей, которая также включает в себя выявление проблем в развитии детей и оценку особенностей их развития. Наряду с термином «раннее вмешательство» часто используется термин «абилитация» – это «развитие у ребенка функций, изначально отсутствующих или нарушенных, предотвращение появления у ребенка с нарушением жизнедеятельности ограничений активности (жизнедеятельности) и возможности участия в жизни общества» [55, с. 8].

Раннее вмешательство как система оказания помощи детям раннего возраста с нарушениями развития развивается в мире с 60-х годов XX века. Распространенные в странах Западной Европы, Скандинавии, США программы раннего вмешательства для детей от рождения до трех лет с особыми потребностями и их родителей показали свою эффективность и позитивное влияние на развитие особого ребенка, его взаимодействие с близкими взрослыми, на качество социальной адаптации.

Концепция и система раннего вмешательства получили широкое распространение в США (М. Guralnick), в Западной Европе в рамках концепции социальной педиатрии (Т. Hellbrügge), семейно-центрированного подхода (М. Pretis). Система раннего вмешательства активно развивается и продвигается в Российской Федерации Институтом раннего вмешательства (г. Санкт-Петербург).

При разработке технологии помощи в системе раннего вмешательства в качестве основного используется подход, отраженный в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [34], в соответствии с которым формы и содержание помощи детям с проблемами здоровья и развития, независимо от нарушения структур и функций их организма, должны соответствовать контексту их повседневной жизни, опираться на изменяющиеся потребности, учитывать активность ребенка и способствовать его социализации.

***Основные принципы раннего вмешательства: междисциплинарность; семейно-центрированный подход; развитие ребенка в естественной среде; использование научно-обоснованных методов и подходов***

Эти принципы предполагают, что все решения при формировании и реализации индивидуальной программы раннего вмешательства принимаются при активном участии членов семьи, с учетом запросов

и потребностей семьи, ее семейных ценностей, сильных сторон и ресурсов. Программа раннего вмешательства реализуется в естественной среде, обучение в которой гарантирует в максимально возможной степени приобретение ребенком функциональных навыков и обеспечивает генерализацию (распространение) приобретенных навыков на естественный повседневный контекст. Основные акценты в программах помощи делаются на максимальную активность и участие ребенка в повседневной жизни.

Междисциплинарная деятельность предполагает наличие совместных форм работы специалистов разных профилей на этапах диагностики, составления и реализации программы раннего вмешательства, совместных командных супервизий. При построении и реализации программы раннего вмешательства используются только те подходы и методы, которые имеют доказательную основу, построены на принципах доказательной медицины.

На первых этапах реализации идей и практики раннего вмешательства преобладал подход, сфокусированный на ребенке и его нарушениях, и потребовалось достаточно длительное время, чтобы этот подход трансформировался в семейно-центрированный.

*Семейно-центрированный подход в раннем вмешательстве относится к особому набору верований (убеждений), принципов, ценностей, и практик поддержки и увеличения семейной способности усиливать и продвигать развитие ребенка и его обучение*

Международное согласие получила идея о том, что роль родителей в процессе раннего вмешательства является критической для обеспечения профилактического эффекта. Процесс раннего вмешательства может быть эффективным только в том случае, если родители рассматриваются специалистами как полностью участвующие в нем. К. Каннингхэм [27] считает необходимым перейти от представлений о родителях как учителях своего ребенка и как помощниках врача к представлению об отношениях партнерства, когда родители становятся активными участниками, контролирующими характер этого партнерства. Для этого необходимо по-другому рассматривать и ребенка: не как «пассивный или уязвимый реципиент предельно контролируемых событий», а как активный участник процесса обучения. В рамках таких представлений акцент делается на раннем взаимодействии «родитель – ребенок», а также на способах, усиливающих восприимчивость родителя к ключевым особенностям поведения ребенка. Родители нуждаются в подробной информации о возможной природе проблем ребенка, о процессе развития, а также о взаимосвязи между первым и вторым.

Хотя принцип семейной центрированности в настоящее время является одним из главных в системе раннего вмешательства, потребовалось время для изменения взглядов профессионалов на их взаимодействие с

родителями, возможность построения партнерских отношений с ними, для признания в родителях экспертов в вопросах оценки и сопровождения развития их ребенка. Профессионалам важно осознать, что константой в жизни ребенка является семья, а не профессионалы; что родители лучше знают своего ребенка и хотят лучшего для своих детей, семья находится в лучшей позиции, определяющей потребности и благополучие ребенка.

Реализация семейно-центрированного подхода в раннем вмешательстве приводит к следующим позитивным эффектам: повышается удовлетворенность родителей сервисом раннего вмешательства; участие в программе является предиктором хорошего эмоционального самочувствия родителей; улучшается образ себя у родителей; родители становятся более компетентными в решении проблем ребенка, их поведение становится более позитивным и отзывчивым; возрастает воспринимаемая родителями самоэффективность (вера в эффективность собственных действий и ожидание успеха от их реализации, уверенность в себе).

### **Принципы ранней помощи ребенку, общие для всех форм ее оказания**

#### *Теоретические принципы ранней помощи:*

- 1) максимально раннее выявление отклонений в развитии и начало лечебно-коррекционного воздействия;
- 2) комплексность вмешательства: использование методов медицинской, психологической, педагогической, социальной помощи детям, так как ребенок является целостным биопсихосоциальным существом;
- 3) ориентация на возраст развития, а не на хронологический возраст ребенка в разных сферах, а также на потенциальные возможности, которые определяют ближайшие задачи работы с ребенком;
- 4) моделирование в коррекционно-развивающей работе закономерностей и механизмов процесса нормативного психофизического развития.

#### *Организационные принципы ранней помощи:*

- 1) непрерывность ранней помощи;
- 2) организация повседневной жизни ребенка как коррекционно-развивающего и реабилитационного процесса, так как в раннем детстве процессы развития ребенка и процессы его жизнедеятельности трудно делимы в пространстве и времени;
- 3) необходимость участия близких (ухаживающих за ребенком), взрослых в процессе ранней помощи и необходимость обучения близких взрослых методике работы с ребенком.

Сравнительный анализ принципов, целевых установок, содержания и методов работы в системах медицинской реабилитации детей, ранней комплексной помощи и раннего вмешательства показал их существенное сходство. Все подходы ориентированы на раннее начало работы с ребенком, реализацию принципов междисциплинарности и трансдисциплинарности, реализацию целей развития ребенка и формирования у него базовых умений и способностей, а также включение семьи в работу с ребенком. Различия между подходами относятся: 1) к установлению приоритетов семьи или профессионалов в процессе ранней помощи; 2) в определении преимущественно медицинской или педагогической (образовательной) направленности ранней помощи; 3) в конкретизации роли семьи (родителей) в процессе ранней помощи; 4) в определении содержания отношений профессионалов и родителей.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Почему Всемирная организация здравоохранения рекомендует профессиональному сообществу обратить особое внимание на ранние годы жизни детей?
2. Какие формы оказания ранней помощи детям реализуются в Республике Беларусь? Как формы оказания помощи соотносятся с ведомственной принадлежностью учреждений?
3. Какова цель медицинской реабилитации детей с отклонениями в развитии?
4. В чем сущность меж(мульти)дисциплинарной формы организации реабилитационного процесса?
5. Дайте определение ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии или с риском возникновения отклонений.
6. Назовите концептуальные основания ранней комплексной помощи на современном этапе.
7. Какова роль родителей в системе ранней комплексной помощи?
8. Охарактеризуйте детоцентрированный и семейно-центрированный подход в системе ранней комплексной помощи.
9. Определите специфические характеристики раннего вмешательства и его основные принципы.
10. Дайте сравнительную характеристику медицинской реабилитации, ранней комплексной помощи и раннего вмешательства: определите сходства и различия.
13. Назовите теоретические и организационные принципы ранней помощи.
14. Определите коллективный субъект ранней помощи детям с отклонениями в развитии и риском их возникновения.

## **1.2 КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В РАННЕМ ДЕТСТВЕ**

Высокий темп развития самая яркая характеристика развития ребенка в раннем детстве – такой темп не наблюдается в более поздние возрастные периоды. Высокий темп развития ребенка в раннем детстве является основанием для формулировки законов развития в этот период:

- 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 социальным и развивающим влияниям;
- высокая сензитивность к действию биологических и социальных вредностей на ребенка, зависимость ребенка от социального окружения и близких взрослых;
- высокая чувствительность детей к лечебно-коррекционным воздействиям и влияниям, высокая эффективность специальной комплексной помощи при наличии отклонений в развитии детей.

### **1.2.1 Младенчество**

Младенчество хронологически охватывает первый год жизни ребенка:

- после рождения ребенок переживает кризис новорожденности;
- до 4-6 недель – период новорожденности;
- от 4-6 недель до 6 месяцев – раннее младенчество;
- от 6 месяцев до 1 года – позднее младенчество;
- завершает период младенчества кризис одного года.

Высокий темп развития ребенка в первые на первом году – важнейшая характеристика данного периода развития. Специалисты фиксируют эти изменения в так называемых нормативных показателях развития ребенка.

В первые месяцы жизни ребенок приспосабливается к жизни в социальной среде, вне утробы матери. В период новорожденности он подолгу спит, так как его организм еще не готов к встрече со сложным миром вокруг него. Постепенно он привыкает к режиму сна и бодрствования, к режиму кормления, и в возрасте одного года он может спать всю ночь и два раза днем, а ест ребенок четыре раза в день, причем в его меню – все виды пищи.

Просыпаясь, младенец с помощью плача просит его покормить или устранить дискомфорт. В конце первого месяца жизни он выделяет маму, с которой связывает свои приятные состояния, смотрит на нее и начинает улыбаться. Это значит, что ребенок стремится к общению с другими

людьми. Ребенок привлекает к себе взрослых движениями, улыбкой, звуками, так как самое главное для него сейчас – общение с ними. Ребенок любит находиться на руках у взрослых, он использует самые разные способы, чтобы оказаться на руках, требует, чтобы его носили. Кроме взрослых ребенок выделяет предметы вокруг себя, рассматривает их, начинает к ним тянуться и учится захватывать их, чтобы что-то с ними делать: стучать, бросать, переключивать. Его интересуют погремушки, так как их легко взять в ручку, они издают разные звуки, игрушки – животные и куклы, потому что они похожи на людей, и на них интересно смотреть. Во втором полугодии младенцу уже интересны емкости и коробки с крышками, пирамидки и машинки на веревочке. Ползая по дому, ребенок добирается до шкафов и шкафчиков, выдвигает ящики и копается в их содержимом, выкладывает предметы на пол, если те находятся в пределах его досягаемости.

Вначале ребенок сосет материнскую грудь или соску, к концу первого года жизни учится есть из ложки и пить из чашки. Младенец осваивает повороты и перевороты, ползание и сидение, а затем стояние и ходьбу, и к концу первого года жизни он уже может самостоятельно передвигаться в пространстве. Его интересуют предметы вокруг, взрослые люди, которые уделяют ему внимание, помогают осваивать движения и действия с предметами. Он хорошо понимает интонацию, с которой к нему обращаются, а к концу младенчества и значение первых слов. Он хорошо подражает другим людям и выполняет такие просьбы, как «пока» или «сделай ладушки».

**Основные направления развития ребенка в младенчестве: линии развития и показатели развития в каждой сфере.**

*Двигательное (моторное) развитие* включает развитие общей моторики, или основных движений туловища и головы, и развитие тонкой моторики, или ручных движений, движений кисти и пальцев рук. Условиями развития движений у ребенка в младенчестве является созревание нервных механизмов, реализующих движения, развитие у ребенка мотивации движения, к которой относится потребность познания окружающего мира, или потребность во впечатлениях, стремление к самостоятельной активности.

В соответствии с принципом кранио-каудальной последовательности развития движений ребенок учится удерживать голову в положении лежа на животе, к *полутора месяцам* он уже может делать это в течение нескольких секунд. К *4 месяцам* он поворачивается на бок и на живот из положения лежа на спине; к *5 месяцам* из положения лежа на животе ребенок поворачивается на спину; к *6 месяцам* он выпрямляет согнутые в локтях руки и упирается на ладони, находясь на животе. С *6 месяцев* ребенок совершает первые движения ползания в положении лежа на животе, вытягивая руки из-под себя, и начинает ползать на животе (по-пластунски); далее он учится находиться в положении на четвереньках и после этого начинает ползать на

четвереньках. В возрасте *7 месяцев* ребенок учится садиться из положения на четвереньках, после чего, к *9 месяцам*, он уже может устойчиво сидеть, манипулируя предметами; с *8-9 месяцев* ребенок может стоять с поддержкой, то есть, опираясь на предметы мебели или поддерживаемый за руки. Научившись стоять с поддержкой, ребенок начинает с поддержкой и передвигаться; к *10–11 месяцам* ребенок начинает стоять самостоятельно, без поддержки; к *одному году* ребенок начинает самостоятельно ходить.

**Развитие хватания и действий ребенка с предметами.** Акт хватания появляется у ребенка в *5 месяцев*, но ему предшествует период «*предхватания*». В этот период ребенок кратковременно удерживает вложенные ему в ручку предметы, учится фиксировать предметы взглядом и проследить их движение в поле зрения. С *3 месяцев* ребенок тянет руку в сторону предмета, может ненамеренно касаться предмета. При соприкосновении с игрушкой ребенок водит по ней пальцами, как бы ощупывая ее. Истинное хватание является результатом подготовительной работы: ребенок смотрит на предмет, протягивает к нему руку, раскрывает ладонь перед предметом, противопоставляя большой палец остальным, и охватывает ладонью предмет. После появления хватания ребенок стремится захватывать все предметы, находящиеся в поле его зрения, совершенствуя тем самым хватание. Он начинает хватать не только ладонью (пальмарный захват) и не только крупные предметы. Постепенно ребенок учится хватать предмет пальцами, а к *11 месяцам* он может использовать разогнутые большой и указательный пальцы для захватывания мелких предметов (пинцетный захват). К году он уже может сгибать пальцы при захвате, используя так называемый кольцевой захват.

Появление хватания обеспечивает возможность овладения ребенком различными действиями с предметами. Схватив предмет, ребенок подносит его ко рту и начинает облизывать, то есть возникает координация «рука – рот», при этом рот выполняет функции анализатора. Далее ребенок подносит предмет к глазам и начинает его рассматривать, а лежащий на поверхности предмет ощупывает. В период младенчества ребенок производит со всеми предметами одинаковые действия, независимо от их функций и назначения, и такие действия называются *манипулятивными*, с помощью которых ребенок знакомится со свойствами предметов окружающего мира. В *6 месяцев* ребенок может удерживать в каждой руке по одному предмету, что обеспечивает возможность действия с двумя предметами одновременно. К *7 месяцам* ребенок достает предметы, находящиеся в какой-либо емкости, и выкладывает их на поверхность.

На протяжении младенческого возраста ребенок совершенствует свои умения действовать с предметами, овладение которыми осуществляется поэтапно:



- 4–7 месяцев – простые результативные повторные действия (ребенок бросает игрушку, толкает ее, тянет за веревку); на этом этапе наблюдаются также цепные действия: ребенок берет игрушку, осматривает ее, перекладывает из руки в руку, помашет игрушкой, постучит ею по другим предметам, бросает игрушку;

- 7–10 месяцев – соотносящие действия, или манипулирование двумя предметами одновременно (кладет предмет в коробочку, снимает и нанизывает кольцо на стержень, открывает и закрывает коробку или баночку);

- 10–12 месяцев – функциональные действия: ребенок открывает функцию предмета (нанизывает любой предмет с отверстием на любые предметы, имеющие форму палочки).

**Социальное развитие** – развитие отношений ребенка с другими людьми, становление общения в его разных формах. О завершении периода новорожденности свидетельствует социальная улыбка, которая появляется к 4–6 неделям и является признаком возникновения потребности ребенка в общении. Ко 2 месяцу жизни у ребенка оформляется потребность в общении со взрослым, так как появляются все четыре признака потребности в общении: взгляд в глаза взрослого как проявление интереса к другому человеку, ответная улыбка на воздействие взрослого, инициативная улыбка и двигательное оживление и стремление продлить эмоциональный контакт со взрослым (М. И. Лисина).

Потребность в общении возникает только при определенных условиях: 1) удовлетворение взрослым физиологических нужд ребенка, в результате чего ребенок переживает положительные эмоциональные состояния, и они связываются с присутствием взрослого; 2) врожденная потребность во впечатлениях, которая побуждает ребенка получать и накапливать новые впечатления; 3) опережающая инициатива взрослого – взрослый относится к ребенку авансом, воспринимая его как полноценного партнера по общению.

Первая форма общения ребенка со взрослым была названа М. И. Лисиной *ситуативно-личностной*. Для ситуативно-личностного общения характерны потребность во внимании и доброжелательности, личностные мотивы и экспрессивно-мимические средства общения. Сначала это общение выглядит как ответ на воздействие взрослого: мать смотрит на ребенка, улыбается, разговаривает с ним, и он в ответ тоже улыбается, машет ручками и ножками. Позднее, в 3–4 месяца при виде знакомого человека ребенок радуется, начинает активно двигаться, гулить, привлекать к себе взрослого, а если тот не обращает на него внимания, ребенок громко и обиженно плачет. Потребность во внимании взрослого – первая и основная потребность – остается у ребенка на всю жизнь, но позднее к ней присоединяются и другие потребности. Средства общения на данном этапе носят экспрессивно-

мимический характер. Внешне такое общение выглядит как обмен взглядами, улыбками; вскрики, гуление ребенка и ласковый разговор взрослого, из которого младенец улавливает внимание и доброжелательность.

Типичным проявлением ситуативно-личностного общения становится *комплекс оживления*, который полностью оформляется к 3 месяцам. Он включает четыре компонента: зрительное и слуховое сосредоточение ребенка на лице взрослого и звуках его голоса; улыбка, восторг в ответ на лицо взрослого; вокализации – тихие спокойные звуки, которые отличаются от плача новорожденного и имитируют эмоциональную сторону разговора со взрослым; движения по направлению ко взрослому, протягивание ручек ко взрослому, движения всего тела. К 6 месяцам комплекс оживления распадается, а его основные компоненты продолжают самостоятельное развитие (развитие речи, понимания речи, движений).

В первом полугодии жизни улыбка как важное средство общения, как социальный жест, адресованный взрослому, претерпевает существенные изменения. Она становится продолжительнее и ярче, возникает легче, быстрее и чаще. Пик в развитии улыбки приходится на возраст 3–4 месяца, затем улыбка появляется реже, однако сами улыбки становятся разнообразнее и эмоциональнее. Во втором полугодии у ребенка уже можно различить открытые, доверчивые, яркие, радостные, смущенные, лукавые, печальные и застенчивые улыбки.

В период от 2 до 6 месяцев ребенок чутко реагирует на различия в интенсивности внимания взрослых, но он еще не умеет различать выражение положительных и отрицательных эмоций на лице взрослого. Так, ребенку еще все равно, улыбается взрослый или хмурится, важно, чтобы на него обратили внимание, важны любые проявления внимания. До 4–5 месяцев дети вообще не различают своих и чужих взрослых, для них все равны. К 4 месяцам дети явно выделяют свою маму среди других людей, а позже ребенок начинает различать своих и чужих. При появлении нового, незнакомого человека или человека, которого он давно не видел, ребенок громко плачет, отказываясь вступать с ним в общение.

Ситуативно-личностная форма общения остается главной и единственной в возрасте от 1 до 6 месяцев жизни. В этот период общение младенца со взрослым протекает вне какой-либо другой деятельности и само составляет ведущую деятельность ребенка.

Однако во втором полугодии жизни при нормальном развитии ребенка ему уже недостаточно только внимания взрослого. Малыша начинает притягивать к себе не столько сам взрослый человек, сколько предметы, с ним связанные.

В этом возрасте складывается новая форма общения ребенка со взрослым – *ситуативно-деловая* – и связанная с ним потребность в деловом

сотрудничестве. Средства общения на этом этапе также существенно обогащаются. Ребенок уже может самостоятельно ходить, манипулировать с предметами, протягивать предмет, принимать положения тела – ребенок показывает, что он приглашает взрослого к сотрудничеству. К экспрессивно-мимическим добавляются предметно-действенные средства общения: дети активно пользуются жестами, позами, выразительными движениями. К концу первого года жизни ребенок начинает использовать речевые средства (звуки, слоги, слова) для выражения собственных желаний и привлечения внимания взрослого. Во втором полугодии младенец следит за действиями взрослых, подражает им, обучается у взрослых действиям с предметами по подражанию и по показу, а к концу первого года он по-разному строит отношения с разными взрослыми, предвосхищая их действия. Уже с *6 месяцев* младенец начинает различать, что можно делать с каждым из взрослых (с кем-то можно играть, делать ладушки, подпрыгивать на коленях, делать «коза-коза» и т. д.), и побуждает взрослого к соответствующим занятиям.

***Познавательное развитие*** ребенка (развитие ориентировки ребенка в окружающем) – развитие восприятия, памяти и мышления, с помощью которых ребенок познает окружающий мир и накапливает запас представлений о нем.

Ребенок рождается с анализаторами, которые готовы к получению сенсорной информации, поэтому он видит, слышит, ощущает прикосновение, реагирует на изменение условий его окружения. Дети уже в *возрасте 5–7 дней* от рождения чаще и дольше рассматривают фигуры более сложной формы, выделяют движущиеся и объемные предметы. Дети также предпочитают схематические изображения, напоминающие лицо человека, всем другим изображениям. Внимание младенцев привлекает движение предметов, черно-белые контрастные предметы, изменение их размеров, изменение положения предмета в пространстве. Они дольше и чаще смотрят на изображения концентрической формы, на изогнутые элементы по сравнению с прямыми линиями, дольше разглядывают новые предметы и предметы с изменившимися свойствами, реагируют на цвета и формы предметов.

В возрасте до *1 месяца* у ребенка наблюдаются скачкообразные движения глаз, и он еще не может сосредоточить взгляд на предметах. К *1,5 месяцам* ребенок сосредоточивает свой взгляд на лице взрослого и звуках его голоса, затем – на ярком предмете, который находится в поле его зрения на расстоянии 25 см. К *2 месяцам* ребенок уже может свести оси обоих глаз на одном предмете (конвергенция), ему доступны разные движения глаз, он может уже устойчиво проследить с помощью движений глаз перемещение предмета в поле зрения. С *4 месяцев* у него появляются инициативные движения глаз – ребенок перемещает глаза с одного предмета на другой, что

дает ему возможность рассматривать окружающее. К 5 *месяцам* у ребенка возникают зрительно-слухо-моторные координации: он ищет источник звука, поворачивая голову в его сторону, и пытается схватить воспринятый предмет.

Уже с 2–3 *месяцев* ребенок способен соотносить воспринимаемый им предмет или человека со своим опытом: он проявляет повышенный интерес к новому, к тому, что отличается от уже ему известного. Так, ребенок перестает сосать пустышку, если замечает какие-либо изменения в обстановке (качнулся абажур, выключили свет, летит воздушный шарик, звучит новый звук и т. п.).

У младенцев можно заметить проявления *памяти*, как правило, на эмоционально значимые предметы и людей. В первом полугодии жизни память у ребенка проявляется только как узнавание. Установлены следующие факты, свидетельствующие об узнавании ребенком уже знакомых объектов:

- в возрасте 3–4 *месяца* ребенок узнает и предпочитает ту игрушку, которую показывал взрослый, а не ту, которая находилась над кроватью;
- в возрасте 6 *месяцев* ребенок при предъявлении знакомой и новой куклы ребенок переводит взгляд с одной на другую;
- с 8 *месяцев* ребенок способен находить, под какой из двух пеленок спрятан предмет;
- ребенку 8 *месяцев* показывали действия с машинкой, через некоторое время он выбирал эту игрушку среди других;
- ребенок 12 *месяцев* играл в гостях с обезьяной, через несколько месяцев вспомнил эту игрушку, выбрал ее и не расставался с ней весь вечер.

Узнавание проявляется также в том, что если знакомый ребенку объект изменяется, то он его воспринимает как новый. Если мама появляется перед ребенком с новой прической, он может, увидев ее, громко плакать, как будто перед ним незнакомый человек. Известны факты привязанности ребенка к своим игрушкам, нежелание брать новые игрушки, различение детьми знакомых и незнакомых людей, беспокойное поведение младенцев в новой обстановке, запоминание названий предметов и имен людей.

У детей постепенно складываются образы-представления предметов, которые остаются у него в памяти и могут руководить его действиями. В известных экспериментах Ж. Пиаже показано, что до 7–8 *месяцев* младенцы не пытаются достать игрушку, спрятанную под салфеткой. Особенно отчетливо это проявляется в ситуации, когда на глазах у ребенка прячут предмет, накрывая его или удаляя из поля зрения ребенка – его поведение можно назвать «с глаз долой – из сердца вон». Однако в возрасте старше 9 *месяцев* ребенок начинает искать спрятанный предмет, проявляя завидную настойчивость. Появившиеся представления оказываются эмоционально насыщенными, так как они побуждают ребенка тянуться к предмету, хватать его и

действовать с ним, поэтому они получили название *эмоционально-заряженных представлений*.

Первые проявления *мышления* младенцев – это мыслительные действия, которые наблюдаются при выполнении ребенком простых результативных повторных действий, когда он начинает намеренно воспроизводить свои действия с предметами, зафиксировав результат этих действий и связав его с собственной активностью. В этом случае можно говорить о возникновении *наглядно-действенного мышления*. Так, если ребенок затронул веревку, на которой висит белье, и увидел, что оно заколыхалось, он вновь и вновь дотрагивается до веревки, чтобы вызвать движение белья. Совершая различные действия с предметами, ребенок уже устанавливает связи между ними. Первые мыслительные действия проявляются и при выполнении соотносящих действий, когда ребенок учитывает соответствие свойств предметов, например: крышки и коробки, колечка и стержня, нанизывая колечко на стержень пирамидки. Так, к *10 месяцам* ребенок уже может притянуть к себе предмет, например, машинку или уточку на колесиках, за шнурок. Это значит, что он связывает шнурок и машинку между собой. Если понравившаяся ребенку игрушка лежит на пеленке, а дотянуться до нее он не может, он подтянет к себе пеленку и доберется до игрушки, то есть ребенок связывает между собой игрушку и пеленку.

**Речевое развитие.** Младенческий период называют *«подготовительным периодом в развитии речи»*, так как на протяжении этого возраста подготавливается развитие речи, создаются условия для ее полноценного развития в раннем возрасте. Развитие речи осуществляется по двум направлениям: 1) развитие понимания речи других людей (пассивная речь); 2) развитие активной речи, то есть говорения, или собственной речи ребенка. В младенчестве складываются условия как для развития понимания речи, так и для развития собственной речи у детей.

**Понимание речи** берет свое начало с фиксации ребенком взгляда на лице взрослого в момент произнесения им звуков, что наблюдается уже в *1,5–2 месяца*. На *5 месяце* появляется реакция ребенка на изменение интонации голоса матери, изменяется и его поведение в ответ на различные интонации голоса, даже если речь не обращена непосредственно к ребенку. Среди других звуков ребенок различает плач. Вслед за восприятием звуков человеческой речи он стремится их имитировать

Младенцы проявляют особую чувствительность к звукам человеческой речи, предпочитая осмысленную связную речь произвольному набору слогов. Прослушивание собственного голоса, записанного на пленку, способно успокоить ребенка, даже если он только что неудержимо плакал. Характерной особенностью пассивной речи младенцев в первом полугодии жизни является их ориентация на звучание слова, на интонацию, на

ритмическую структуру слова, но не на его значение. Ребенок может понимать слово только в определенной ситуации, или если оно сказано с определенной интонацией, а также если оно состоит из нужного количества слогов. Так, ребенок поворачивается на имя, если его назовут любым словом, но с определенной интонацией; ребенок реагирует на двухслоговые слова, но не реагирует на трехслоговые.

В *первом полугодии* жизни у ребенка появляется координация между восприятием звука человеческого голоса и зрительным образом источника звука, и ребенок стремится увидеть источник звука (зрительно-слуховые координации). После *семи месяцев* жизни у ребенка появляется реакция на слово – он связывает название предмета с самим предметом, причем это относится к одушевленным и к неодушевленным предметам, находящимся среди непосредственного окружения ребенка. Когда ребенок слышит название предмета или имя человека, он ищет названный предмет или человека взглядом. Сначала ребенок поворачивает голову в сторону предмета, а несколько позже начинает тянуться к нему рукой. При появлении реакции на слово осуществляется быстрое накопление пассивного словарного запаса – увеличивается количество предметов и имен людей, которых он ищет при назывании. Однако ребенок нуждается в постоянном подкреплении названных слов, так как их следы в памяти еще очень нестойкие

Появление реакции на слово, поиск названного предмета может сочетаться с попыткой ребенка потянуть руку к этому предмету, чтобы схватить его. Так у ребенка возникает *указательный жест* – незавершенная попытка хватания. Указательный жест становится важным средством коммуникации, так как жестом ребенок начинает сообщать взрослому о своих желаниях.

Одновременно у ребенка появляется интерес к звукам речи, к внешне наблюдаемым проявлениям говорения, так как ребенок внимательно смотрит на губы говорящего человека, и это является предпосылкой для появления собственной речи. С *10 месяцев* ребенок понимает не только отдельные слова, но и простые фразы. Он уже способен не просто найти названный предмет взглядом, но и выполнить названное взрослым действие («пока-пока», «ладушки», «какой ты большой»). К *концу первого года жизни* ребенок начинает слушать речь, не включенную в конкретную ситуацию общения, например, он слушает рассказ об отсутствующих людях, хорошо знакомых ему.

***Развитие активной речи*** начинается с произнесения ребенком первых звуков, которые вначале включены в структуру плача или крика – эти звуки отражают внутренние состояния ребенка. Развитие активной речи происходит в связи с развитием общения ребенка со взрослым, а звуки речи выступают как средство общения. С возникновением потребности в общении ребенок начинает произносить звуки, обращенные ко взрослому.

В структуре «комплекса оживления» на *3-м месяце жизни* у ребенка возникают голосовые реакции. Вначале это преимущественно размытые, нефонемные звуки, но взрослому они кажутся осмысленными. Ребенок произносит гласные звуки мелодично и с разной интонацией, в основном в паузах разговора взрослого. Такой вид собственной речи ребенка, преобладающий в первом полугодии жизни, называется *гуканием*, или *гулением*. В структуре непосредственно-эмоционального общения со взрослым ребенок использует гуление как средство коммуникации со взрослым, он стремится намеренно вступить в общение со взрослым и использует свой голос как средство взаимодействия. В этот период ребенок уже способен вести «диалог», вступая в общение попеременно со взрослым.

Во *втором полугодии жизни* у ребенка появляются в речи звуки-фонемы, близкие к фонемам родного языка, которые он усваивает, слушая речь окружающих. Он также начинает подражать себе, намеренно использовать звуковые комплексы, что свидетельствует об установлении связей между слухом и артикуляциями. Далее ребенок начинает произносить отдельные слоги, то есть сочетания гласных и согласных звуков, а затем складывать отдельные *слоги* и *цепочки слогов*: ба-ба-ба, га-га-га и т. п.). Этот этап развития речи называется этапом лепета. *К 9 месяцам* в речи ребенка появляются сочетания слогов, которые напоминают слова (ба-ба), но истинными словами они еще не являются, поэтому называются *псевдословами*. Псевдослова ребенок не связывает с конкретным человеком или предметом. *В конце первого года жизни* в речи ребенка появляются первые настоящие слова, в среднем всего 5–7 слов, среди которых имена близких, звукоподражания, названия пищи (мама, папа, ням-ням, дай и т. п.).

**Эмоциональное и личностное развитие** – развитие эмоциональной сферы ребенка, его представлений о себе. У младенцев *после 6 месяцев* обнаруживается эмоциональная привязанность к близким людям, в их присутствии они могут вступать в общение даже с незнакомыми людьми. Ребенок чутко фиксирует реакцию матери по ее мимике, реагирует на ее проявления испуга или радости и изменяет свое поведение в зависимости от реакции матери. Уже на первом году жизни на лице ребенка отражаются эмоции страха, удивления, страдания или удовольствия. Вначале эти эмоции связаны с удовлетворением основных потребностей ребенка (еда, сон), а затем начинают возникать и в других ситуациях, например при передвижении, при выполнении действий с предметами, в общении с близкими взрослыми.

В младенчестве у ребенка появляются первые признаки того, что он выделяет себя из окружающего мира: он начинает различать ощущения, вызываемые предметами внешнего мира, и ощущения, идущие от собственного тела. Ребенок *во втором полугодии* может засунуть в рот собственную

ручку и ножку, однако делает он это более бережно, чем когда он берет в рот предметы.

Ребенок, вступая в общение с близким взрослым, очень рано начинает действовать как активный, равноправный партнер, переживая свое собственное «Я» и «Я» другого человека как разные. Уже в первом полугодии младенец различает отношение взрослых к его действиям и их отношение к нему как к личности в целом. В возрасте *старше 10 месяцев* у ребенка наблюдаются индивидуализированные реакции в ответ на похвалу и порицание взрослого. Если взрослый хвалит ребенка, всячески поощряет, то ребенок выглядит довольным, он радуется и улыбается. Если взрослый ругает ребенка, порицает его, хмурится, выражая недовольство ребенком и его действиями, то ребенок испытывает отрицательные эмоции, он отказывается общаться с этим взрослым, плачет. На протяжении младенчества дети получают только положительное отношение к себе, их никто не ругает, не порицает, не приучает к правилам поведения. Что бы ни сделал младенец, взрослые только радуются ему. Поэтому ребенок «впитывает» эмоционально-положительное отношение взрослых к себе, и у него к концу младенчества появляется *эмоционально-ценностное отношение к себе*, то есть эмоционально окрашенное отношение к себе как к большой ценности.

***Кризис одного года.*** Серьезные достижения ребенка в младенчестве свидетельствуют о том, что он поднялся на новый уровень своего развития, у него появилась первичная упорядоченная картина мира, он может самостоятельно передвигаться, осваивая пространство вокруг себя, он овладел действиями с предметами и стал более самостоятельным. Ребенок физически отделен от взрослого и может использовать первые слова в общении с ним. Эти новые возможности ребенка вступают в противоречие с прежним отношением к нему взрослых, считающих ребенка беспомощным и слишком маленьким.

*Симптомы* кризиса одного года появляются в сфере аффектов и воли. У ребенка появилась ходьба, но о нем еще нельзя сказать, ходит он или нет, так как ходьба еще несовершенна, однако ребенок вполне самостоятельно может передвигаться в пространстве, добираясь до предметов, которые ранее были ему недоступны без разрешения взрослых. Первая группа симптомов проявляется в первых эпизодах непослушания, когда ребенок отказывается выполнять просьбы и указания взрослого, действуя по-своему. Наиболее часто непослушание наблюдается в ситуациях, когда ребенку не разрешают брать какой-нибудь предмет (например, хрустальную вазочку на столе), а ребенок стремится сразу взять то, что попало в поле его зрения, и он «не слышит» запрета. Такое поведение ребенка можно объяснить особенностями его восприятия и поведения: он передвигается самостоятельно,



может забраться на предметы мебели, он воспринимает предмет как привлекательный.

Вторая группа симптомов связана с развитием речи. В конце первого года у ребенка появляется *автономная речь*, когда о нем еще нельзя сказать, является он говорящим или нет. И между взрослым и ребенком возникает непонимание, так как ребенок не может выразить свои желания с помощью речевых средств, а взрослый не способен полностью понять ребенка по его жестам и мимике. Ребенок демонстрирует негативную реакцию в этой ситуации: он чего-то хочет, а его не понимают, словесно выразить свои желания ребенок не может.

Разрешение кризиса одного года связано с развитием предметной деятельности и речи. Стремление ребенка к самостоятельности приводит к необходимости освоения предметной деятельности, а стремление к содержательному общению со взрослым – к необходимости овладения речью.

### 1.2.2 Ранний возраст

**Общая характеристика раннего возраста.** Ранний возраст хронологически охватывает *период от 1 года до 3 лет*. Относительная непродолжительность данного периода – свидетельство быстрого темпа его развития. Годовалый ребенок в начале раннего возраста существенно отличается от трехлетнего к концу раннего возраста. Ребенок к трем годам свободно передвигается в пространстве, активно познает мир вокруг себя, он превращается в довольно самостоятельного человека, способного обращаться с разными предметами, знает свойства, качества и назначение предметов. Ребенок способен использовать речь как средство общения, и его речь уже мало отличается от обывденной 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.

Психофизиологические особенности возраста состоят в тесной связи физического и психического развития, и проявляются в зависимости психического развития и психологического состояния ребенка от его физического состояния.

Ребенок данного возраста является особенно ранимым и чувствительным, что требует особой организации общения с ним. В то же время данный возраст является сензитивным для развивающих, обучающих и воспитательных влияний на ребенка. 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, залезает на разные предметы, копается в песке, залезает в лужи, 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 этого возраста не может отказаться от намерения взять предмет, если он его увидел, даже если ему это настойчиво запрещают. Переключить его внимание можно, показав другой предмет и способы действия с ним. Ребенок любит также листать детские книжки, рассматривать картинки в них и слушать чтение небольших стихов и сказок, он сам просит взрослого почитать ему книжку. Он берет карандаши и пытается рисовать ими, а также строить из кубиков простые постройки.

В первой половине раннего возраста ребенок явно предпочитает общение со взрослым, другие 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 тому, что делает другой ребенок, играя сначала рядом, а затем и вместе с другими детьми.

***Мотивационно-потребностная сфера ребенка раннего возраста.*** Потребности человека как источник его активности, как побудители поведения могут объяснить, что является движущей силой поведения человека и почему он себя ведет определенным образом. В исследовании И. В. Шматовой [60] была определена система базовых потребностей ребенка раннего возраста. 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.

*Потребность в безопасности* представляет собой стремление ребенка к уверенности в стабильности и предсказуемости окружающего мира, а также в том, что близкие люди будут всегда доступны и защитят его в случае угрозы. *Потребность в любви и принятии* – желание ребенка чувствовать доброжелательное отношение близкого взрослого, безусловное принятие с его стороны, стремление ощущать свою нужность другому человеку.

*Потребность в самостоятельности:* основными предпосылками самостоятельности является умение ребенка ходить, умение контролировать выделительные процессы, развитие действий, появление речи. В первом

полугодии второго года жизни ребенок еще полностью не осознает, что мать не является частью его. Однако в этот период он активно познает окружающий мир и в ходе этой исследовательской деятельности познает границы и возможности своего тела. Во втором полугодии второго года жизни ребенок, окончательно осознав свою отделенность от матери, начинает активно стремиться к сближению с ней. Он находится в состоянии конфликта между двумя потребностями: преодолеть разделенность с матерью и расширить сферу своей недавно возникшей самостоятельности. С этим связаны часто наблюдаемые в данный период необъяснимые капризы и недовольства ребенка.

*Потребность в активном познании окружающего мира.* В раннем возрасте интенсивно развивается познавательная потребность, которая проявляется в высокой познавательной активности ребенка, направленной на окружающие предметы, в его постоянном стремлении действовать. Свойственная ребенку раннего возраста способность к подражанию приводит к очень быстрому усвоению специфических действий с предметами. Достигнув успеха в освоении какого-либо действия, ребенок стремится к его многократному повторению. Подобные упражнения приносят ребенку удовольствие, поскольку в них он утверждает свои практические возможности. Часто ребенок сам привлекает внимание взрослого к различным предметам, как бы приглашая к совместной деятельности. Примерно до полутора лет ребенок склонен рассматривать взрослого как помощника. Но постепенно взрослый становится образцом для подражания и главным ценителем результатов деятельности ребенка. На третьем году жизни ребенок сам может настойчиво добиваться от взрослого положительной оценки собственных действий.

### **Основные направления развития ребенка раннего возраста**

***Двигательное (моторное) развитие: возрастные показатели освоения общей моторики:***

- *1 год* – самостоятельно делает несколько шагов; подползает под препятствия; карабкается на диваны, кресла, спускается на пол; бросает мяч взрослому;

- *1 год 6 месяцев* – делает три шага назад; идет, держа мяч двумя руками; перешагивает через небольшое препятствие; бегают в разных направлениях; легко влезает на диван, стул, спускается на пол; поднимается на три ступеньки «детским» шагом, держась обеими руками за перила;

- *2 года* – делает три шага на пальчиках не держась; перешагивает через несколько препятствий чередующимся шагом; подражая сверстникам, бегают, лазает, влезает, подлезает;

- *3 года* – ездит на трехколесном велосипеде; скатывается на санках; бегают, подпрыгивает; бросает и ловит мяч.

Развитие движений тесно переплетается с развитием предметной деятельности, так как ребенок в этом возрасте овладевает действиями с предметами, расположенными в пространстве, что требует развития основных движений: ходьба в усложненных условиях с перешагиванием препятствий, ходьба вниз и вверх по лестнице, лазание, подлезание, карабканье, залезание и спезание с предметов мебели и других предметов. Так как в этот период ребенок осваивает огромное количество разнообразных предметных действий, выполнение которых невозможно без участия кисти и пальцев руки, тонкая моторика интенсивно развивается.

***Развитие видов деятельности: возрастные показатели освоения предметных и игровых действий:***

*1 год* – ставит кубики один на один (строит башню, дом); снимает кольца с пирамидки; выдвигает ящики; катает мяч; толкает вперед игрушку на колесах; пьет из чашки, которую ему держат, не обливаясь; пробует одеваться;

*1 год 3 месяца* – нанизывает кольца на пирамидку; крутит пробку от бутылки в одну и другую сторону; самостоятельно снимает расстегнутые сапоги; держит ложку в кулачке, хорошо сам пьет из чашки; ест густую пищу ложкой;

*1 год 6 месяцев* – строит башню из 3–4 кубиков; использует в игре предметы-заместители; мешает ложкой содержимое в стакане; под струей воды трет рукой о руку;

*2 года* – запускает волчок; вставляет ключ в замочную скважину; строит башню из восьми кубиков; выполняет два последовательных сюжетных действия с игрушкой; вытирает руки; снимает с себя расстегнутую куртку; сам надевает носки и туфли; ест сам не обливаясь;

*2,5 года* – достает сачком из воды понравившийся предмет; рисует по собственному замыслу, может сказать, что рисует; собирает пирамидку из 8–10 колец, из 4–5 колец – по убыванию размера колец; в игре действует последовательно, говорит о себе «как мама», «как врач»; строит из кубиков мостик, обыгрывает постройки с участием сюжетных игрушек;

*3 года* – лепит несложные формы (шарик, столбик, колбаску); выполняет 2–3 последовательных действия в игре, берет на себя роль; сам надевает штаны и рубашку, застегивает и расстегивает 2–3 пуговицы.

Предметно-манипулятивная деятельность – *ведущая деятельность раннего возраста*, так как *открытие назначения предметов отличает предметную деятельность ребенка раннего возраста от манипулятивной деятельности младенца*. У ребенка изменяется также тип ориентировки в предметной действительности: при обнаружении нового для себя предмета вместо ориентировки «Что это?» появляется ориентировка «Что с этим можно делать?». К предметным действиям относятся действия с предметами быта

и действия с игрушками. В раннем возрасте ребенка активно обучают навыкам самообслуживания, которые с психологической точки зрения относятся к предметным действиям, так как ребенок овладевает действиями с ложкой, чашкой, мылом, одеждой и т. п. Виды предметных действий:

а) *собственно предметные действия*;

б) *соотносящие действия*, при выполнении которых необходимо соотнести предметы или их составные части между собой (пирамидка, крышки с коробками);

в) *орудийные действия* – один предмет используется в качестве орудия для воздействия на другой предмет (лопатка, ложка).

*Предпосылки сюжетно-ролевой игры.* Игра как самостоятельная деятельность зарождается внутри предметной деятельности. Предпосылки сюжетно-ролевой игры состоят в том, что ребенок начинает изображать элементарные сюжеты как цепочки действий, называть себя именем взрослого, что является зачатком игровой роли, совершать игровые действия с предметами, использовать предметы-заместители и играть вместе с другими детьми.

*Продуктивные виды деятельности (рисование, конструирование, лепка)* также зарождаются внутри предметной деятельности. На первых этапах развития продуктивной деятельности ребенок осваивает действия с карандашом, бумагой, строительным материалом, пластилином так же, как и с другими предметами. Вначале ребенок узнает свойства этих предметов, затем усваивает их назначение: карандаш оставляет след на бумаге, пластилин изменяет форму при работе руками, кубики можно ставить друг на друга и рядом друг с другом. Ребенок не только выполняет эти действия, но и замечает, какие изменения с предметами происходят в результате их выполнения.

Первая стадия рисования называется стадией каракулей, или *доизобразительной* стадией: ребенок рисует на бумаге набор линий, не имеющий еще определенного значения, так как каракули еще ничего конкретного не изображают. Постепенно ребенок начинает интересоваться и тем, что он изобразил, он сам начинает искать в каракулях сходство с каким-либо предметом. При подсказке взрослого ребенок «узнает» в этом продукте изображение («это котик», «это травка»). Ребенок находит сходство каракулей с изображаемым предметом даже в том случае, если каракули представляют собой неоформленное сочетание линий. На следующей стадии ребенок начинает обозначать словом, что именно он построит или нарисует, еще только приступая к своему занятию, таким образом ребенок высказывает намерение что-либо изобразить. Так возникает продуктивная деятельность, в которой замысел предшествует действию, определяя процесс последнего и его результат.

**Социальное развитие – развитие отношений и общения ребенка с окружающими (возрастные показатели социального развития):**

- 12 месяцев – ребенок подражает мимике, движениям близкого человека (смеется, улыбается, жмурится); чтобы привлечь внимание близкого взрослого, улыбается, заглядывает в глаза, плачет или кричит; радуется веселым играм со взрослыми; недоволен резким тоном взрослого или при слове «нельзя», при неумении выполнить желаемое действие; радуется приходу близкого человека; подражает игровым действиям;

- 1 год 3 месяца – проявляет негативизм в отношениях со сверстниками, не уступает свою игрушку, отнимает ее;

- 1 год 6 месяцев – выполняет простые поручения по дому; на короткое время остается у знакомых; напряжен в незнакомой обстановке; проявляет большой эмоциональный интерес ко взрослому, играющему с ним; обижается, делает недовольное лицо в ответ на наказание или запрет;

- 1 год 9 месяцев – охотно играет с ровесниками «в ловишки»; с интересом смотрит мультфильмы, детские передачи;

- 2 года – упрямится, требуя недозволенного, настаивая на своем; радуется, смеется при получении результата, выполняя знакомые действия; способен понять радость или печаль (огорчения) другого ребенка; недоволен и отказывается от действия при неудавшейся попытке; отказывается от общения с незнакомыми взрослыми;

- 2 года 6 месяцев – пробует рассмешить, если кто-то грустный; его трудно отвлечь, когда увлекается интересной игрой; понимает, если кто-то другой делает плохо; дает эмоционально окрашенную отрицательную оценку (нельзя обижать, драться, рвать); выражает желание в форме «Я»;

- 3 года – выполняет правила игры: «раз – я, два – ты»; вспоминает свои прежние эмоциональные состояния, оказываясь в аналогичной ситуации; может определить свое состояние (мне весело, мне хочется); проявляет чувство гордости за себя и своих близких; переживает, если ругают; может долго обижаться из-за наказания.

Взрослый для ребенка в раннем возрасте выступает как помощник в овладении действиями с предметами, так как он является носителем общественно выработанных способов действий с предметами. Поэтому основной формой общения ребенка со взрослым становится *ситуативно-деловая форма*, когда ребенок обращается ко взрослому по поводу действий с предметами, то есть с просьбой помочь в освоении какого-либо действия или поиграть вместе. Ребенок сам приносит взрослому различные предметы, игрушки и просит его помочь с помощью жестов или слов.

В сложных для ребенка и эмоционально значимых ситуациях взрослый для ребенка раннего возраста выступает как защитник, как тот, кто может утешить и приласкать. Поэтому в этот период сохраняется *ситуативно-*

*личностное общение*, когда ребенок обращается ко взрослому, чтобы его утешили, обратили на него доброжелательное и заинтересованное внимание, подержали его на руках, погладили, поиграли с ним в эмоционально насыщенные игры-забавы (качание, коза-коза и др.).

Осваивая предметную деятельность, ребенок ждет от взрослого или обращается сам ко взрослому за оценкой своих достижений – взрослый выступает для ребенка как ценитель детских достижений. Осознание собственных действий и положительная оценка ребенка взрослыми приводит к появлению у него чувства гордости.

*Общение детей со сверстниками.* Именно в раннем возрасте появляется потребность ребенка в общении со сверстниками: возникает внимание и интерес к сверстнику как к партнеру по общению, сосредоточенность на нем; появляются эмоциональные реакции в адрес сверстника; наблюдаются инициативные действия, направленные на установление и поддержание контакта со сверстником; ребенок уже может быть небезразличен к тому, как к нему относится сверстник.

*В первой половине второго года жизни* общение между детьми еще фактически отсутствует, а другой ребенок может вызывать интерес своей внешностью и поведением, то есть воспринимается как интересная игрушка. Активность по отношению к сверстнику наблюдается редко и является неустойчивой. *С полутора лет* действия с другими детьми как игрушкой идут на убыль, и заметно увеличивается число инициативных действий, рассчитанных на то, чтобы заинтересовать собой сверстника. Совместные игры, в основном в движении, доставляют детям большое удовольствие.

*На третьем году жизни* общение со сверстниками приобретает яркую эмоциональную окрашенность, ярко выражено стремление подражать сверстнику, в результате которого дети смотрят на себя как бы со стороны, видя в сверстнике самого себя. Таким образом, *на третьем году жизни* происходит становление особой потребности – потребности в общении со сверстниками, которая выражается в эмоционально окрашенной игре. *К трем годам* дети уже могут организовывать непродолжительную совместную игру, согласуя свои действия друг с другом. В этом возрасте у детей уже появляются первые симпатии и антипатии по отношению к сверстникам, что свидетельствует об избирательности в общении.

*Эмоциональное и личностное развитие.* В раннем возрасте взрослые начинают предъявлять ребенку первые требования, приучать его к выполнению норм и правил поведения, и ребенок постепенно овладевает специфически человеческими формами поведения.

*Мотивы поведения* детей в этом возрасте, как правило, ситуативны – дети действуют под влиянием непосредственно возникших желаний или побуждений, вызванных предметами в окружении. Ребенком управляет

внешняя наличная ситуация, его поведение зависит от внешних обстоятельств. Этот феномен получил название *«полевого поведения»*, то есть поведения, которое зависит от окружения, от ситуации. Ребенка легко привлечь и легко отвлечь, обратив внимание на предметы вокруг, он легко заражается эмоциональным состоянием других людей и легко подражает их поведению. Ребенок ведет себя крайне непосредственно, ситуация захватывает его целиком и полностью, и он не задумывается о том, что делает, правильно это или нет.

Важным мотивом поведения ребенка становится стремление к получению положительной оценки от взрослого, что свидетельствует о наличии у ребенка потребности в признании. Он стремится сделать что угодно, выполнить поручение взрослого только для того, чтобы услышать похвалу в свой адрес. Достаточно рано – уже с полутора лет – ребенок начинает испытывать чувство гордости в ответ на похвалу взрослого; но вплоть до двух лет ребенок не воспринимает порицаний, у него не возникает чувства стыда.

*К концу раннего возраста* в связи с овладением предметной деятельностью ребенок уже ориентирован на правила употребления предметов, а значит, и на правила поведения. Двухлетние дети с беспокойством относятся к грязным рукам, одежде, разбитой посуде.

**Развитие самосознания.** В раннем возрасте ребенок начинает активно открывать себя для себя самого. Ребенок (с 1 года 9 месяцев) знакомится со своим внешним обликом, безошибочно и быстро узнает себя в зеркале, а в возрасте до полутора лет дети уже пользуются зеркалом для того, чтобы рассмотреть детали своей одежды, оживленно жестикулируют, гримасничают, играют с отражением игрушки, манипулируя ею перед зеркалом и с интересом наблюдая за изменяющимся отражением. Дети также могут пользоваться зеркалом, если, например, нужно вытереть пятно на лице.

Дети в раннем возрасте знают свое имя и его варианты, могут положительно или отрицательно относиться к разным вариантам своего имени. Ребенок уже понимает, что у него есть свой возраст, что он может называть себя большим или маленьким, как ему захочется. В ответ на вопрос: «Сколько тебе лет (годиков)?» ребенок произносит слово, обозначающее «два» или «три», или с помощью пальчиков пытается показать это число.

Процесс осознания ребенком самого себя отражается в возникновении в речи детей местоимений первого лица «я», «мне», «меня», «мой», «мое» и др. Вначале ребенок, обозначая себя, использует те слова, которые по отношению к нему используют взрослые, поэтому местоимения первого лица в его речи отсутствуют. Взрослый говорит: «Возьму *тебя* на ручки», «Это *твои* туфельки», «*Ты* будешь кушать»; точно так же себя называет и сам ребенок. Взрослый называет ребенка по имени, и ребенок точно так же называет себя самого своим именем: он еще не способен понять, что для



другого человека он – «ты», а для него самого он – «Я». Однако во второй половине третьего года жизни в речи ребенка уже появляются местоимения первого лица, причем взрослый может побуждать ребенка говорить о себе в первом лице, специально обращая на это внимание и подчеркивая, что самого себя надо называть в первом лице, а других людей – во втором и третьем лице (ты, он, твой, ее и т. п.).

Ребенок *к трем годам* хорошо знает свою половую принадлежность и отрицательно реагирует на называние его девочкой (если он мальчик) и наоборот. У ребенка складывается общая самооценка (я хороший), которая является основой потребности в признании взрослыми. Дети при овладении действиями с предметами начинают осознавать свои действия, что выражается в их высказываниях: «Я умею ...». Ребенок демонстрирует свои умения взрослому, и у него возникает чувство гордости за достижения. Если взрослый порицает ребенка за неправильное поведение, то у него появляется чувство стыда. Чувство гордости и стыда могут выступать побудителями поведения ребенка. Так, ребенок может делать что-нибудь только для того, чтобы заслужить положительную оценку взрослого.

***Развитие речи в раннем возрасте.*** Ранний возраст называют *сензитивным периодом* для развития речи, так как в этом возрасте происходит интенсивное развитие речи, что связано с новым содержанием общения ребенка со взрослыми, стремлением ребенка «приладить» свою речь к речи взрослых, с освоением ребенком разнообразных действий с предметами.

Быстрыми темпами развивается как пассивная речь (понимание речи других людей), так и активная речь (собственная речь ребенка). В данном возрастном периоде ребенок овладевает речью как средством общения. В это время расширяется круг поводов для высказывания, то есть для применения усвоенной речи: рассказать об увиденном, рассказать о сделанном, чтобы услышать похвалу, пересказать услышанное.

***Развитие понимания речи.*** Умение относить слова к называемым предметам и действиям появляется не сразу. Первоначально понимание относится к целостной ситуации, а не к конкретному предмету или действию. Это проявляется в том, что одну и ту же фразу ребенок может понимать в одном помещении и не понимать в другом, понимать при произнесении только конкретным взрослым, понимать только в определенной ситуации. Для понимания значений слов и фраз для ребенка важно не только их содержание, но и жесты и мимика говорящего человека, а также наличие определенных предметов в данной ситуации.

*В первом полугодии второго года жизни* увеличивается количество действий, которые ребенок выполняет по словесной просьбе взрослого, причем действие выполняется в конкретной бытовой ситуации в окружении знакомых ребенку предметов.

Начиная с *полутора лет* ребенок обращает внимание на изображения предметов и связывает изображение со словом-названием, что обозначает понимание ребенком слов, обозначающих изображенное на рисунке. Это умение появляется в рамках предметной деятельности, когда ребенок совершает различные действия с книжкой. Вначале ребенок изучает изображения самостоятельно, а затем начинает связывать изображения с его названием. Это выражается в том, что ребенок показывает пальчиком нужное изображение в ответ на его название взрослым.

В возрасте *1 год 9 месяцев* ребенок уже понимает сложные речевые конструкции, он может совершать действия в соответствии с тем, что понимает, а также правильно отвечает на задаваемые взрослым вопросы. Ребенок уже понимает и правильно отвечает на вопросы: «куда?», «где?», «чей?»; ребенок понимает свое имя, при назывании имени показывает на себя.

В возрасте *1 год 10 месяцев* ребенок понимает вопросы, относящиеся к его собственным действиям в прошлом, и может воспроизвести эти действия. В возрасте *двух лет* ребенок понимает сообщение о действиях, обращенных в будущее.

***Развитие активной речи.*** На *втором-третьем годах жизни* развитие речи у детей осуществляется по следующим направлениям: 1) накопление словарного запаса; 2) становление грамматического строя.

***Лексическая сторона речи.*** К *двум годам* словарный запас у детей достигает 300 слов, а к *трем годам* – до 1500 слов. Ребенок употребляет все части речи, кроме причастий и деепричастий, которые редко встречаются и в обыденной речи взрослых.

Второй перелом в развитии речи отражает овладение грамматическим строем речи, и это происходит *в два года*. Этот переход связан с овладением ребенком морфологией и синтаксисом родного языка, пониманием флексивной структуры языка. В возрасте до двух лет слова в предложениях у ребенка не согласованы между собой («Мама киська титать» (мама, почитай книжку), «Мама поца Кияка» (мама поцеловала Кириюшу). После двух лет слова в предложении начинают согласовываться друг с другом по законам грамматики: ребенок начинает понимать, что с изменением формы слова изменяется и его значение, например, «молоток», «молотком», «о молотке»; «пошла», «пошел», «пойду» и т. п. Ребенок начинает использовать в своей речи падежные формы существительных, формы спряжения глаголов, изменяет глаголы по родам, использует предлоги. Действие, выполняемое ребенком, отражается в его речи, поэтому ребенок осваивает систему грамматических средств для обозначения в речи разнообразных вариантов действий с предметами.

Таким образом, к *3 годам* ребенок правильно использует падежные окончания существительных и прилагательных, глагольные формы,

употребляет предлоги и союзы. Это позволяет ребенку выразить в речи различные отношения между предметами и людьми: предметные отношения, направления действия, орудийность действия, отношения совместности, подчиненности, последовательности, отношения между предметом и действием, предметом и его качествами. Использование союзов и вопросительных слов дает возможность ребенку строить как сложносочиненные, так и сложноподчиненные предложения.

*Итак, к концу раннего возраста в своей речи ребенок начинает пользоваться простыми и сложными предложениями, построенными по законам грамматики родного языка.*

***Развитие познавательных процессов в раннем возрасте: возрастные показатели развития восприятия и мышления:***

- 1 год 6 месяцев – ребенок вкладывает больший предмет в меньший; ориентируется в 2–3 формах, находит предмет того же цвета;

- 1 год 9 месяцев – опрокидывает бутылочку, чтобы достать из нее предмет; подбирает предмет такой же формы, как образец; ориентируется в четырех контрастных формах; определяет большой и маленький предмет;

- 2 года – вкладывает три стаканчика один в другой; вставляет большой и малый круг, квадрат и треугольник в соответствующие отверстия; обобщает игрушки по внешнему виду, независимо от цвета и размера;

- 2 года 6 месяцев – может правильно назвать 1–2 цвета, большой и маленький предметы; собирает пирамидку из 8–10 колец по образцу или рисунку; начинает распознавать вес, фактуру, температуру предметов;

- 3 года – использует числительное «два» для обозначения нескольких предметов; ориентируется в четырех цветах, находит их по просьбе взрослого; составляет картинку из двух частей.

***Развитие восприятия и памяти.*** С самого начала раннего возраста ребенок начинает познавать разнообразные свойства предметов, схватывать связи и отношения между ними. В начале раннего возраста восприятие ребенка еще несовершенно, хотя он уже узнает различные предметы, находит их по названиям, узнает людей. Однако годовалый ребенок еще не умеет обследовать предмет, чтобы выделить в нем важные признаки. Ребенок ориентируется на наиболее яркий признак и воспринимает предметы только по этому признаку. Так, если ребенку предложить несколько фигурок разной формы из пластилина, но у всех сделать элемент, напоминающий птичий клюв, то дети все эти фигурки назовут «уточка». Дети второго года жизни могут даже узнавать на рисунках и фотографиях изображения людей, животных, однако это происходит только в том случае, если изображения имеют яркие характерные детали.

Восприятие развивается в раннем возрасте по следующим направлениям: 1) развитие основных свойств восприятия: предметность,

константность, осмысленность; 2) усвоение сенсорных эталонов и перцептивных действий.

Постепенно ребенок начинает использовать общепринятые эталоны для восприятия свойств предметов, но это происходит только в общении со взрослыми. На первом этапе – этапе «предэталонов» – ребенок использует ограниченный собственный опыт восприятия, сравнивая предметы с тем, что ему знакомо. При восприятии цвета других предметов ребенок использует такие сравнения: «как вишенка», «как огурчик», «как солнышко».

На следующем этапе ребенок уже пользуется общепринятыми эталонами, однако процесс их усвоения также проходит несколько стадий:

1) ребенок учится раскладывать предметы (дифференцировать их) в соответствии с их свойствами, еще не называя эталон словом, например: красные и синие кубики, круглые и квадратные фигурки, большие и маленькие кружочки складывает в разные коробочки;

2) далее ребенок учится различать предметы по названию эталона, например: «покажи, где красный кубик, где кружок, где большой мяч; разложи красные кубики в одну коробку, а синие – в другую»;

3) ребенок сам использует название сенсорного эталона, то есть называет предметы: «это синий, это круглый, это большой».

Развитие перцептивных действий также проходит в несколько этапов, хотя окончательно они складываются только в дошкольном возрасте. Зрительные действия восприятия складываются в процессе практических действий с предметами, в процессе их интериоризации. Особое значение для развития перцептивных действий имеют соотносящие и орудийные действия, так как ребенок соотносит между собой разные части предметов и придает им определенное положение в пространстве.

Процесс формирования перцептивных действий можно наблюдать при выполнении ребенком заданий на вкладывание предметов разной формы и величины в соответствующие отверстия, при вкладывании стаканчиков разного диаметра один в другой, при нанизывании на стержень колечек пирамидки в порядке уменьшения размеров, при складывании матрешки. Так, при вкладывании фигурок в отверстия на первом этапе ребенок действует случайным образом, пытаясь вкладывать любую фигурку в любое отверстие. На втором этапе ребенок подбирает фигурки к отверстиям уже целенаправленно, отбрасывая неудачные попытки и повторяя удачные, то есть задание выполняется путем проб и ошибок. На этом этапе преобладают практические действия, но соотнесения формы фигурки с формой отверстия с помощью зрительного обследования еще нет. На следующем этапе ребенок подбирает фигурки к отверстиям, ориентируясь на зрительное соотнесение: ребенок смотрит на фигурку и на отверстие и подбирает сразу нужную фигурку.

Обследование предмета при его сравнении с другим с помощью зрительного соотнесения становится более детальным, развернутым, и ребенок преодолевает фрагментарность восприятия, когда он воспринимал предметы и изображения только на основе одного бросакого признака.

**Развитие памяти в раннем возрасте.** К концу раннего возраста резко увеличивается объем и прочность детской памяти. Главная характеристика памяти ребенка в раннем возрасте – ее произвольный, непреднамеренный характер. Память еще не отделена от процессов восприятия, и ребенок запоминает то, что он воспринял. Дети раннего возраста запоминают только то, что включено в их предметную и игровую деятельность, что им интересно и необходимо, что произвело на них большое впечатление. Ребенок лучше запоминает предметы (игрушки, картинки), если ему предлагается их ощупать, поиграть с ними, разложить по местам.

Память детей раннего возраста характеризуется пластичностью, они запоминают материал быстро и легко, но, как правило, беспорядочно. Ребенок может удерживать в памяти и сложный словесный материал, и случайные события, и несущественные детали, а также отдельные фразы и выражения без понимания их смысла. Но ребенок не может управлять своей памятью: не может намеренно вспомнить нужное, воспоминания всплывают неожиданно, скорее по ассоциации, ребенок чаще узнает, а не припоминает.

Преобладающими видами памяти в раннем возрасте являются двигательная, образная и эмоциональная память. При этом ребенок лучше запоминает то, что он делал или прочувствовал, чем то, что он видел или слышал. Ребенок запоминает свойства и качества предметов, их назначение, способы действий с предметами, но ему доступно уже и запоминание небольших текстов (сказки, рассказы, стихотворения). При этом память ребенка носит произвольный характер, то есть он не прилагает специальных усилий, чтобы запомнить материал, он не может специально заучивать, и любой материал запоминается произвольно.

**Развитие мышления в раннем возрасте.** Предметная деятельность создает условия для развития у ребенка наглядно-действенного мышления, а к концу раннего возраста – наглядно-образного мышления. С помощью наглядно-действенного мышления устанавливаются связи и отношения между предметами в пространстве, между собственными действиями и предметами, между действием и его результатом.

Например, с помощью мышления ребенок устанавливает отношения между размером и формой вкладыша и отверстия, между размерами колец пирамиды, между машинкой и шнурком, за который надо потянуть, чтобы достать машинку, между положением своего тела и расстоянием до предмета и др. Наглядно-действенное мышление проявляется в том, что ребенок может использовать один предмет для того, чтобы достать другой предмет:

притягивает предмет к себе за веревочку, подталкивает его палкой или другим длинным предметом, ставит стул, чтобы достать высоко расположенный предмет. Наглядно-действенное мышление используется ребенком при попытке разобрать, как устроена и работает игрушка, как пройти между стулом и стенкой, как добраться до нужного предмета мебели, обогнув препятствие, как копать песок, чтобы получилась нужная форма.

Внешние практические действия в процессе развития преобразуются во внутренние психические, поэтому в конце раннего возраста у ребенка появляются мыслительные действия, которые он может производить в уме, без использования практических действий. У ребенка появляется *наглядно-образное мышление*, когда он решает практические задачи с помощью представлений и мысленных преобразований образов. Однако в раннем возрасте наглядно-образное мышление используется только применительно к узкому кругу ситуаций, оно бурно развивается в дошкольном возрасте.

*Кризис трех лет* – это самый яркий кризис в развитии ребенка, симптомы которого не могут не замечаться окружающими. Ребенок становится своенравным, трудным в воспитательном отношении, он противостоит взрослому и настаивает на своем. Кризис трех лет обозначается емкой формулой «Я сам!» Симптомы кризиса трех лет подробно описаны Л. С. Выготским и названы им «семизвездье кризиса»: негативизм, упрямство, строптивость, своеволие и своенравие, протест-бунт, обесценивание взрослых, стремление к деспотическому управлению окружающими.

В конце раннего возраста ребенок отделяет себя от взрослого, осознает себя как носителя желаний и действия, он сравнивает себя со взрослыми, и не видит существенной разницы между собой и взрослыми, поэтому противопоставляет себя взрослому. Однако взрослый продолжает относиться к ребенку как к маленькому, не видя его новых достижений и желания быть самостоятельным. Кризис трех лет разрешается, если 1) ребенок переходит к новой деятельности – сюжетно-ролевой игре; 2) взрослые начинают учитывать новые потребности ребенка, особенно потребность в самостоятельности; 3) взрослые демонстрируют уважительное, тактичное отношение к ребенку; взрослые предоставляют ребенку возможность продемонстрировать свою самостоятельность и выразить свои чувства.

### 1.3 КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Теории и подходы к характеристике психического развития ребенка в раннем возрасте дают основания для рассмотрения закономерностей 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.

В отечественной специальной психологии длительное время использовалось понятие аномального развития, но в последние 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», который обозначает любое изменение в направлении развития ребенка. Позднее 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.

*При рассмотрении отклоняющегося развития допустимо использовать в качестве синонимов термины «нарушения в психическом развитии», «отклонения в развитии ребенка».*

Европейская Ассоциация Раннего Вмешательства с приняла определения нарушения, отставания и риска отставания в развитии.

*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 – 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.*

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

Биологическими предпосылками возникновения отклонений или риска отклонений в развитии у детей является патология нервной системы или анализаторов.

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. 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, заболевания матери, акушерско-гинекологические факторы риска, осложнения беременности и родов и др.

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, внутримозговые кровоизлияния.

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.

Перинатальные поражения нервной системы (ППНС), или перинатальная энцефалопатия, определяются как обширная группа состояний, синдромов и заболеваний нервной системы плода и новорожденного, развивающихся вследствие действия повреждающих факторов в перинатальный период. Частота перинатального поражения нервной системы у детей



раннего возраста колеблется от 45 % до 80 %. Ведущими факторами, приводящими к возникновению перинатального поражения нервной системы, являются гипоксия (50 % случаев) и внутриутробная инфекция (27 % случаев).

Гипоксически-ишемические поражения головного мозга характеризуются разнообразной клинической картиной, которая включает синдром угнетения ЦНС, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдром внутричерепной гипертензии, гидроцефальный синдром, судорожный синдром, синдром двигательных расстройств, кома. 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. Перинатальные поражения приводят к разнообразным исходам – от минимальной дезадаптации и легкой задержки нервно-психического развития до тяжелой инвалидности: 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 %.

Однако специфика раннего возраста состоит в том, что даже при довольно обширных поражениях головного мозга может не наблюдаться выраженной неврологической симптоматики и выраженные нарушения психических процессов.

Вследствие раннего органического поражения нервной системы раннего генеза у детей в первые годы жизни возникает *задержка нервно-психического развития* как комплексное нарушение в разных сферах, но с тенденцией к их компенсации. 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 нарушения познавательных функций в более старшем возрасте.

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 матери, 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. Следствием раннего органического поражения центральной нервной системы является снижение показателей разных сторон психофизического развития по сравнению с нормально развивающимися сверстниками.

*Закономерности психофизического развития ребенка при наличии у него отклонений в развитии* рассматривались Л. С. Выготским. «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 разворачивается 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» [17, 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» [17, с. 7]. В этой простой формулировке сконцентрированы основные положения о закономерностях аномального развития ребенка.

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, соответствуют 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 возможностям, и поэтому не является полноценным источником их развития.

Особенно важным и ценным вкладом Л. С. Выготского в психологию и дефектологию является *понятие структуры дефекта*. Структура дефекта 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. 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 развитие высших психических функций, общения и деятельности. 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 трудно-воспитуемого» ребенка, ученый показал и положительные стороны личности этих детей. Оптимистическая установка на поиск положительного у всех детей является одной из ведущих во всех его дефектологических работах. Те функции, которые оставались сохраненными у детей с отклонениями в развитии, составляют основу для развертывания их потенциальных возможностей.

В. В. Лебединский [32] раскрывает механизмы возникновения вторичных дефектов у детей, развивающихся в условиях первичных дефектов: вторичный дефект может иметь и 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.

Зарубежные исследователи в области психопатологии развития ориентированы на рассмотрение многофакторной обусловленности нарушений развития. Э. Мэш [37], рассматривая нарушения развития ребенка,

проблемы его психического здоровья, говорит о необходимости их анализа в контексте трех основных уровней влияния – индивидуального, семейного и социального. 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». 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. Анализируя пути развития ребенка, ученые пользуются понятиями множественного детерминизма, факторов риска и их совместного проявления, взаимодействия между ребенком и его социальным окружением.

#### **Вопросы для самоконтроля.**

- 1) Какие понятия используются для характеристики развития детей, которые отличаются от нормально развивающихся детей?
- 2) Как определяются понятия отклонений в развитии, нарушений развития, отставания в развитии, факторов риска отставаний в развитии?
- 3) Что является биологическими предпосылками возникновения отклонений или риска отклонений в развитии?
- 4) Охарактеризуйте пренатальные, перинатальные, интранатальные и постанатальные повреждения нервной системы у детей.
- 5) Что такое перинатальные поражения нервной системы?
- 6) Охарактеризуйте гипоксически-ишемические поражения головного мозга у детей.
- 7) В чем состоит специфика раннего возраста в связи с обширными поражениями нервной системы у детей?
- 8) Охарактеризуйте понятие задержки нервно-психического развития у детей.
- 9) Какими факторами определяется степень тяжести задержки развития детей в разных сферах?
- 10) Определите закономерности психофизического развития ребенка при наличии у него отклонений в развитии.
- 11) Определите понятие структуры дефекта, первичного, вторичного и третичного дефектов.

## 1.4 ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В РАННЕМ ДЕТСТВЕ

### 1.4.1 Взаимодействие матери и ребенка в младенческом и раннем возрасте

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. Раннее детство называют «диадным возрастом», что означает неразрывную связь ребенка и матери, а также существенную роль матери в возникновении или закреплении имеющегося нарушения у ребенка.

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 за детьми, которые росли в условиях отсутствия материнской заботы и воспитания в закрытых учреждениях. Соматические и поведенческие нарушения у маленького ребенка могут возникать вследствие «психотоксических» влияний со стороны матери, к которым относятся открытое отвержение ребенка матерью, тревожная гиперопека, враждебность в форме тревоги, колебание между баловством ребенка и враждебностью по отношению к нему, циклические смены настроения. Одним из наиболее важных условий формирования эмоциональной связи между матерью и младенцем является физический контакт, дающий ощущение комфорта и защищенности. Исследования детей в ситуации материнской депривации 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).

*Материнство анализируется в двух аспектах: как личностная сфера женщины, как обеспечение условий для развития ребенка.*

Во взаимодействии с ребенком мать выполняет разнообразные функции, что обеспечивает условия для благополучного развития ребенка. Функции матери в развитии ребенка состоят в удовлетворении всех базовых потребностей ребенка, обеспечении его эмоционального благополучия, формирования его отношения к миру, общения с окружающими, деятельности и личностных качеств.

Родительство матери трактуется как двусторонний процесс взаимодействия, в который и мать, и ребенок вносят свой значимый вклад. К психологическим факторам формирования родительской позиции О. А. Карабанова относит личностные особенности, которые определяют психологическую зрелость родителя: устойчивая позитивная Я-концепция и самооценка, удовлетворенность психологических потребностей, способность открыто и адекватно выражать свои чувства, умение передавать свой опыт, активная позиция в совладании с трудностями, рефлексия своего поведения. К значимым факторам, определяющим родительскую позицию матери, относятся особенности самопринятия и самооценки, мировосприятия, стратегия совладания с трудными ситуациями и психологические защиты.

К «базовым качествам матери» применительно к ранним периодам онтогенеза, которые понимаются как особые личностные качества матери, отражающие ее отношение к себе, к миру и к другим людям, Е. И. Исенина относит *принятие и отзывчивость*. Принятие включает безусловное эмоционально теплое отношение к ребенку, отзывчивость – внимание матери, ее эмпатию к ребенку, адекватное реагирование, уважение его индивидуальности, содействие в предметных действиях и в общении с ребенком.

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 пониманию речи и умению говорить.

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.

***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 нарушений развития в раннем возрасте.

Дж. Боулби [8], наблюдая за детьми, которые растут в детских домах и сиротских приютах, 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».

Внимание Дж. Боулби привлекло 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. 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 привязывающим действием является улыбка малыша: когда малыш улыбается, глядя на родителя, родитель испытывает к нему любовь и хочет быть рядом. К привязывающим действиям относятся также 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, что 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*

Важным показателем привязанности в раннем детстве 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 другим близким взрослым) 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. Одним из центральных понятий теории привязанности является понятие качества привязанности, для выявления которого была разработана методика «Ситуация с незнакомцем». 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. Ребенок, его мама и незнакомый человек наблюдались в незнакомой для ребенка комнате, наполненной игрушками. Во время первого разлучения мать оставляла малыша с приветливым незнакомцем, во время второго разлучения ребенок оставался в одиночестве.

На основе экспериментальных исследований М. Эйнсворт обнаружила три типа, или группы, паттернов привязанности – А, В, С.

1-й тип – *надежная привязанность* (группа В). 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. А 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.

2-й тип – *неуверенная, избегающая привязанность* (группа А). В незнакомой ситуации дети выглядели довольно независимыми, 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. 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 С). 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. Общая особенность детей – использование негативных эмоций для достижения близости с матерью.

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

Особый вид поведения детей, описанный П. Криттенден, проявляется 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 «демонстрация 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.

Качество привязанности ребенка определяется отношением к нему матери и прямо связано с материнским поведением. Для оценки качества материнского поведения использовалась шкала, включающая четыре измерения материнского отношения к ребенку: 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.

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.

Выявленные различия в поведении детей в незнакомой ситуации являются фундаментальными и определяют различия в их поведении в последующем. Дети с надежным типом привязанности отличались от других детей вплоть до возраста 15 лет: они 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.

Близкие взрослые выполняют в отношении ребенка различные функции, а не только функции обеспечения безопасной привязанности. Одни родители хорошо функционируют только в некоторых ролях по отношению к ребенку, а другие являются и хорошими учителями, и хорошими партнерами по игре, и базой для создания уверенности у ребенка. Поэтому следует отдельно оценивать каждую из ролей, рассматривая качество отношений ребенка с близкими взрослыми.

Понятие родительской чувствительности и отзывчивости начало использоваться в более широком значении: в работах психологов реализуется идея о том, что существуют различные типы родительской отзывчивости (восприимчивости), которые соответствуют разным результатам развития ребенка. Некоторые матери хорошо справляются со стимулированием когнитивного развития ребенка, другие – речевого развития, есть матери, которые умеют совладать с трудным темпераментом ребенка.

В современных условиях наблюдается смена паттернов привязанности, что объясняется 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 чувствительными 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 проблемами вызывает у ребенка сильные чувства гнева и тревоги в связи с тем, что его потребности остаются фрустрированными. При смене фигуры 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.

**Теория интуитивной родительской компетентности.** Для определения оснований родительской чувствительности по отношению к ребенку Х. Папушек и М. Папушек [41] 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 произвольно, 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 информации, постоянное повторение родителями звуков на октаву выше мимики ребенка, а также своих обращений, распахивание глаз и раскрытие 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. 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 семье, невротических страхов, связанных с ребенком, из-за переутомления или 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.

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.

***Взаимодействие матери и ребенка в период раннего детства в культурно-историческом подходе.*** В культурно-исторической концепции Л. С. Выготского ребенок с самого рождения рассматривается как «максимально социальное существо», однако он полностью зависит от близкого взрослого, так как является беспомощным и неспособным к самостоятельному существованию и удовлетворению своих потребностей. Связь с матерью обеспечивает ребенку защиту, безопасность, эмоциональный комфорт и удовлетворение всех его потребностей.

С момента рождения ребенок лишь физически отделяется от матери, но до конца младенчества он остается тесно связан с ней биологически и до конца раннего возраста – психологически. При взаимодействии с матерью младенец способен не просто пассивно подчиняться матери, но и активно регулировать свое взаимодействие с ней в форме полноценного диалога. Он может привлекать к себе ее внимание, направлять ее взгляд на определенный предмет, управлять ее действиями. Множество исследований свидетельствует о взаимозависимости между взглядами, вокализациями и мимикой матери и ребенка.

На 3-м месяце жизни у ребенка появляется «комплекс оживления», который включает следующие компоненты: замирание и зрительное сосредоточение, улыбка, двигательное оживление, вокализации. Интенсивность и относительная выраженность компонентов комплекса оживления зависят от типа воздействий взрослого. Во-первых, младенец ведет себя тем активнее, чем более пассивным является взрослый. Во-вторых, комплекс оживления нередко опережает обращения взрослого. Младенец начинает издавать звуки и взволнованно двигаться, когда взрослый не обращает на него внимания и разговаривает с посторонним.

Первое полугодие жизни ребенка – период непосредственного эмоционального общения со взрослым. Единственным содержанием общения является выражение положительного отношения к другому. Младенец еще не реагирует на содержание обращений взрослого. На все его слова и интонации ребенок отвечает яркими положительными эмоциями. Главная коммуникативная потребность в этом возрасте – потребность в доброжелательном внимании взрослого.

Качество общения матери и ребенка в первые полгода жизни имеет большое значение для его дальнейшего развития. Во-первых, в этот период у ребенка закладываются первые фундаментальные основания личности – выделенность самого себя и начальная форма самосознания. Эта положительная форма самосознания проявляется в положительном эмоциональном самоощущении младенца. Глядя на взрослого и выделяя его действия,

обращенные к нему, ребенок начинает выделять и чувствовать самого себя. Он чувствует, что взгляд, улыбка, слова взрослого направлены именно на него. Поэтому его представление о себе неразрывно связано с матерью и ее отношением. Все это возможно только при условии, что мать относится к ребенку как к самоценной и уникальной личности и отвечает на каждое проявление младенца.

Во-вторых, примерно в конце первого полугодия у ребенка появляется привязанность к матери. Качество привязанности существенно зависит от характера взаимодействия матери и ребенка. Поведение малыша побуждает взрослого к ответным действиям, а они, в свою очередь, вызывают у младенца те или иные отклики. Надежная привязанность формируется при высоком уровне активности младенца в ситуациях кормления и бодрствования. Умение матери поддерживать инициативу ребенка, устанавливать с ним контакт взглядов, синхронизировать действия и вести диалог способствует формированию надежной привязанности.

В-третьих, качество общения с ребенком в первом полугодии оказывает решающее влияние на формирование его познавательной активности по отношению к предметному миру. Недостаток эмоционального общения в этом возрасте вызывает у ребенка общую пассивность и отсутствие познавательных интересов.

Во втором полугодии жизни ребенок в общении со взрослым стремится не только к удовлетворению потребности в доброжелательном внимании. Возникновение у ребенка потребности в сотрудничестве со взрослым возможно при следующих условиях:

- достаточное удовлетворение более ранней потребности в доброжелательном внимании взрослого: дефицит ситуативно-личностного общения приводит к тому, что и во втором полугодии ребенок будет стремиться к ласке, вниманию взрослого и избегать предметного взаимодействия;
- организация взрослым взаимодействия с предметами. Усвоение предметных действий и формирование потребности в сотрудничестве протекают успешнее, если они происходят в условиях личностного контакта с ребенком на фоне предметной деятельности.

Переход к ситуативно-деловому общению во втором полугодии связан с существенной перестройкой отношения ребенка ко взрослому. Ребенок начинает более дифференцированно воспринимать эмоции взрослого, а также сам начинает включать в общение со взрослым не только положительные, но и отрицательные эмоции.

После 5–6 месяцев у ребенка возникают качественные отличия в отношении к знакомым и незнакомым взрослым. Незнакомые люди чаще вызывают страх, напряжение, а близкие, наоборот, – яркие положительные эмоции. Формирование у ребенка в конце первого полугодия привязанности

к матери служит причиной того, что после 7 месяцев младенец очень тяжело и болезненно переживает разлуку с ней. Основой привязанности на протяжении всего раннего детства является степень удовлетворения потребности в общении, соответствующей возрасту ребенка.

*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. Однако 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 близким взрослым.

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 способствуют появлению у ребенка нового отношения ко взрослому. Основное противоречие состоит в том, что ребенок, стремясь к самостоятельности, одновременно остается зависимым от взрослого. 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.

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.

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 деятельность. 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 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. 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.

#### **4.2 Взаимодействие матери и ребенка с отклонением в развитии**

К признакам «недостаточного» материнского отношения, связанным с возникновением различных нарушений в развитии ребенка первых трех лет жизни, специалисты 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. Понятие «неправильного материнского поведения» включает проявление повышенной тревожности за соматическое здоровье ребенка, эгоцентричность, эмоциональную нечувствительность. Неправильное материнское поведение может усиливать проявление невротических и личностных расстройств у детей.

Взаимодействие в диаде «мать – ребенок» при наличии в семье ребенка раннего возраста с отклонением в развитии имеет существенные особенности, которые были обнаружены в исследованиях диад, включающих детей с разными видами отклонений в развитии: дети с синдромом Дауна,



незрячие дети, дети с органическими поражениями ЦНС. 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. По данным Г. А. Мишиной, 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 последствиями раннего органического поражения ЦНС, преобладают неконструктивные способы поведения в трудных ситуациях, а также выраженная тенденция к проявлениям эмоционального неблагополучия, что обуславливает наличие в их поведении таких признаков, как нежелание общаться, агрессивность, негативные чувства, тревожность, эмоциональная нестабильность.

Выявлена зависимость поведения родителей и характера организации ими предметной и 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 указания в адрес ребенка, характеризовались более высокими показателями родительского стресса. «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 со взрослыми.

Материнское отношение к ребенку раннего возраста с синдромом Дауна характеризуется способностью матери воспринимать состояния ребенка, сопереживать ему и оказывать эмоциональную поддержку, однако матери плохо понимают причины поведения ребенка, а при общении с ним недостаточно учитывают его состояние. Уровень психического развития ребенка с СД в первые три года жизни качественно взаимосвязан с характеристиками поведения матери [40]. Отношения привязанности у детей раннего возраста с СД в целом развиваются так же, как и у нормально развивающихся сверстников, во многих случаях формируется надежная привязанность, но только более медленными темпами. Однако дети с СД реже демонстрируют безопасную привязанность и чаще – дезорганизованную привязанность. На

формирование отношений привязанности детей с СД оказывают влияние, во-первых, особенности развития детей, которые порождают трудности понимания потребностей ребенка матерью, во-вторых, переживание матерью факта появления ребенка с нарушениями развития.

Во взаимодействии в диаде «мать – ребенок с СД» поведение ребенка является пассивным и подчиняемым, а поведение матери – активным и директивным, ребенок отличается низким уровнем активности, реактивные формы его поведения преобладают над инициативными. Инициатором общения с ребенком СД чаще является мать, вероятно, матери компенсируют своей повышенной активностью низкую активность своих детей. Высокая материнская активность объясняется тревогой матери о развитии ребенка и ее желанием добиться от ребенка реакции, чтобы убедить себя и других, что он не слишком сильно отстает в развитии.

Специфика взаимодействия матери и ребенка с СД объясняется также восприятием матерью поведения ребенка: она отмечает низкий уровень активности и непредсказуемость поведения ребенка. Именно поэтому матери не всегда понимают детей, не отвечают на их инициативы. Эти факты свидетельствуют о низкой чувствительности матерей детей с СД, их эмоциональной вовлеченности, чрезмерной активности и директивности, что не соответствует состоянию активности и уровню развития ребенка с СД.

По сравнению с матерями слышащих детей, матери неслышащих детей реже используют позитивные прикосновения, они менее чувствительны и более навязчивы. 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, когда в отношениях между родителями и ребенком возникает много негативных эмоций.

Годовалые младенцы с нарушением зрения характеризуются высокой вероятностью задержки развития и проблемного поведения: они не склонны поворачивать свое лицо или глаза к матерям, улыбаясь в ответ, разговаривая с ними, меняя язык тела или выражение лица либо реагируя другим образом на их воздействия. Матери незрячих детей в возрасте 18–24 месяцев не более директивны, чем матери зрячих детей, но они мало адаптированы к особым потребностям своих детей.

Привязанность ребенка с ДЦП к матери формируется в условиях доминантной родительской позиции, обусловленной неизбежностью физической помощи родителя ребенку, чем объясняется низкая родительская чувствительность. Однако качество родительско-детской коммуникации при ДЦП у детей различается в зависимости от того, насколько родители эмоционально проработали диагноз физической неполноценности ребенка. При высокой степени выраженности дефекта

у ребенка родители склонны во взаимодействии с ним к перестимуляции, что свидетельствует об их низкой чувствительности.

Исследования привязанности у детей с когнитивными нарушениями показали, что 40 % детей демонстрируют надежную привязанность, а 32,5 % – дезорганизованную привязанность. Тип привязанности не связан со степенью когнитивных нарушений у ребенка, но значимо коррелирует с чувствительностью и материнской структурированностью. Поведение ребенка с низким уровнем умственного развития вызывает у матери более директивную позицию, и мать не способна фиксировать его инициативные действия.

Матери детей раннего возраста с задержкой речевого развития демонстрируют способность к безусловному принятию ребенка, умение оказывать ему эмоциональную поддержку, ориентироваться на состояние ребенка при построении взаимодействия, но недостаточно хорошо умеют воздействовать на состояние ребенка. Материнская чувствительность и депрессия матери являются прогностическими факторами возникновения нарушений речевого развития у детей. Особенно высокий риск возникновения речевых проблем имеют дети с реактивными нарушениями привязанности. Надежная безопасная привязанность наблюдается у 10 % детей с задержкой речевого развития по сравнению с 65 % детей без нарушений речи. Матери детей с нарушениями речи ведут себя более директивно, они менее отзывчивы и менее чувствительны, однако это может объясняться ограниченными речевыми навыками детей.

Характеристики взаимодействия матери и ребенка могут выступать предиктором развития социальных навыков у детей с РАС, хотя наблюдаются трудности возникновения привязанности ребенка к матери, при том что дети с аутизмом могут устанавливать отношения привязанности к матери необычного качества.

Таким образом, дети раннего возраста с отклонениями в развитии имеют более высокий риск установления небезопасной привязанности, в первую очередь потому, что близкие взрослые испытывают трудности в понимании ребенка, в распознавании сигналов от него и являются менее чувствительными по отношению к нему. Сами по себе дефицитные функции ребенка имеют вторичный характер для установления отношений привязанности в процессе дизонтогенеза.

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, 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. Основопологающим 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.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Определите понятие «диадный возраст». Объясните идею о том, что родительство матери является двусторонним процессом.
2. Назовите функции и базовые качества матери.
3. Каковы основные положения теории привязанности? Дайте характеристику типов привязанности.
4. Опишите специфику взаимодействия матери с ребенком с отклонениями в развитии.
5. Почему дети с отклонениями в развитии имеют высокий риск установления небезопасной привязанности?

## **1.5 ПСИХОФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ**

### **1.5.1 Дети с нарушениями интеллектуальной сферы**

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, преимущественно его коры, обозначаемые терминами «олигофрения» и «деменция».

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 разных видов нарушений развития.

Раннее развитие ребенка с легкими формами интеллектуальной недостаточности характеризуется емким выражением «бедность содержания психики». 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 [54]), основной причиной которого являются слабовыраженные органические повреждения мозга и педагогическая запущенность. В русскоязычной специальной психологии задержка психического развития рассматривается как нарушение темпа всего психического развития при наличии значительного потенциала, как временное нарушение развития, которое корригируется тем раньше, чем более благоприятными являются условия развития ребенка.

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. В американской традиции понятия умственной отсталости и задержки психического развития находятся в соотношении части и целого: умственная отсталость является результатом задержки психического развития.

Понятие умственной отсталости и ее изучения в западной традиции 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, и снижение интеллекта уже не рассматривается как временное явление.

При рассмотрении этой категории *детей раннего возраста* возникает проблема их разделения на группы по критериям «умственная отсталость – задержка психического развития», являющаяся вторичной по отношению к проблеме выявления умственной отсталости у самых маленьких детей. Существенным проявлением задержки психического развития является низкий уровень активности во всех сферах психической деятельности. Низкий уровень активности ребенка описывается В. И. Лубовским как «полупроницаемый барьер по отношению к воздействиям окружающего мира», 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.

Рассматривая динамику психического развития ребенка с ЗПР в онтогенезе, ученые отмечают 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. Общая характеристика дошкольников с умственной отсталостью и задержкой психического развития содержит черты, свойственные обоим видам нарушенного развития, и даже в дошкольном возрасте достаточно сложно разграничить умственную отсталость и задержку психического развития.

Оценивая отставания в развитии детей в возрасте младше пяти лет, немецкий психолог Ф. Фойгт использует термин «глобальное нарушение развития» в тех случаях, когда наблюдается существенное отставание в двух или более областях развития. 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.

***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 различные 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, проследивать 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, когда 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 произносимые детьми звуковые комплексы 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 интеллектуальными

нарушениями 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. 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 серьезные трудности и при попытках 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. Дети захватывают мелкие предметы всей ладонью, не могут выделить отдельно каждый палец.

*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 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.

У большинства детей третьего года жизни с интеллектуальной недостаточностью отмечается 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 положить большую машинку. Наличие неадекватных действий является характерной чертой ребенка с интеллектуальными нарушениями и свидетельствует об отсутствии познавательно-ориентировочной деятельности: у детей нет не только ориентировки типа «Что с этим можно делать?», но и более простой ориентировки типа «Что это?».

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 часто лицо амимичное, они плохо понимают значение жестов.

У детей раннего возраста с нарушениями в интеллектуальной сфере отсутствуют предпосылки, необходимые для формирования речи: 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 совместных 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.

*Познавательное развитие.* Восприятие простых объектов предметного мира ребенком с умственной отсталостью существенно не отличается от того, что происходит в норме, сложные же виды восприятия (восприятие пространства и времени) у ребенка замедлены, уплощены. 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.

*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.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Что такое умственная отсталость (интеллектуальная недостаточность), каковы ее характерные черты?
2. В чем отличие умственной отсталости от задержки психического развития?
3. Почему наблюдаются трудности разделения умственной отсталости и задержки психического развития у детей в раннем возрасте?
4. Охарактеризуйте особенности развития двигательной сферы и познавательного развития детей раннего возраста с когнитивными нарушениями.
5. Охарактеризуйте особенности социального и речевого развития детей раннего возраста с когнитивными нарушениями.

### **1.5.2 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. Синдром Дауна – специфическая хромосомная патология, при которой в кариотипе у ребенка имеется третья 21-я хромосома, поэтому СД называют также трисомией.

В ранних работах, посвященных умственному развитию детей раннего возраста с синдромом Дауна, встречались утверждения о том, что ход их развития предопределен, если его оценивать в терминах умственного возраста. В отечественной коррекционной педагогике дети с СД 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, интеллектуальный дефект сочетается с поражением ряда систем: костной, сердечно-сосудистой, эндокринной, зрительной, слуховой, речевой; 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. Нарушение

сердечной деятельности, вызванное пороками сердца, ухудшает работу головного мозга, что напрямую сказывается на показателях развития детей.

Своеобразным тормозом в развертывании психологической и педагогической помощи детям и их родителям являются устойчиво сохраняющиеся тенденции рассматривать СД как состояние неперспективного психического развития. Заключение такого рода ранее обобщались в понятие «необучаемые», что создавало в обществе комплекс негативных социальных стереотипов и нравственно-этических проблем относительно детей с СД и их родителей. В соответствии с другой точкой зрения: «Развитие детей с болезнью Дауна может варьировать в широких пределах; пределы обучаемости детей с болезнью Дауна достоверно неизвестны» [27, с. 24].

Дети с СД представляют собой неоднородную группу по степени тяжести расстройства и по степени интеллектуальной недостаточности. Они в определенной степени демонстрируют снижение уровня интеллектуального развития, но разброс этих нарушений достаточно велик: от нижней границы нормы до легкой и даже тяжелой умственной отсталости.

Во 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. 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, становясь старше, осваивают новые навыки, но делают они это медленнее по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками.

*Психомоторное развитие ребенка с синдромом Дауна в раннем детстве.* 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. 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. 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, проведенном с помощью лонгитюдной стратегии, Дж. Карр [15] изучается развитие детей с СД (одни и те же дети наблюдались на протяжении

нескольких десятилетий). В младенчестве в отношении кормления младенцы с синдромом Дауна отличались меньшей живостью и жадной пищей, демонстрировали более слабые сосательные рефлексy и были более сонливыми, чем их сверстники из контрольной группы. Матери не кормили их по первому требованию всего лишь потому, что младенцы были слишком неприятными, 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 восьмимесячных, не могли контролировать хватательные движения, необходимые для самостоятельного питания. Хотя четырехлетние дошкольники с СД продолжали отставать от обычных детей 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 СД значительно 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 СД реагировали на окружающую среду, но не демонстрировали ни той интенсивности усилий, ни того интереса к новизне, которые отличали их от нормотипичных сверстников. Поэтому они описываются как легко идущие на контакт, обладающие слабой реакцией, позитивно настроенные и упорные, но в целом как «пассивные».

*Моторное развитие.* Для детей с СД характерна мышечная гипотония, то есть сниженный мышечный тонус в конечностях, 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, прямохождение, с трудом формируется координация движений. Чем сложнее двигательная функция, тем значительно 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.

*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. 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.

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; дети испытывают трудности выражения своих желаний, и они более уступчивы запросам матери. 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. 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. 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 иницирование совместного внимания, которое способствует проявлению их сильных сторон в невербальной коммуникации.

*Речевое развитие.* Важную роль в развитии речи детей с СД играют жесты. Жесты могут играть переходную роль в процессе овладения речью. Дети с СД демонстрируют существенный дефицит в продуцировании жестов, особенно указательных жестов. Такие дети 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».

Дети с СД отличаются от детей с нарушениями умственного развития другой, негенетической этиологии, по уровню развития понимания речи

и активной речи. У детей с СД двухсловные комбинации в активной речи появляются после трех лет, и эти дети могут иметь еще одну задержку в дополнение к уже описанным – это специфическая задержка в переходе от одно- к двухсловным высказываниям.

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. При этом наборы первых произносимых слов не отличаются от наборов первых слов нормально развивающихся детей. Простая фраза появляется в возрасте после трех лет, средняя длина фразы составляет 1,22 слова.

Специфика взаимодействия в диаде «мать-ребенок с СД» состоит в том, что, поведение ребенка является пассивным и подчиняемым, а поведение матери – активным и директивным. Матери 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. Инициатором общения с ребенком СД чаще является мать, и создается впечатление, что матери детей с СД компенсируют своей повышенной активностью низкую активность своих детей. Чрезмерная материнская активность объясняется тревогой матери за развитие 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 ее представлениями о своем ребенке как нуждающемся в большей стимуляции и требующем больших усилий.

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. Во взаимодействии с ребенком с СД, опосредованном предметами, поведение матерей описывается как директивное и более навязчивое (по сравнению 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 развитие. 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.

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, 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.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Дайте определение синдрома Дауна.
2. Охарактеризуйте психофизическое развитие детей раннего возраста с СД.
3. Что обозначает понятие неоднородности нарушений развития детей с СД.
4. В каком возрасте дети с СД более всего похожи с нормотипичными детьми по характеристикам психофизического развития?
5. Как связаны развитие речи и социальное развитие детей с синдромом Дауна в раннем возрасте?
6. Определите особенности взаимодействия в диаде «мать – ребенок с СД раннего возраста». Какими факторами обусловлено взаимодействие?

### **1.5.3 Дети с нарушениями двигательной сферы**

При болезнях нервной системы во многих случаях основным клиническим симптомом является нарушение движений. А наиболее распространенным из них является детский церебральный паралич (ДЦП). Клинически ДЦП проявляется двигательными нарушениями (параличи, парезы, гиперкинезы, нарушение координации), которые сочетаются с нарушениями психического развития, нарушениями слуха, зрения, судорожными припадками. Детский церебральный паралич характеризуется неспособностью произвольно управлять процессом мышечного движения, а не как неспособность двигаться вообще; это не простое отставание в моторном развитии или выпадение отдельных двигательных функций, а 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, и первые две из них соотносятся с ранним возрастом. Это означает, что становление и оформление клинической картины при ДЦП относится именно к раннему возрасту.

Тяжелые формы ДЦП выявляются уже в первые месяцы жизни, более легкие формы ДЦП диагностируются несколько позже, ко второму полугодю жизни. Легкую и среднюю степени тяжести ДЦП часто бывает сложно выявить в первые месяцы жизни ребенка, так как ряд произвольных движений ребенка – это нормальные рефлекторные движения на втором и третьем месяце жизни.

Выделяются несколько клинических форм церебрального паралича, в основе которых лежат следующие признаки: характер мышечного тонуса (повышенный, сниженный, изменчивый); количество и сочетание пораженных конечностей; наличие или отсутствие гиперкинезов.

*Психическое развитие ребенка в условиях двигательной недостаточности.* Дефицитарность двигательной сферы обуславливает 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.

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 перемещения 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. Если предметная деятельность



не появляется в нормативные сроки, то у ребенка задерживается развитие восприятия, страдает наглядно-действенное мышление.

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 соматовегетативные расстройства: расстройства аппетита, стойкие нарушения сна, общее беспокойство, повышенная возбудимость и повышенная чувствительность к обычным стимулам;

- снижение активности, повышенная истощаемость и утомляемость, вялость либо психомоторная расторможенность;

- 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.

На первом году жизни у младенцев с 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 с ДЦП. 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.

В раннем возрасте дети с церебральным параличом всегда отстают в развитии от своих сверстников, что обосновывается доминированием сенсомоторного развития и влиянием двигательного дефекта на психическое развитие ребенка. По результатам нейропсихологического обследования психического развития детей с ДЦП установлено, что недостаточность высших психических функций по типу психического недоразвития и ЗПР отмечена у детей в возрасте от одного года до трех лет в среднем в 53 % случаев. Уровень развития детей отстает от возрастной нормы по всем показателям. Нарушения в развитии высших психических функций с возрастом уменьшаются, и особенно это связывается с направленными медико-педагогическими воздействиями.

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 [44]. 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 психоречевого развития. При этом наблюдаются вариативные специфические нарушения в развитии разных функций, речедвигательные расстройства и нарушения социального развития.

Изучение развития детей 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 развитие речи. Значительный скачок в развитии речи наблюдается к концу третьего года жизни, однако только при условии проведения логопедической работы. Неравномерная динамика отмечается также и в области социального развития и навыков самообслуживания: достаточно выраженный рост наблюдается по показателям контактности, эмоциональной сферы, использованию средств общения, менее значительный 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.

*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-моторных координаций. 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.

*Познавательное развитие.* Уже на первом году жизни у ребенка с ДЦП наблюдается отставание в развитии 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 влияют на согласованность движений 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.

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 трем годам, появляются и зрительно-моторные координации, что затрудняет развитие действий с предметами, предметной деятельности и навыков самообслуживания.

В раннем возрасте развивается наглядно-действенное мышление, 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.

*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 действием.

При ДЦП у детей наблюдается недостаточный уровень сформированности лексико-грамматической стороны речи. Первые слова у детей в среднем появляются только к 2–3 годам, фразовая речь – к 3–3,5 годам. Сроки Речевое развитие у детей, как правило, задерживается: у большинства детей первые слова появляются лишь к 2–3 годам, простая фраза – к 3–5 годам.

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 тяжелой дизартрией имеют значимую задержку в развитии понимания речи; 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. 85 % двухлетних детей 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.

*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.

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.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Каковы клинические проявления детского церебрального паралича?
2. Как объяснить, что складывание клинической картины ДЦП приходится на ранний возраст?
3. Раскройте механизмы нарушений психического развития при наличии у детей нарушений двигательной сферы.
4. Назовите специфические условия, которые определяют отношения ребенка с нарушениями двигательной сферы с окружающим миром.
5. Объясните, почему дети с ДЦП с раннего возраста отстают в развитии от своих сверстников.
6. Как связано развитие речи с развитием общей моторики у детей раннего возраста с нарушениями двигательной сферы?

### **5.4 Дети с нарушением слуха**

Для благополучного развития ребенка необходима очень высокая степень сохранности у него слуха, а между тем слуховая система человека является очень хрупкой и уязвимой. 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. В 70 % случаев потеря слуха возникает у детей в возрасте двух-трех лет.

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, один из которых называется пусковым, а другие – фоновыми. 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. 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 протекает в условиях недостаточности слуховой системы и относится к дефицитарному психическому развитию. 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, тактильная 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.

В основу педагогической классификации нарушений слуха положены такие критерии, как степень потери слуха, время возникновения нарушений слуха, уровень развития речи у детей. В педагогической классификации выделяются три основные группы детей с нарушением слуха: глухие (ранооглохшие), слабослышащие (тугоухие) и позднооглохшие.

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 и могут приводить к нарушениям сна. Однако начиная со второго-третьего года жизни ребенок с нарушениями слуха начинает заметно отличаться от ребенка без потери слуха. 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 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 нарушением 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.

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 жестов 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 ребенка со взрослым – неслышащий ребенок сохраняет нужное для воздействия выражение лица в течение всего периода общения.

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. Неслышащий ребенок, воспитывающийся в среде слышащих, обычно пользуется жестами для целей общения, произносит несколько лепетных слов, расширяя их значение на несколько предметов. К трем годам ребенок может овладеть отдельными словами для общения и обозначения предметов, хотя звукопроизношение слов будет неточным и искаженным, но только при условии проведения комплексной логопедической работы, использовании слуховых аппаратов.

Дети с нарушением слуха активно пользуются жестами в общении с окружающими. Как установила Е. И. Исенина, в использовании жестов неслышащими и слышащими детьми в возрасте двух-трех лет 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 протязыком, в котором вокализации заменяются кинезио-знаками-жестами, число и частота использования которых 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 лица. Это свидетельствует об усилении роли эмоциональной экспрессии как средства общения неслышащего ребенка.

Причины трудностей в поведении детей раннего возраста с нарушениями слуха, ограничения их контактов с близкими взрослыми во многом связаны с нарушениями понимания речи. В отличие от слышащих детей, которые обычно могут слушать речь взрослых и одновременно наблюдать за объектами и событиями, к которым она относится, неслышащие дети должны смещать визуальное внимание туда и обратно между предметной средой и их партнерами по общению, чтобы получить и связать одновременно источники информации. Они должны последовательно выполнять то, что слышащий ребенок получает одновременно визуально-слуховым путем.

В развитии предметно-манипулятивной деятельности у неслышащих детей также наблюдается отставание, некоторые виды предметных действий появляются у детей 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. 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.

Неслышащие дети приобретают умение решать наглядно-действенные задачи в более старшем возрасте, чем слышащие. 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 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 и ее понимания.

Более благоприятные условия для формирования привязанности складываются у неслышащих детей, воспитывающихся неслышащими родителями (НН), по сравнению с неслышащими детьми, воспитывающимися



слышащими родителями (НС), 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 диадах «неслышащая мать – неслышащий ребенок» (НН) не наблюдается различий в паттернах привязанности по сравнению с диадами «слышащий ребенок – слышащая мать» (СС), 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. 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 диадами «слышащий ребенок – слышащая мать».

*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 потенциально влияют не только на понимание речи, развитие коммуникации, потенциально они могут оказать влияние на социально-эмоциональное развитие, взаимодействие со сверстниками, а также отношения привязанности. 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 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. Он долгое время производит впечатление нормально и благополучно развивающегося. Зачастую родители убеждены, что у 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.

Субъективные причины трудностей распознавания нарушений слуха связаны с тем, что родителям бывает трудно поверить и признать, что у 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 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 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 кохлеарной имплантации 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.

Кохлеарная имплантация не является необходимостью как в угрожающей для жизни ситуации, но она изменяет качество жизни, если сделана неговорящему неслышащему ребенку в первые 2–3 года жизни. Несмотря на относительно небольшой период использования КИ, появились научные исследования, оценивающие особенности развития и поведения детей с нарушениями слуха, подвергшихся операции кохлеарной имплантации.

По сравнению с неслышащими детьми, использующими слуховые аппараты, большинство детей с кохлеарными имплантатами показывают

значительно лучшие результаты развития понимания речи и активной речи. Дети с кохлеарными имплантатами демонстрируют уровень владения речью на уровне, сходном со слышащими детьми.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Какова роль слуха в психическом развитии человека и в его функционировании?
2. Каковы причины и распространенность нарушений слуха?
3. Какова специфика психического развития детей при недостаточности слуховой системы?
4. Классификация нарушений слуха: критерии и группы детей.
5. Каковы особенности развития ребенка с нарушением слуха с самого рождения?
6. Сравнительная характеристика психофизического развития детей с нарушениями слуха и без нарушений слуха.
7. Развитие речи и использование жестов неслышащими детьми.
8. Какова связь нарушений поведения детей с недостаточностью слуховой системы?
9. Каковы особенности развития неслышащих детей в семьях со слышащими и неслышащими родителями?
10. Определите содержание ранней помощи детям с нарушениями слуха.
11. Каково значение кохлеарной имплантации при оказании ранней помощи детям с нарушениями слуха.

### **2.5.5 Дети с нарушениями 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». 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.

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.

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. Распространенность тяжелых нарушений зрения у детей в последние 15 лет увеличивается; у детей, рожденных в течение последних десятилетий, изолированная слепота встречается редко, а частота множественных нарушений высока. Нарушения зрения тесно связаны с другими нарушениями развития, преимущественно с интеллектуальной недостаточностью и расстройствами аутистического спектра.

Одной из причин тяжелых нарушений зрения у детей является ретинопатия недоношенных, то есть поражение сетчатки глаза у детей, родившихся раньше срока, что приводит к снижению функций зрения, вплоть до слепоты. Эта патология возникает вследствие воздействия повышенной концентрации кислорода на сетчатку глаза. Высокая концентрация кислорода создается в кюветзах, в которые помещаются преждевременно родившиеся дети для их дозревания в условиях, близких к тем, которые были в утробе матери. Распространенность ретинопатии недоношенных увеличилась в развитых странах в последние десятилетия, что связано с достижениями в области ухода за новорожденными, влекущими за собой их повышенную выживаемость.

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. Оказалось, что незрячие 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 связано с недостаточностью социально-личностного общения детей с матерями.

Неблагополучие в развитии незрячих 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.

*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.

Первый стиль поведенческих реакций (63 % случаев) 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 контактов с незнакомыми людьми. Однако повышенная тревога и боязливость не влекут за собой снижения уровня коммуникативного поведения с близкими взрослыми.

Второй стиль (29 % случаев) характеризуется интенсивной реакцией детей 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 выполнять компенсаторную функцию, направленную на частичное снижение высокого напряжения. С возрастом уровень высокого напряжения у детей не снижается, но на смену разрядке приходит агрессивное поведение, которое может рассматриваться как еще один способ разрядки. Этот стиль поведения, обусловленный высоким внутренним напряжением, предполагает наличие проблем в общении; 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 существенное отставание от возрастных норм в области крупной и тонкой моторики. Незрячие младенцы не просто проявляли 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), 9- и 12-месячные дети не смогли достичь уровня

развития зрячих младенцев. Задержка развития контроля осанки у незрячих младенцев обусловлена более низким уровнем двигательной стимуляции из-за отсутствия зрения. Причиной замедленного приобретения навыков тонкой моторики и локомоторных навыков являются когнитивные предпосылки, позволяющие незрячим новорожденным заменять зрительно-моторную координацию на аудио-проприоцептивную координацию при контроле движения.

По данным Л. И. Солнцевой [52], 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. Запоздывание 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 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 большую зависимость незрячего ребенка от взрослого.

Роль зрительного опыта в наибольшей степени проявляется в развитии сенсомоторной интеграции и инициированных 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, прыгать на двух ногах, держась за опору.

Ребенку с глубокими поражениями зрительной системы не достает внешней стимуляции, необходимой для активации мозговой деятельности, поэтому возникают, 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.

Все незрячие дети демонстрируют по крайней мере один вид стереотипного поведения, среди которых преобладают закатывание глаз и покачивание туловищем. Определены четыре типичные ситуации, в которых наблюдалось стереотипное поведение: монотонность, возбуждение, требования, а также во время кормления или приема 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 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 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 за движениями рук». В период от 17 до 24 месяцев дети могут взять чашку, поставленную на стол с громким стуком. В возрасте 12–24 месяца у незрячих детей наблюдаются трудности в выполнении таких действий, как «исследование отверстий в доске», «снять крышку с коробочки», положить кубик в чашку», «закрыть коробочку». Эти действия могут 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, 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.

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 трех 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 [31]).

Специфика развития предметных действий незрячих и слабовидящих детей раннего возраста заключается в значительно более медленном темпе их формирования, несоответствием между пониманием функционального действия и его практическим выполнением. Дети длительно удерживают 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 выпуска. 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, в первую очередь, это предметы, которые находятся в обиходе детей.

*Познавательное развитие.* По данным И. В. Блинниковой [5–6], по общему индексу когнитивного развития дети с нарушениями зрения в возрасте 22–24 месяца существенно (в 1,5 раза) отличаются от своих сверстников без нарушений зрения. Для познавательного развития ребенка наибольшее имеют значение зрительно-моторные координации, поэтому у детей с нарушениями зрения могут возникать трудности в формировании представлений о сохранении объекта, в развитии сенсомоторного интеллекта.

Анализ звуковых стимулов вызывает значительные трудности у детей с серьезными поражениями зрения, что объясняется нарушениями в 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 следующим образом: 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 кровати, ждут мать с определенной стороны кровати, 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.

*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 по мере овладения речью, у незрячих детей она продолжает сохраняться, но жесты существуют в отрыве от слов. В возрасте 18–24 месяцев дети с нарушениями зрения используют жесты согласия, несогласия, приветствия и прощания во взаимодействии со взрослыми.

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 у детей с нарушениями зрения происходит в возрасте после двух лет. Звуковые и речевые имитации выполняют коммуникационную ценность.

Понимание речи у детей с нарушениями зрения несколько отстает от понимания речи их сверстниками с сохранным зрением, но это связано с большими возможностями последних обследовать окружающее. Уже на первом году жизни незрячие дети не могут соотносить характер обращенной к ним речи взрослого с его мимикой. В знакомых ситуациях дети с нарушениями зрения на втором году жизни демонстрируют понимание слов, обозначающих расположение комнат в квартире, названий предметов обихода, игрушек, то есть в знакомой обстановке понимание речи не отличалось от нормы. Однако по отношению к новому окружению понимание речи у незрячих детей было ограниченным из-за отсутствия навыков планомерного тактильного изучения среды.

Экспрессивная речь детей с выраженным слабозрением имеет тенденцию развиваться позже, чем у зрячих детей, и детей, имеющих хотя бы небольшое сохранное зрение, что можно было распознать по их ранним словам. 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 было иным.

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 двигательной-мышечной системой обеспечивает основу для компенсации зрительной недостаточности в этом возрасте.

Результаты исследования детей с врожденной слепотой 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 незрячих 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.

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, свою очередь, лишены возможности наблюдать за действиями взрослых, у них снижены возможности имитации, подражания действиям взрослых.

Матери детей раннего возраста 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.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Какова роль зрения во взаимодействии человека с окружающим миром?
2. Какое значение имеет зрительная депривация в развитии активности ребенка с первых дней жизни?
3. Какова этиология нарушений зрения у детей? Какие виды нарушений зрения встречаются?
4. Как развиваются незрячие дети раннего возраста по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками?
5. Какова роль нарушений зрения у детей в развитии их двигательных функций?
6. Какие функции выполняет стереотипное поведение у детей с нарушениями зрения?
7. Каковы особенности развития предметной деятельности и познавательного развития у детей раннего возраста с нарушениями зрения?

8. Охарактеризуйте специфику речевого развития у детей раннего возраста с нарушениями зрения.

9. Как сказывается зрительная депривация в раннем возрасте на формировании детско-родительских отношений?

### 1.5.6 Дети с расстройствами аутистического спектра

Расстройство аутистического спектра (РАС), или расстройство в спектре аутизма, является распространенным расстройством нейроразвития: согласно разным данным, оно встречается с частотой 1 : 55 – 1 : 68.

*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.*

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 РАС 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 РАС.

Признаки поведения ребенка, значимые как предикторы РАС, с возрастом изменяются. Но в каждом возрастном периоде есть поведенческий индикатор, который предсказывает расстройство аутистического спектра в возрасте после 24 месяцев. Так, в 8 месяцев самым надежным предиктором РАС является отсутствие зрительного контакта и отсутствие реакции на имя; в 12 месяцев – нетипичное использование жестов и отсутствие указательного жеста; в 18 месяцев – нетипичная игровая деятельность; в 24 месяца – отсутствие имитации взрослого и социального общения в игре.

В одной из самых ранних работ, в которых рассматривался РАС в возрасте до трех лет, С. Гилберт сделал вывод, что этот диагноз 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 двух лет, так как различные симптомы в разных областях развития в этом возрасте становятся очевидными. На протяжении первых двух лет жизни некоторые признаки социального и коммуникативного поведения, а также ограниченного и стереотипного поведения позволяют надежно дифференцировать детей раннего возраста с РАС от нормотипичных детей и от детей с другими нарушениями развития. Таким образом, диагноз РАС, выставленный в раннем возрасте, является надежным и стабильным.

Возраст детей при первом обращении родителей детей с РАС к специалистам имеет существенное значение для ранней диагностики и раннего вмешательства. Исследование, 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  $13,97 \pm 7,86$  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 – в более раннем возрасте ребенка. При ранней диагностике РАС, в возрасте двух лет, родители и специалисты обращают внимание на бедный контакт глаз, недостаточность использования указательного жеста, отклика на свое имя и лепетную детскую речь.

*Психологические особенности детей раннего возраста с РАС.* Психологические особенности детей раннего возраста, которым в дальнейшем выставлен диагноз детского аутизма, описаны в работах ученых российской научной школы К. С. Лебединской. 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. Эмоциональные нарушения при РАС вторичны, а базой для его формирования является особый режим функционирования активности головного мозга.

В. В. Лебединский определяет типичное сочетание двух 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.

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 трудностях сосредоточения внимания, в грубых нарушениях произвольности, целенаправленности поведения и деятельности. Ребенок выглядит вялым, малоактивным, у него отсутствует естественное любопытство, он не исследует 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 умственной активности, 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 смысленными, сообразительными, они без специального обучения усваивают знания, умения и навыки, то есть оказывается, что произвольные формы психической деятельности у них более продуктивны, чем произвольные.

*К ранним признакам риска развития расстройства аутистического спектра, которые наблюдаются к возрасту одного года, относится недостаток устойчивого внимания и целенаправленных действий, что проявляется в задержке формирования навыков:*

- 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; у него задерживается формирование речи и бытовых навыков;

- в свободной активности ребенка преобладают аутостимуляции: его привлекают ритмичные стимулы;

- периодически у ребенка возникает сильное возбуждение, повышается чувствительность в зрительной, слуховой и тактильной сферах, повышается тонус тела; в поведении появляются агрессивные действия, импульсивность;

- нарушается взаимодействие ребенка со взрослыми: ребенок не ориентируется на лицо матери, отношения с ней часто строятся по типу функционального симбиоза (использование матери как неодушевленного предмета); ребенок не реагирует на эмоциональные сигналы окружающих; не разделяет собственные эмоции с другими людьми; речь не несет коммуникативной нагрузки.

*Раннее развитие ребенка с РАС* характеризуется расстройствами в вегетативно-инстинктивной сфере (нарушение ритмов сна и бодрствования, кормления и питания); нарушениями привязанности, нарушениями в социально-коммуникативной сфере, трудностями совместного внимания и подражания, гиперчувствительностью к обычным сенсорным стимулам и особой привязанности к аффективно заряженным предметам, отставаниями в развитии моторной сферы и овладении предметными действиями, трудностями овладения речью и особенно ее коммуникативной функцией.

*Моторное развитие.* Все дети с РАС имеют нарушения развития крупной моторики, мелкой моторики или одновременно в обеих областях. Уже на втором году жизни у детей с риском расстройств аутистического спектра недоразвитие моторных умений играет важную роль в возникновении нарушений предметной деятельности. 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 трех лет.

*Сенсорное развитие.* Поведение, характерное для ребенка с аутизмом, очень часто является следствием его сенсорного опыта. Понимание сенсорного мира ребенка с аутизмом позволяет понять и особенности его поведения. Каждый ребенок с РАС отличается индивидуальным сенсорным профилем, характеризующим функционирование зрительной, слуховой, тактильной, вестибулярной, вкусовой, обонятельной чувствительности (то есть в разных модальностях). В индивидуальный профиль включаются гиперсензитивные (повышенная чувствительность) и гипосензитивные (пониженная чувствительность) функции в разных модальностях. В одних модальностях могут быть гиперсензитивными, а в других модальностях – гипосензитивными<sup>1</sup>.

Следствием гиперестезии к различным сенсорным стимулам являются различные, специфические для РАС, формы поведения ребенка, которые призваны защитить ребенка, изолировать его от тяжелых для него контактов с окружающим миром. К ним относится собственно *аутизм* – отгороженность ребенка от окружающего мира, особенно от людей, уход в собственный мир, снижение контактов с окружающими, отсутствие инициативы в контактах со средой, отсутствие любознательности и активности в освоении окружающего мира.

Еще одним следствием сенсорной и эмоциональной гиперестезии являются многочисленные *страхи*, типичные для детей с аутизмом. Дети

---

<sup>1</sup> О сенсорных нарушениях подробно написано в п. 2.2.5

боятся остаться одни, потерять мать, боятся чужих, новой обстановки, высоты, лестницы, огня, животных, людей в белых халатах, инъекций. Среди нетипичных страхов отмечается страх различных бытовых шумов (пылесоса, электробритвы, шума лифта, шума воды в водопроводных трубах). Страхи детей с аутизмом индивидуальны, они могут значительно различаться у разных детей, это связано с тем, какой именно предмет или свойства этого предмета вызывают гиперестезию.

Ребенок с аутизмом избегает сенсорных стимулов, не воспринимает их в полном объеме, поэтому у него возникает состояние *сенсорной депривации*, при которой ощущается недостаток, дефицит сенсорных стимулов. Депривация преодолевается с помощью *аутоstimуляции* (самораздражения) – это настойчивое стереотипное извлечение сенсорных ощущений с помощью окружающих предметов из своего тела. Аутоstimуляции наблюдаются в разных модальностях: в зрительной – ребенок перебирает пальцами перед своими глазами, подолгу бессмысленно механически перелистывает страницы книги, глядя на мелькание страниц, двигает головой, глядя на яркое цветное пятно; в слуховой – ребенок подолгу звенит предметами; в кожно-кинестетической – совершает разнообразные ритмичные движения, чтобы испытать определенные ощущения.

*Предметная деятельность.* Прогнозировать наличие у детей раннего возраста расстройства аутистического спектра можно, анализируя их действия с предметами в возрасте 9–12 месяцев, так как их игра отличается от игры нормотипичных детей, и эти отличия сохраняются и в возрасте 15–18 месяцев. К возрасту двух лет заметны отличия игры у детей с РАС: их игра менее целенаправленная, менее символическая и в целом менее развитая; ограничен контакт глаз, социальная вовлеченность и отзывчивость; особенно очевидны трудности установления социального и совместного внимания.

*Социальное развитие.* Дети раннего возраста с РАС 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 нетрадиционными жестами, такими как манипулирование рукой партнера для получения желаемых предметов.

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. Группа детей, которым к трем годам был выставлен диагноз РАС, показала задержку развития имитации по сравнению с группой детей с низким риском возникновения 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 РАС в будущем.

*Специфика поведения детей.* Поведение детей в возрасте 17–37 месяцев с разными видами нарушений и с 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 – преобладает позиция о недостаточности речевого развития как причине проблемного поведения детей. В других работах 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.

Специфичным для детей с РАС являются стереотипные формы поведения, или стереотипии – ограниченные и повторяющиеся паттерны поведения, которые наблюдаются и в раннем возрасте. *Стереотипии* – устойчивые формы однообразных действий, которые выполняют функцию стимуляции сенсорной и аффективной недостаточности. Однообразные действия повторяются много раз, что задает определенный ритм через повторяемость. Ритмическая организация упорядочивает для ребенка неопределенный, а потому очень тревожный, пугающий мир. Упорядочивание, организация внешнего мира – еще одна функция стереотипий. Ребенок получает ощущение, что он берет внешний мир под свой контроль и тем самым ограждает себя от дискомфортных, неприятных впечатлений. Он опирается на стереотипы, потому что может приспособиться только к устойчивым формам жизни. Стереотипии ребенка с аутизмом отличаются длительностью, упорством, большой эмоциональной заряженностью. Они проявляются в сенсорной сфере, в двигательной сфере, в речи, в сфере интеллектуальных интересов. Ребенок повторяет однообразные движения: серии однообразных прыжков, бег по определенному «маршруту» в комнате, однообразно потряхивает кистями и сжимает их, открывает и закрывает двери по многу раз, включает и выключает свет, выкладывает ритмические узоры из деталей мозаики, повторяет одни и те же строчки из песен, выкрикивает одну и ту же фразу, «зацикливается» на одном интересе.

Следствием преобладания стереотипных, устойчивых форм поведения ребенка является так называемый *«феномен тождества»*, типичный для детей с РАС. Дети не переносят изменений в окружающей их предметной среде, они требуют сохранения сложившегося порядка, в котором расположены предметы в комнате, на столе и т. п. Ребенок не переносит,



а поэтому не принимает перестановок мебели, ремонта, переезда в другое жилище, он сопротивляется новой одежде, введению новых видов пищи и т. п. Он нуждается в постоянном, однообразном режиме дня, в постоянном следовании привычных занятий, он аффективно привязан к привычным предметам, вещам, требует, чтобы эти предметы были всегда в наличии.

В случае изменения привычной обстановки и режима дня у детей наблюдается два разных вида реагирования. Это либо повышение тревожности, еще больший уход в себя, либо негативизм, активное стремление вернуть прежнюю обстановку. У ребенка может расстроиться сон и аппетит, он становится более раздражительным, агрессивным, у него усиливаются стереотипии. Феномен тождества, как и выраженные стереотипии, выполняет функцию защиты ребенка от дискомфортных впечатлений, вызванных неупорядоченностью внешнего мира, которая порождает у него многочисленные страхи. Выполняя стереотипное, привычное действие, ребенок успокаивается, чувствуя себя в безопасности. В то же время эти формы поведения демонстрируют ограниченность способности ребенка активно и гибко взаимодействовать с окружающим миром, так как ребенок с аутизмом может приспосабливаться только к устойчивым, однотипным формам жизни.

*Познавательное развитие.* Задержки в области познавательного развития обычно становятся более очевидными в тех задачах, решение которых требует от ребенка речевых навыков или символического мышления; при решении невербальных заданий, например на зрительное соотнесение, показатели детей с аутизмом приближаются к ожидаемому возрастному уровню. Отставание в области познавательного развития может быть связано с трудностями социальных отношений. Так, у детей особенно страдает социальное избирательное 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. 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.

### **Выявление расстройств аутистического спектра у детей**

1. Исследования типичного поведения ребенка раннего возраста с РАС позволили разработать скрининговый диагностический инструмент **М-СНАТ**, который позволяет с высокой степенью надежности выявить признаки РАС и оценить риск аутизма для ребенка [17].

### **Модифицированный скрининговый тест М-СНАТ на наличие аутизма у детей раннего возраста (от 16 до 30 месяцев)**

Пожалуйста, заполните анкету об обычном поведении Вашего ребенка. Попробуйте ответить на каждый вопрос, обозначив любым способом

выбранный вариант ответа. Если какое-то поведение встречается редко (Вы наблюдали его только один-два раза), то правильно ответить отрицательно, и это означает, что такое поведение у ребенка не наблюдается.

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. Нравится ли Вашему ребенку, когда его подбрасывают, качают на коленях и другие подобные игры?  | ДА | НЕТ |
| 2. Проявляет ли Ваш ребенок интерес к другим детям?   | ДА | НЕТ |
| 3. Нравится ли Вашему ребенку взбираться по предметам, таким как лестница?  | ДА | НЕТ |
| 4. Нравится ли Вашему ребенку игра в прятки/«ку-ку»?  | ДА | НЕТ |
| 5. Играет ли Ваш ребенок в игры «понарошку», например говорит по телефону или заботится о кукле, или что-то другое?   | ДА | НЕТ |
| 6. Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-либо, чтобы попросить об этом?   | ДА | НЕТ |
| 7. Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-либо, чтобы обозначить свой интерес?   | ДА | НЕТ |
| 8. Может ли Ваш ребенок сам играть по назначению с маленькими игрушками (например, машинками или кубиками) без того, чтобы засовывать их в рот, вертеть в руках, бросать? | ДА | НЕТ |
| 9. Приносит ли Ваш ребенок предметы Вам (родителям), чтобы показать?  | ДА | НЕТ |
| 10. Смотрит ли Ваш ребенок Вам в глаза в течение более чем 1–2 секунд?  | ДА | НЕТ |
| 11. Проявлял ли Ваш ребенок когда-либо сверхчувствительность к шуму (например, закрывая уши)?   | ДА | НЕТ |
| 12. Ваш ребенок улыбается, если видит Ваше лицо, Вашу улыбку?   | ДА | НЕТ |
| 13. Ваш ребенок подражает Вам (например, если Вы скорчили рожицу)?  | ДА | НЕТ |
| 14. Ваш ребенок откликается, когда Вы его по имени?   | ДА | НЕТ |
| 15. Если Вы через всю комнату показываете на игрушку, Ваш ребёнок смотрит на нее?   | ДА | НЕТ |
| 16. Ваш ребенок ходит?  | ДА | НЕТ |
| 17. Ваш ребенок смотрит на то, на что смотрите Вы?  | ДА | НЕТ |
| 18. Совершает ли Ваш ребенок необычные движения руками перед лицом?   | ДА | НЕТ |
| 19. Пытается ли Ваш ребенок привлечь Ваше внимание к тому, чем он занимается?   | ДА | НЕТ |

20. Казалось ли Вам когда-либо, что Ваш ребенок не слышит (глухой)? ДА НЕТ
21. Понимает ли Ваш ребенок речь других людей? ДА НЕТ
22. Бывает ли так, что Ваш ребенок пристально смотрит в пустоту или бесцельно ходит, бегает? ДА НЕТ
23. Если происходит что-то незнакомое, смотрит ли ребенок Вам в лицо в поисках Вашей реакции? ДА НЕТ

**Результат теста:** пройден/не пройден

### **Инструкция по интерпретации результатов М-СНАТ**

Ребенок не проходит тест при двух или более несовпадающих ответах на критические вопросы или трех несовпадающих ответах на любые вопросы. Ответы «Да/Нет» преобразуются в «**прошел/не прошел**». Ниже перечислены ответы, соответствующие коду «не прошёл» по каждому вопросу М-СНАТ. Жирный заглавный шрифт относится к критическим вопросам.

Не все дети, которые не прошли тест М-СНАТ, удовлетворяют критериям диагностики расстройств аутистического спектра. Однако детям, которые не прошли тест, требуется углубленное обследование врачом или направление на проверку к специалистам по раннему развитию.

### **Ключ**

1. Нет	6. Нет	11. Да	16. Нет	21. Нет
<b>2. НЕТ</b>	<b>7. НЕТ</b>	12. Нет	17. Нет	22. Да
3. Нет	8. Нет	<b>13. НЕТ</b>	18. Да	23. Нет
4. Нет	<b>9. НЕТ</b>	<b>14. НЕТ</b>	19. Нет	
5. Нет	10. Нет	<b>15. НЕТ</b>	20. Да	

2. Для диагностики симптомов аутизма в первые три года жизни может использоваться также *методика С. Гилберта* [66]. 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 – использование и понимание жестов. Для двухлетних детей предикторы аутизма включают показатели, относящиеся к совместному вниманию, социальной вовлеченности и коммуникации. В этом возрасте у некоторых детей могут и не наблюдаться стереотипные формы поведения, так как они появляются позже, к трем годам.

*Расстройства аутистического спектра у ребенка налицо, когда имеются 15 из следующих 22 симптомов.*

\* – Ключевые признаки

1.	Не играет так, как другие дети *
2.	Кажется, что он изолирован в своем окружении *
3.	Возникает (возникало) подозрение в глухоте *
4.	Перевозбуждается, если его пощекотать
5.	Затруднения при подражании движениям
6.	Пустой взгляд *
7.	Не стремится привлечь внимание взрослого к своей деятельности *
8.	Играет только с твердыми предметами. *
9.	Занимает себя, только когда остается один *
10.	Не смеется, когда этого ожидают
11.	Запаздывание в речевом развитии
12.	Не показывает на предметы
13.	Взгляд кажется особенным *
14.	Запоздалое развитие
15.	Не понимает, что другие говорят ему
16.	Есть проблемы в установлении зрительного контакта *
17.	Интересуется только определенными частями предметов
18.	Не может сообщать о своих желаниях
19.	Ему все равно, есть рядом люди или нет *
20.	Что-то не так уже на первом году жизни
21.	Чрезвычайно заинтересован движущимися предметами
22.	Не слушает, когда ему говорят

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Дайте определение расстройства аутистического спектра.
2. Как изменяются типичные признаки РАС у ребенка младенческого и раннего возраста?
3. С какими проблемами обращаются к специалистам родители, имеющие детей разного возраста?
4. Какие патогенные факторы проявляются с самого рождения ребенка, получившего в будущем диагноз РАС?
5. Назовите ранние признаки риска развития РАС у детей в возрасте одного года.
6. Охарактеризуйте гиперсензитивные и гипосензитивные функции в сенсорном профиле детей с РАС.

7. Определите понятие стереотипного поведения и приведите примеры стереотипного поведения детей с РАС.
8. Охарактеризуйте аутостимуляции и феномен тождества.
9. Как объясняется проблемное поведение детей раннего возраста с РАС?
10. Как можно определить наличие у ребенка раннего возраста признаков расстройства аутистического спектра?

### 1.5.7 Дети с нарушениями речи

Нарушения формирования речи у детей раннего возраста являются одной из актуальных проблем в практике педиатрии, детской неврологии и логопедии. По количеству обращений родителей к специалистам нарушения речи предлагается даже называть эпидемией XXI века. Ранний возраст является сензитивным периодом для развития речи, что объясняет высокую уязвимость речевой сферы и легкость возникновения нарушений в формировании речи в данный период.

*«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.

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 поражения 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.

Первичные нарушения речи возникают уже в раннем возрасте, что объясняется 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 называемая эмоциональная и вербальная депривация, при которой с самого рождения ребенка имеет место недостаточное удовлетворение его эмоциональных потребностей.

При оценке развития детской речи исследователи ориентируются на общепринятые нормативы речевого развития: появление первых слов – к одному году, постепенное накопление словаря – к 18 месяцам, «лексический взрыв» – в конце второго года жизни, первая фраза – к двум годам, постепенное развертывание фразовой речи – после двух 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.

Речевая патология детей раннего возраста проявляется в основном в виде отсутствия или задержки формирования вербальных средств общения. 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 коррекционной педагогике (логопедии) речевые расстройства в раннем возрасте обозначаются как «задержка речевого развития». К нарушениям речевого развития может привести любое неблагоприятное воздействие на ребенка в сензитивный период его развития, а часть детей из этой группы обозначаются как «группа риска по общему недоразвитию речи». Основными диагностическими показателями речевых расстройств являются выраженная недостаточность экспрессивного словаря ребенка и позднее появление фразы.

Задержки речевого развития в раннем возрасте имеют следующие специфические характеристики:

- отсутствие активной речи,
- преимущественное использование невербальных средств общения; постоянное стремление только к эмоциональному общению с матерью;
- использование в речи только названий предметов;
- погруженность в предметный мир;
- длительное использование ребенком слов автономной речи;
- отказ от общения со взрослым,
- отсутствие реакции ребенка на обращенную к нему речь;
- сниженный эмоциональный фон настроения, плаксивость,
- нарушение сна и питания (в случае стремительности речевого развития).

Дети раннего возраста, состояние речи которых квалифицируется как задержка речевого развития, представляют собой неоднородную группу. 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.

В зарубежных исследованиях дети с задержкой речевого развития получили специальное название. Этим детей образно называют «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. Хотя эти дети имеют ограниченный экспрессивный и/или понимаемый (пассивный) лексический запас, у них отсутствуют когнитивные, неврологические, социально-эмоциональные или сенсорные дефициты.

Основным критерием определения LT является задержка экспрессивной речи: ребенок считается поздноговорящим, если на основании родительских отчетов среднее количество слов, включенных в его экспрессивный словарь, эквивалентно показателям менее 10 % детской популяции.

Дети со специфической задержкой экспрессивной речи, чей экспрессивный словарь составляет менее 50 слов в возрасте от 24 до 30 месяцев, подвергаются значительным рискам сохранения речевых проблем. Две трети трехлетних детей с нарушениями речевого развития могут быть идентифицированы уже в возрасте 24 месяцев, и только 30–50 % поздноговорящих детей спонтанно преодолевают отставание в речевом развитии к трем годам.

Повторная оценка развития речи, которая проводилась при достижении детьми трех лет, показала, 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.

Хотя очевидная причина отставания в речевом развитии у LT-детей не обнаруживается, исследователи пытаются определить факторы, способствующие пониманию этиологии данного нарушения. Установлено, в частности, 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.

В 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 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.

*Психологические ошибки взаимодействия взрослого и ребенка, которые могут привести к задержке речевого развития:*

- недостаток совместно-разделенной с ребенком деятельности с использованием речи;
- поддержка матерью ориентации ребенка только на предметный мир, стремление окружить ребенка все большим количеством игрушек;
- отсутствие со стороны родителя попыток побудить ребенка услышать, запомнить и использовать речь в общении;
- преимущественно эмоциональное общение с ребенком и отсутствие предметного взаимодействия (задержка на стадии эмоционального общения);
- использование родителем преимущественно невербальных средств общения;
- общение с ребенком с использованием его «детских» слов;
- перестимуляция ребенка;
- пассивно-подчиняющееся поведение матери по отношению к ребенку, позволяющее ему занять позицию «сверху».

*Типы задержки речевого развития, связанные с нарушениями детско-материнского взаимодействия:*

- 1й тип: ребенок погружен в предметную деятельность, не обращает внимания или не замечает звучащей речи, а мать общается с ребенком, не включая общение в его деятельность (говорит как бы в пространство, думая, что обращается к ребенку).

- 2й тип: мать склонна использовать невербальные средства общения, так как она понимает ребенка без слов, в результате ребенок выражает свои потребности и желания жестами, мать следует за ним; а у ребенка не возникает потребности в речевом общении.

- 3й тип: мать: критикует ребенка за неправильную речь, пытается «заткнуть ему рот», ребенок стремится помолчать, отказывается от речевого общения;



- 4й тип: мать внушает ребенку идею о том, что вокруг него «враждебный мир и агрессивная среда», у ребенка возникает повышенная тревожность и страх новых людей, он отказывается от речевого общения (в результате повышается риск элективного мутизма).

- 5й тип: ребенок склонен действовать «по своей программе», он активно сопротивляется требованиям матери, в том числе и требованию использовать речь. Мать пытается побудить ребенка к нужным действиям путем вербальной перестимуляции, что приводит к нарастанию сопротивления ребенка.

- 6й тип: в ответ на упорные требования матери «скажи» и «повтори» ребенок отказывается от речевого общения, стремясь сделать наоборот (это выражение конфликта автономии и контроля).

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Как определяется период раннего возраста в аспекте развития речи детей?
2. Что такое нарушения речи, какие синонимы используются для определения этого понятия?
3. Определите понятие задержки речевого развития.
4. Дайте характеристику поздноговорящим детям, каковы критерии их определения.
5. Каков прогноз развития речи у поздноговорящих детей?
6. Каковы психологические ошибки матери во взаимодействии с ребенком, которые могут выступать как факторы задержки речевого развития у детей?

## 1.6 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ

### 1.6.1 Нарушения сна у детей младенческого и раннего возраста

Нарушения сна у детей первых трех лет жизни – самые частые расстройства в детском возрасте, которые могут сохраняться длительное время. Расстройства (нарушения) сна являются общей проблемой на протяжении детства. Нарушения сна ребенка существенно ухудшают качество жизни и функционирование не только ребенка, но и семьи в целом. Именно поэтому важно своевременно распознавать нарушения сна и проводить их адекватную терапию и коррекцию. 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 выяснение возрастных задач развития в процессах сна и роли детско-родительского взаимодействия.

В литературе представлены разные данные относительно распространенности нарушений сна у детей. 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.

Если в качестве критериев использовать минимальное число пробуждений три раза за ночь, минимум пять дней в неделю в течение трех месяцев, то нарушения сна встречаются у 15–20 % детей в возрасте до двух лет. 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. Расстройства сна чаще наблюдаются у детей, которые получают длительное грудное вскармливание, спят в родительской комнате или же в родительской кровати.

Из детей, имеющих проблемы со сном в 8 месяцев, 41 % все еще имеют проблемы в три 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 имеют и проблемы с поведением, у них наблюдаются истерики, страхи, беспокойство и тревожность, по сравнению с детьми, не имеющими постоянных проблем со сном.

Близкие взрослые участвуют в обеспечении процессов жизнедеятельности ребенка (сна, питания), имеющих биологическую природу. В процессе 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, а также регуляция физиологических и эмоциональных состояний ребенка. Система «сон-бодрствование» у маленьких детей связана с их когнитивным, эмоциональным и социальным опытом и регулируется взаимодействием ребенка с близкими взрослыми. Действия родителей, которые приводят к избыточной стимуляции и переутомлению ребенка, приводят и к дополнительным трудностям во время его засыпания.

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 установления автономности 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. 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.

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. Хотя в течение первого года жизни относительно мало детей (менее 10 %) спят со своими родителями, доля совместного с родителями сна увеличивается с возрастом и достигает максимума в 4 года (38 % детей спят с родителями более одного раза в неделю). Совместный сон, по крайней мере, один раз в неделю отмечался у 44 % детей в возрасте от двух до семи лет.

Количество ночных пробуждений также увеличивается с 6 месяцев до максимума в четыре года, когда более половины всех детей просыпались, по крайней мере, один раз в неделю, а 22 % детей в возрасте трех лет просыпались каждую ночь. Изменения в развитии процессов сепарации и привязанности, когнитивное развитие, которое обуславливает появление ночных страхов, а также возможности самостоятельного передвижения 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. Достаточный полноценный сон играет важную роль в реагировании детей на сложные события в их повседневной

жизни. В экспериментальном исследовании А. Л. Миллер детей в возрасте 30–36 месяцев помещали в ситуации депривации дневного сна в течение пяти дней (дети лишались 90 минут дневного сна). После периода депривации сна им предлагали решить неразрешимую головоломку – составить пазлы. Дети начали использовать незрелые 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. Лишившись дневного сна, малыши оказались менее способными продуктивно решать трудную задачу, и они использовали менее зрелые стратегии саморегуляции, чем тогда, когда они чувствовали себя хорошо отдохнувшими.

Темой последних исследований является влияние электронных устройств на процессы сна у детей раннего возраста. Ежедневное использование детьми раннего возраста гаджетов (планшеты, смартфоны) является фактором риска для ухудшения процесса 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. С возрастом у детей с РАС наблюдается увеличение проблем со сном, в то время как у нормотипичных их число уменьшается. У детей с СДВГ отмечается увеличение числа проблем со сном, начиная с младенческого возраста, а с возраста двух-трех лет у них отмечаются проблемы эмоциональной регуляции и нарушения концентрации внимания, которые являются стабильными.

*Характеристика процесса сна и критерии нормального сна у детей раннего возраста.* Важными критериями сна на первом году жизни являются его продолжительность и распределенность в течение суток. В первые месяцы жизни ребенка поведение, относящееся ко сну, начинает постепенно отражать цикличность организации день – ночь, а с 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 приводит следующие данные о продолжительности сна у детей (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 месяца	0,5 – 3	2	10 – 14	12

*Клиническая картина расстройств сна* чрезвычайно разнообразна, и она зависит от возраста и от тех ведущих областей, в которых проявляются нарушения поведения. Исследования, проведенные в лаборатории М. Папушек [41], позволили проанализировать особенности детей раннего возраста, страдающих расстройством сна. Более 87 % родителей детей, обратившихся за помощью в лабораторию «Мюнхенская консультация для плачущих 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;

- дети основной группы отличались выраженными колебаниями продолжительности сна, от 12,5 до 17,5 часов в сутки;

- 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 минута), в то время как в контрольной группе это время составляло 10 минут;

- кроме расстройств сна ночью наблюдался более частый плач ребенка в дневные часы – в первую половину дня 32 и 16 минут соответственно, во вторую – 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.

Родителями используется 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, позволяют гореть ночнику, 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 ребенком, а не родителями в виде ритуала отхода ко сну, и продолжается до тех пор, пока он не заснет. В основной группе родители используют в 20 % случаев медикаменты, однако их действие нередко неэффективно или же даже усугубляет симптомы нарушенного поведения. Дети контрольной группы могут использовать стратегии саморегуляции, такие как сосание соски, пальца, перебирание одежды и прикосновения к любимой игрушке.

#### *Этиологические факторы нарушений сна у детей.*

1. Наследственно обусловленные особенности темперамента детей, которые проявляются в особенностях процессов засыпания, пробуждения, глубины и длительности сна. Родители, знающие характеристики темперамента своего ребенка, легче понимают его реакции, значит, в большей степени могут удовлетворить те или иные потребности малыша. Однако, если особенности темперамента ребенка не учитываются, у него легко возникают нарушения сна.

2. В происхождении расстройств сна у детей раннего возраста перво-степенную роль играет психотравмирующий фактор, что связано с чувствительностью соматовегетативной сферы маленького ребенка. К нарушениям сна могут приводить острые и хронические психотравмы. Так, 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 за право контроля над поведением детей. Для возникновения нарушений сна имеют значение также психотравмирующие обстоятельства, связанные с переживанием резкого испуга, боязнь остаться одному, страхом одиночества, замкнутого пространства.

3. Существенное влияние на появление расстройств сна оказывают последствия органических поражений ЦНС ребенка, 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.

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. Детско-родительское взаимодействие – наиболее важный фактор, влияющий на возникновение проблем сна у маленьких детей. 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 установлено, что плач ребенка является, с одной стороны, продуктом детско-родительских отношений, так как с помощью плача ребенок 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 оказывает 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 нужно ребенку, и ребенок может продолжать плакать.

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, способные скорее 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, которое проявляется также в процессе укладывания спать, когда ребенок склонен действовать по-своему, а мать недостаточно умела, чтобы справляться с проблемным поведением ребенка.

На основе наиболее часто встречающихся клинических описаний нарушений сна (ночные просыпания, трудности засыпания, ночное беспокойство, ранние утренние просыпания) были определены три варианта нарушений сна у детей в раннем возрасте:

- 1-й вариант (17 % детей) – характерны трудности с засыпанием, беспокойство, ночные беспокойства и пробуждения ночью;
- 2-й вариант (21 % детей) – характерно раннее пробуждение;
- 3-й вариант (62 % детей) – характерны высокая частота ночных пробуждений и трудности с засыпанием.

*Ночные страхи* наблюдаются у 5 % детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет, пик приходится на возраст 3–4 года. 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 такого сна ребенок плачет, он 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 плавный переход от одной стадии сна к другой.

*Расстройства, связанные с нарушениями в цикле сон – бодрствование* проявляются поздним засыпанием (после полуночи) и затрудненным пробуждением утром. Диагноз «нарушение цикла сон – бодрствование» ставят в том случае, если ребенок не привыкает к режиму в течение шести месяцев и просыпается ночью более трех раз в неделю. Эти расстройства отличаются



от кратковременных и обратимых нарушений циклов сна, возникающих под влиянием непродолжительных психотравмирующих факторов (переезд на новое место, госпитализация).

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.

Расстройства сна оказывают долговременное влияние на развитие ребенка. Будучи неизлеченными в раннем детском возрасте, эти нарушения сна увеличивают риск проблемного развития ребенка, в частности, уменьшении роста, в поведении и когнитивной сфере. Дети с нарушениями дыхания во сне имеют тенденцию демонстрировать более низкие результаты по тестам психического развития, в том числе тестам интеллекта по сравнению со сверстниками, не имеющими проблем дыхания во сне.

*Диагностика проблем сна у детей раннего возраста.* 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 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 основных 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;

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 взаимодействия 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?

- обеспечивает 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?
- каково типичное взаимодействие 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 взаимодействия похожи взаимодействия матери и ребенка в течение ночных пробуждений?
- требуется ли присутствие родителей для того, чтобы ребенок мог снова заснуть?
- субъективное и объективное напряжение родителей, их ресурсы в ситуациях трудностей сна ребенка?

*Критерии нарушений сна и засыпания в раннем детстве* предложены в руководстве Немецкого общества детской и юношеской психиатрии и психотерапии (2007):

- засыпание ребенка только при использовании помощи от родителей;
- продолжительность периода засыпания более 30 минут;
- нарушение процесса сна: ребенок просыпается более трех раз за ночь на протяжении по крайней мере четырех 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.

Оценка проблем сна у маленьких детей с необходимостью включает оценку 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 держания ребенка на руках или укачивания ребенка могут быть ассоциированы с началом сна, и они в дальнейшем ожидаются в практике воспитания ребенка, связанной со сном.

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 родителей, испытываемое ими напряжение, а также характеристика детско-родительских отношений.

*Терапия и коррекция нарушений сна у детей раннего возраста.* Основной целью терапии нарушений сна является нормализация детско-родительских отношений. Главный принцип психотерапии – воздействия на систему «мать – дитя» в целом. Семейные переменные важны для возникновения проблем со сном, поэтому внимание к семейному психосоциальному благополучию, особенно материнскому функционированию, имеет важное значение для решения проблем сна 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 засыпании.
- Анализ и коррекция нарушений 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.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Как часто у детей раннего возраста встречаются проблемы со сном? Как долго эти проблемы сохраняются?

2. Назовите биологические и психологические составляющие процесса сна и его нормализации в детстве. Каковы возрастные закономерности, объясняющие нарушения сна у детей и психологические условия благополучного сна ребенка?

3. Какие особенности сна у детей, родители которых обратились с жалобами к психологам о нарушениях сна их детей?

4. Каковы причины нарушений сна у детей раннего возраста?

5. Каковы функции детского плача?

6. Каковы варианты нарушений сна у детей раннего возраста?

7. Охарактеризуйте ночные страхи у детей.

8. Охарактеризуйте расстройства сна, связанные с нарушением цикла «сон – бодрствование».

9. В чем состоит долговременное влияние расстройств сна на развитие ребенка?

10. Как осуществляется диагностика проблем сна у детей раннего возраста?

11. Назовите критерии нарушений сна и засыпания в раннем детстве.

12. Назовите основные подходы к терапии и коррекции нарушений сна у детей раннего возраста.

### **1.6.2 Нарушения питания и кормления**

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 характеризует человека, который использует процесс употребления пищи для удовлетворения разнообразных потребностей (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 формированию культурно-национальной идентичности и т. п.). В раннем 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.

Если ребенок в соответствии с возрастными ограничениями не может реализовать пищевое поведение самостоятельно, 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: самым важным критерием является та степень активности, которую проявляет индивид в процессах употребления пищи, и чем больше активности ребенка, тем в большей степени данный процесс можно назвать пищевым поведением, а не кормлением.

Ни одна функция жизнедеятельности 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 вскармливания – таким образом, удовлетворение 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» является 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.

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.

Расстройства питания в раннем возрасте являются общими проблемами в педиатрической практике, они сопровождаются негативными эмоциональными переживаниями детей и их родителей. Они могут создавать долгосрочную угрозу для развития ребенка и детско-родительских отношений, так как соматический стресс у детей, их ранний вкусовой и сенсорный опыт тесно связаны с поведением родителей и психологическим стрессом.

Проявления расстройств питания/кормления отражают нерешенность возрастных задач развития [2]. 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 самостоятельной 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 пика 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. Он стремится принимать решения сам, а еда – наиболее удобная для этого сфера. Представители психоанализа подчеркивали, что проблемы ребенка раннего возраста, в том числе проблемы питания – это проблемы его родителей: ребенок, как в зеркале, отражает эмоциональный дискомфорт матери.

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. 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 сопротивляться предложению попробовать новые продукты.

Мать всегда в первую очередь заботится о том, чтобы ребенок был сыт, так как питание ребенка приобретает для матери значение индикатора материнской эффективности, и поэтому она переформулирует состояние ребенка с «быть сытым» на «быть накормленным». Проблемы питания ребенка приобретают для 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. Проблемы питания ребенка становятся важным пунктом семейных обсуждений и обсуждений за пределами семьи, что свидетельствует о возрастании тревожности матери и вызванной тревожности ребенка.

*Распространенность расстройств кормления/питания.* У здоровых детей младенческого возраста нарушения кормления встречаются у каждого третьего. Легкие и средней степени тяжести расстройства пищевого поведения встречаются у детей в возрасте до двух лет в 15–25 %, выраженные в возрасте трех лет – в 10 % случаев.

Расстройства пищевого поведения редко наблюдаются изолированно. В Мюнхенском исследовании, проведенном под руководством М. Папушек, изучались дети, родители которых обратились в отделение плачущего

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, которые сами часто имели расстройства пищевого поведения в детстве, или же эти расстройства сохраняются и сейчас.

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, введен дополнительно критерий длительности – эти расстройства должны существовать более месяца.

При расстройствах питания/кормления необходимо выявлять триаду симптомов:

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

***Диагностические признаки нарушений питания/кормления:***

- ребенок упорно отказывается от пищи;
- ребенок ест с неудовольствием или даже с отвращением: смотрит на предложенную еду с недовольным выражением лица, отворачивает голову или отталкивает ложку, выплевывает еду, реагируют 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.

Расстройства питания/кормления в раннем детстве классифицированы и описаны в Международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни.

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. Одна из возможных причин – «синдром родительской перестимуляции», или избыточной стимуляции ребенка родителями: взрослый постоянно организует общение с ребенком, все время тормозит 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, затрагивающие регуляцию гомеостаза.* Это расстройство питания характеризуется трудностями в установлении регулярного, спокойного кормления и недостаточным приемом пищи младенцем. В течение первого месяца жизни регулирование 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 недостаточному росту.

#### *Б. Родитель*

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

602: *Нарушения кормления с недостаточностью детско-родительского взаимодействия.* Недостаточное внимание к ребенку со стороны



матери объясняется недостатками воспитания в собственном детстве, выраженными проблемами в отношениях с партнером, социальной изоляцией. В данных случаях наблюдаются трудности в понимании реакций на сигналы ребенка, слабый 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.

Это расстройство называют также *расстройством питания, связанным с нарушением привязанности*; 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 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.

603: *Инфантильная анорексия (неадекватное регулирование аппетита) или сепарационное расстройство кормления*. 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.

3. Недостаточное потребление пищи приводит к неспособности благополучного роста и развития: а) низкий вес, б) вес для данного роста ниже 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 активной 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 насильственном кормлении ребенка.

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. 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 и др.

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, 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).

*Терапия и коррекционная работа при нарушениях питания в раннем возрасте.* Терапия и коррекция сложных расстройств пищевого поведения требует междисциплинарного сотрудничества специалистов разного профиля (врачи, психологи, педагоги). При любых видах нарушений питания/кормления ребенка раннего возраста, а также с целью профилактики расстройств питания врач или психолог проводит консультирование *по вопросам нормативного развития пищевого поведения в данном возрасте.*

Вместе с родителями необходимо разработать правила кормления 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, четкое 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.

*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;

- проведение наблюдения процесса кормления ребенка (прямое наблюдение или видеозаписи).

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.

### ***Коррекция и терапия нарушений питания/кормления разных видов***

*Регуляторно-адаптационные нарушения питания/кормления, или ранние детские регуляторные нарушения.* Родителям предлагается:

- 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 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.

*Сенсорно обусловленный отказ от еды.* Консультирование родителей включает их обучение правильному поведению, 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.

*Посттравматические нарушения кормления.* Направления терапии: необходимо очень мягко, постепенно приучать ребенка к еде, начиная

с очень маленьких порций; главный принцип: лучше пищи меньше, 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 ведение протокола питания с целью контроля калорийности пищи.

**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 позитивных отношений с матерью. В медицинских исследованиях показано, что для детей с органическими поражениями ЦНС грудное вскармливание является важнейшим фактором в повышении компенсаторных возможностей детского мозга и активизации нейропластичных процессов. Кормление ребенка грудью является позитивным фактором не только из-за максимально подходящего для детского организма состава грудного молока, но и в аспекте установления теплых позитивных отношений ребенка с матерью.

Дети, получавшие длительное (не менее 8–10 месяцев) грудное вскармливание, развиваются более гармонично, 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 встречаются в 3 раза чаще по сравнению со сверстниками, получавшими длительное грудное вскармливание.

Грудное вскармливание связано с позитивными изменениями материнской чувствительности на протяжении раннего детства: грудное вскармливание закладывает основание гармоничного взаимодействия между матерью и ребенком, становясь пусковым крючком для становления благоприятных детско-материнских отношений.

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, поэтому важен не столько сам акт кормления, а то, что он несет в себе. Если он включает в себе возможность для матери найти удовлетворение и реализацию своей естественной функции

как женщине, то младенец чувствует любовь только тогда, когда матери нравится кормить его грудью.

Вопрос о продолжительности грудного вскармливания напрямую связан с организацией кормления и выбора грудного вскармливания по требованию ребенка или грудного вскармливания по режиму. 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.

Вид организации грудного вскармливания по мягкому режиму в большей степени соответствует решению возрастных задач развития ребенка в раннем детстве. Ребенок в период после 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 успокоить себя, уменьшить тревогу в сложных для него ситуациях, и зачастую дети становятся зависимыми от материнской груди, не развивая адекватные возрасту способы саморегуляции.

Анализ литературы позволяет выделить три основные позиции исследователей относительно психологических аспектов длительности грудного вскармливания.

1. Ребенка следует кормить грудью до одного года, при этом в работах имеется или прямое указание на возраст, или сделан акцент на переход на другой, менее эмоциональный уровень взаимодействия. Новый уровень взаимоотношений возможен благодаря развитию у ребенка все большей самостоятельности и автономности, которые проявляются в результате развития ходьбы, появления автономной речи, ситуативно-деловой формы общения. Ребенок активно осваивает окружающий мир, взаимодействует с предметами, стремится проявлять самостоятельность. 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. Первый год жизни – это возраст формирования привязанности к ухаживающему взрослому, которая определяет успешность построения отношений с окружающим миром. Если мать кормит ребенка грудью слишком долго, это говорит о ее невозможности по каким-либо

причинам оторваться от ребенка, в результате ребенок может начать управлять и манипулировать взрослым.

2. Грудное вскармливание должно осуществляться более одного года. Кормление в возрасте ребенка старше одного года отвечает его потребностям, помогает ему пережить стрессовые ситуации, улучшает семейные отношения. 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. 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.

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 со взрослыми, на которой ребенок осваивает новые способы общения и взаимодействия, включая новый тип питания.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Определите понятия питания, кормления, пищевого поведения. Какие функции выполняет пища и питание в жизни человека?
2. Как связано питание и его нарушения с возрастными задачами развития ребенка?
3. Какова взаимосвязь кормления ребенка и его отношений с близкими взрослыми?
4. Какова распространенность расстройств кормления/питания в раннем возрасте?
5. Что включается в триаду симптомов при расстройствах питания/кормления?
6. Назовите диагностические признаки нарушений питания/кормления детей.
7. Классификация расстройств питания/кормления в раннем детстве.
8. Определите характерные признаки каждого из пяти видов расстройств питания/кормления в раннем детстве.
9. Каковы основные направления терапии и коррекции при нарушениях питания/кормления в раннем возрасте?



10. Назовите правила кормления и организации питания детей раннего возраста.

11. Определите специфику терапии и коррекции нарушений питания/кормления при разных видах его нарушения.

12. Каково значение грудного вскармливания для развития ребенка в младенчестве?

13. Определите основные проблемы организации грудного вскармливания.

### 1.6.3 Эмоционально-поведенческие нарушения

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 к эмоциональным расстройствам относятся расстройства, описанные в следующих рубриках:

201. Тревожные расстройства: страхи, тревоги, не связанные с единичным психотравмирующим событием или превышающие ожидаемые от ребенка данного возраста, не сопровождаются потерей навыков.

202. Расстройства настроения: депрессия младенческого и раннего возраста; не сопровождаются потерей интереса к окружающему миру, может быть нарушение пищевого поведения; важным диагностическим признаком является уменьшение способности к протесту.

Нарушения поведения и эмоционального развития рассматриваются с позиций совладания ребенка со стрессовыми факторами. На основе критерия ведущего способа совладания у ребенка 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 интернализированные и экстернализованные эмоциональные расстройства и расстройства поведения.

*Эмоциональные 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 определяется как время повышенной экспансивности со стороны ребенка и повышенных ограничений со стороны социализирующих взрослых, а поэтому как период противостояния между детьми и взрослыми.

Симптомы эмоциональных расстройств объединяются в триаду:

- 1) специфические проблемы детского поведения;
- 2) дисфункциональные образцы взаимодействия детей и родителей;
- 3) уменьшение собственных ресурсов родителей.

*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 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, такие как гордость за достижение, негативные чувства при отсутствии результата, при отсутствии позитивных оценок от взрослых.

В качестве биологических предпосылок нарушений психоэмоционального развития выступает невропатия детского возраста, которая возникает вследствие врожденной и приобретенной нервно-соматической ослабленности организма ребенка, а также органических поражений головного мозга. Существенное влияние на появление невропатии у ребенка оказывает действие на организм женщины во время беременности ослабляющих факторов биологического и психологического характера.

К клиническим симптомам невропатии относятся склонность к беспокойству на фоне заостренной эмоциональной чувствительности и лабильности; усиление плаксивости, капризности даже при незначительном изменении внешней обстановки или образа жизни; симбиотическая привязанность к матери; соматическая ослабленность, повышенная чувствительность слизистых к охлаждению и инфекциям; легкая утомляемость, общая нервная невыносимость, 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, снохождение, отказ от дневного сна); излишняя подвижность, сосание пальца, раскачивания, особенно перед сном; 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).

Типичные условия семейного воспитания, то есть травмирующие ситуации в семье, предрасполагают к возникновению эмоциональных и невротических расстройств. К ним относятся симбиотический, авторитарный и эмоционально отвергающий типы родительского отношения (А. Я. Варга); отвергающее воспитание (непринятие), гиперсоциализирующее воспитание, которое проявляется в чрезмерной озабоченности будущим ребенка, эгоцентрическое воспитание (А. И. Захаров).

**Интернализованные (внутренне проявляющиеся) расстройства в раннем возрасте.** 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.

*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.

*«Чрезмерное цепляние» 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 такое поведение ребенка направлено на удовлетворение других его потребностей, в частности, потребности во внимании близкого взрослого, и свидетельствует о неумении ребенка занять себя самостоятельной деятельностью, получая удовольствие от предметной деятельности и игры.

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 активизируется при попытке уделить ребенку меньше внимания. Ребенок же учится склонять родителей к новым уступкам, поэтому развитие игры и саморегуляции у 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 попеременно с чрезмерной заботой и отстранением. Родителям не удается распознать потребности ребенка, предоставить ему надежную защиту и дать ему возможность заниматься самому в присутствии 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 близкого взрослого, поэтому в ситуациях напряжения ребенок ищет телесной близости с родителем для поиска поддержки. 2. Дисфункциональные образцы детско-родительского взаимодействия: родители поддерживают 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 они интенсивно стараются успокоить ребенка, 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. В патологических ситуациях возможны несколько вариантов «заостренных страхов»:

1) 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;

2) увеличивается количество стимулов, вызывающих страх, которые связаны с первоначальным источником страха по ассоциации;

3) 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. 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 чрезмерная склонность к порядку, материнское отношение в виде повышенной требовательности к ребенку, без учета его реальных возможностей, недостаток нежности и тепла матери, способствуют возникновению и закреплению страхов и повышенной тревожности у ребенка. Значимыми факторами являются также семейные конфликты и развод родителей.

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. 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, связанных с первоначальным источником страха по ассоциации; фиксация страха.*

Острую реакцию испуга у ребенка раннего возраста может вызвать любой неожиданно появившийся стимул (громкий звук, незнакомый человек, животное). 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. К концу раннего возраста ситуация испуга может воспроизводиться 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. Иногда возникают осложнения, связанные с проявлениями у ребенка истерических симптомов: параличи и парезы конечностей, заикание.

Непреодоленные болезненные страхи и тревожность в раннем возрасте в последующем могут привести к возникновению различных фобий, тревожно-мнительных черт характера, обсессивно-компульсивных расстройств.

Фактором риска развития тревожных расстройств у детей раннего возраста является небезопасная привязанность родителей и детей, а также определенные стили родительского поведения по отношению к ребенку. Следствием гиперопеки становятся тревожность, депрессивные расстройства, соматизация («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 детей, которое ассоциируется с депрессией и 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.

*Депрессивные расстройства у детей раннего возраста.* 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. Ребенок демонстрирует распространенные, стойкие расстройства настроения и поведения.

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.

Депрессия у детей отличается от депрессии у взрослых. Относительно детей можно говорить об эквивалентах депрессии. В раннем возрасте к ним относятся: расстройства сна (ночные страхи), расстройства питания (анорексия, регургитация, поедание несъедобных веществ), потеря массы тела, онанизм, тики, агрессивность, раздражительность. 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, снижение психической и моторной активности, монотонность действий.

Многочисленные исследования подтверждают негативное влияние материнской депрессии на возникновение эмоциональных расстройств у детей. Стойкая материнская послеродовая депрессия и высокие показатели тревожности оказывают влияние на появление проблем в поведении и состоянии эмоциональной негативности у детей в возрасте 24 месяцев. К механизмам негативного влияния послеродовой материнской депрессии на эмоциональное развитие детей в младенчестве, которое распространяется и на ранний возраст, относятся следующие:

- дети демонстрируют высокий уровень эмоций грусти и дистресса, непосредственно отражая эмоциональное состояние матери;
- матери не могут оказывать ребенку эмоциональную поддержку, когда ребенок испытывает дистресс;
- матери в состоянии депрессии прямо провоцируют у ребенка дистресс и симптомы проблемного поведения, выражая враждебное отношение к нему или осуществляя насильственный контроль, чтобы предупредить негативное поведение ребенка.

Нарушения поведения ребенка в виде разрушительного, нарушающего дисциплину поведения напрямую связаны с материнской враждебностью и навязчивым контролем над ребенком. 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.

**Экстернализованные (внешне проявляющиеся) эмоциональные расстройства и расстройства поведения.** В диагностических классификациях описаны несколько разновидностей экстернализованных расстройств: оппозиционно-вызывающее поведение, синдром неспособности и нежелания играть (аналог синдрома гиперактивности), эксцессивное поведение упрямства, также нарушение социального поведения с оппозиционным поведением. 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.

Серьезные проблемы с поведением в раннем детстве являются результатом недостатков условий ухода и взаимодействия с ухаживающими взрослыми еще в период младенчества. Дети с синдромами гиперактивности, оппозиционно-вызывающего расстройства испытывают множественные детские и психосоциальные факторы риска, действие которых начинается в младенчестве.

*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 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.

Появление агрессивных форм поведения ребенка на втором году жизни является важным этапом в развитии эмоциональной регуляции, 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 устойчивому свойству личности, которое выражается в готовности к агрессии и склонности воспринимать поведение других людей как враждебное.

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, а на третьем году жизни к физической добавляется и вербальная агрессия детей. 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, имеющим целью разрушить, сломать, повредить, испугать. 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.

Роль родителей в возникновении агрессивного поведения у детей раннего возраста признается решающим фактором. Поддерживают

и закрепляют агрессивное поведение ребенка отсутствие у родителей 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 первом году жизни, а к концу раннего возраста упрямство рассматривается как один из главных симптомов кризиса трех лет.

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. 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. Причинами подобного поведения ребенка являются неудовлетворение возрастающей потребности ребенка в самостоятельности, излишняя строгость и негибкость во взаимодействии с ним, насильственное кормление, резкое изменение привычного образа жизни ребенка, предъявление к ребенку требований, не соответствующих его возрастным возможностям.

Триада симптомов чрезмерного упрямства включает:

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 поведения ребенка, которые поддерживают или подкрепляют трудное поведение ребенка, что может приводить к его эскалации;

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.

Одной из форм поведения ребенка, в которой ярко проявляются упрямство и непослушание, является интенсивное стремление ребенка подчинить родителей своим требованиям и желаниям – *властолюбие* (И. Прекоп [67]). 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 строгой последовательности.

Основной причиной детского властолюбия является неправильное поведение родителей: родители своевременно не вводят в жизнь ребенка никаких правил и ограничений, не дают ему возможность осмыслить границы дозволенного. Следствием этого является неудовлетворенность одной из основных потребностей ребенка – потребности в безопасности, так как стремление ребенка властвовать над окружающими является компенсирующим. Таким способом ребенок стремится сделать окружающий мир предсказуемым и безопасным. Он становится болезненно зависим от своего господства над другими людьми.

Детское властолюбие 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 этого нарушения являются несформированность у ребенка навыков сотрудничества, приспособления к другим людям и учета их интересов, и у него развивается болезненное самолюбие.

*Истерики и приступы гнева.* 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 ребенка быстро нарастает, достигает своего пика в начале истерики, и затем уменьшается. Плач и поиск комфорта увеличивают вероятность истерики. 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: крики, вопли, плач, скуление и беспокойство имеют

разные акустические особенности. 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 убежание, что отражает тенденцию ребенка к подчинению или избеганию. Истерики обеспечивают ребенку окно для выхода интенсивных отрицательных эмоций.

*Гиперкинетическое расстройство, или синдром 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. Описано расстройство, названное «сверхактивное (гиперактивное) расстройство раннего детства», которое характеризует синдром проникающей, стойкой, крайней онтогенетически неприемлемой (неподходящей) гиперактивности и импульсивности в раннем возрасте. Данное расстройство может быть диагностировано только у детей в 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 нейropsychологической дисфункцией, связанной с трудным темпераментом, при котором дети отличаются импульсивностью, раздражительностью и гиперактивностью. Гиперактивность в раннем возрасте связывается с хроническим перевозбуждением, которое часто является показателем сильной тревоги. Гиперактивность возникает, когда ребенок второго года жизни неспособен выбрать какой-то предмет или игрушку и заняться игрой с этим предметом.

Гиперкинетическое расстройство в раннем возрасте может быть описано как расстройство регуляции, в котором выделены два типа – гипер- и гипосенситивные дети, названные «ищущие сенсорной стимуляции», и «импульсивные» дети. Основной характеристикой реактивности детей 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. Феномен «сенсорной жажды» сочетается с такими симптомами, как «ненасытное любопытство» или «ненасытная любознательность». Эти феномены могут обуславливать расстройства внимания, вызывать повышенную двигательную активность ребенка, импульсивность его поступков и трудности целенаправленной деятельности.

М. Папушек провела подробный анализ синдрома, получившего название Spielunlust, которое имеет множественные значения в переводе на русский язык: нежелание играть, неспособность играть, отсутствие

интереса к игре. Данный синдром включает такие симптомы, 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.

Для детей раннего возраста, у которых наблюдается этот синдром, характерно 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.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Какие виды эмоционально-поведенческих нарушений выделены в классификациях нарушений психического здоровья?
2. Какова взаимосвязь способа совладания со стрессовыми факторами и эмоциональных расстройств и расстройств поведения у детей?
3. Сравните интернализированные и экстернализированные эмоциональные расстройства и расстройства поведения у детей раннего возраста.
4. В чем отличие эмоциональных расстройств детского возраста от соответствующих расстройств у взрослых?
5. Назовите триаду симптомов эмоциональных расстройств.
6. Что выступает в качестве биологических предпосылок нарушений психоэмоционального развития?
7. Дайте характеристику тревожного расстройства в связи со страхом разлуки в детском возрасте.
8. Опишите феномен и триаду симптомов чрезмерного цепляния.
9. Определите специфику страхов у детей раннего возраста.
10. Определите факторы риска развития тревожных расстройств у детей раннего возраста.
11. Опишите особенности депрессивных расстройств детей раннего возраста. Какое влияние оказывает на ребенка его мать, если она находится в депрессивном состоянии?

12. Каковы причины и феномены агрессивного поведения детей раннего возраста?

13. Каковы причины и симптомы упрямства и непослушания детей раннего возраста? В чем проявляется феномен властолюбия у детей?


14. Охарактеризуйте истерики и приступы гнева у детей раннего возраста. В чем специфика гиперкинетического расстройства в раннем возрасте?


## 2 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ

### 2.1 ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ В СИСТЕМЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ

#### 2.1.1 Нормативные показатели психофизического развития детей в раннем возрасте

##### Сферы развития:

 Двигательное развитие.

 Предметные и игровые действия.

 Бытовые навыки (самообслуживание).

 Познавательное развитие.

 Социально-эмоциональное развитие.

##### Речевое развитие:

 Пассивная речь.

 Активная речь.

#### 12 месяцев (1 год)



- 1) подползает под препятствия;
- 2) идет при поддержке за одну руку;
- 3) самостоятельно стоит в течение двух секунд;
- 4) передвигает машинку на колесах туда и обратно;
- 5) залезает, карабкается на диваны, кресла, спускается на пол;
- 6) стоит без опоры;
- 7) приседает, наклоняется, выпрямляется;
- 8) идет при поддержке за обе руки, делает самостоятельно несколько шагов вдоль мебели;
- 9) бросает мяч взрослому;
- 10) вбрасывает два малых кружочка;

11) рисует на бумаге точки и черточки;



12) пьет из чашки, которую ему держат, не обливаясь;

13) пробует своими движениями себя одеть;

14) сам держит кружку во время питья;

15) приносит свои вещи при одевании;



16) указывает на предмет пальцем;

17) ставит кубики один на один (строит башню, дом);

18) снимает со стержня пирамидки 3-4 кольца, может надеть кольцо;

19) самостоятельно открывает и закрывает крышки (на коробках);

20) прокатывает мяч, толкает впереди игрушку на колесах;

21) включает (выключает) телевизор, выдвигает ящики;



22) подражает мимике, движениям близкого взрослого (смеется, улыбается, жмурится) независимо от ситуации;

23) заражается чувствами сверстника: плачет, смеется;

24) легко поддается переключению внимания (отвлечению);

25) привлекает внимание близкого взрослого улыбками, заглядыванием в глаза или криком, капризами;

26) эмоционально напряжен, когда что-то не получается;

27) радуется заводным игрушкам, веселым играм со взрослыми;

28) недоволен при слове «нельзя», резким тоном взрослого;

29) радуется приходу близкого человека;

30) подражает игровым действиям: похлопывает, сыплет, ломает, делает «пока-пока»;

31) подражает мимике взрослого;

32) настораживается при появлении постороннего человека;

33) улыбается, подпрыгивает, «подпевает» или спокойно прислушивается к звукам музыки и пению;

34) ласкает куклу или мягкую игрушку;



35) в ответ на просьбу подает предмет;

36) с интересом рассматривает книжки, проявляет интерес к картинкам;

37) показывает по просьбе взрослого части лица у человека и у игрушки (кукла, заяц);

38) показывает на одну из двух картинок («покажи то-то»);

39) выполняет просьбу «положи», «отдай», «открой», «иди сюда», «дай мне»;



- 40) знает имена близких (смотрит в сторону названного);
- 41) если его спрашивают, ищет предмет, с которым только что играл;
- 42) в ответ на вопрос ищет еду, свою бутылочку или чашку;
- 43) разводит ручками на слово «нет»;
- 
- 44) произносит двойные или одиночные слоги со значением «дай-дай», «ам-ам»;
- 45) выражает желание определенными звуками, говоря, например, «э-э-э»;
- 46) использует «папа» или «мама» для обозначения людей людей, а не для ситуаций;
- 47) легко подражает знакомым звукам (плачет, смеется, поет, кричит за животных); подражая, «говорит» по телефону.

### 15 месяцев (1; 3)



- 48) самостоятельно делает три шага;
- 49) делает три шага назад;
- 50) поднимает руки вперед, вверх, в стороны, отводит за спину (стоя, сидя, лежа);
- 51) крутит пробку от бутылки в одну и другую сторону;



- 52) помогает убирать игрушки;
- 53) переносит знакомые действия с одним предметом на другой (кормит и куклу и мишку, возит и машинку и коляску);



- 54) самостоятельно снимает расстегнутые сапоги;
- 55) держит ложку в кулачке, набирает много густой пищи, доносит до рта, ест;
- 56) начинает проситься на горшок;



- 57) ориентируется в двух формах, каждая разной величины (мячи, кубики), находит после показа;
- 58) нанизывает два кольца на пирамидку;
- 59) держит в каждой руке по кубику и берет третий обеими руками, не выпуская при этом двух первых;
- 60) находит предмет, спрятанный на его глазах под одной из двух коробок;
- 61) отличает знакомый большой предмет (кружку) от маленького; находит после показа, по просьбе;
- 62) подбирает к предмету какого-то одного цвета такого же цвета игрушки;



63) проявляет негативизм в отношениях со сверстниками (не уступает или отнимает свою игрушку);

64) плачет при расставании с мамой, некоторое время скучает;



65) выполняет 1–2 поручения взрослого, связанные со знакомыми действиями: приносит, находит, играет в «ладушки»;

66) на вопрос взрослого «Где...?» показывает или правильно смотрит на две предметные картинки;

67) понимает словосочетание «открывать и закрывать коробку»;



68) произносит простые слова, соотносит их с предметами, действиями;

69) имитирует звуки (слова) по просьбе взрослого («лает», «пищит», «гудит»);

### 18 месяцев (1; 6)



70) наклоняется и поднимает что-нибудь с пола, не опираясь;

71) идет, держа мяч двумя руками;

72) перешагивает через небольшое препятствие на полу (брусочки, палочки);

73) бегает в разных направлениях;

74) легко влезает на диван, стул, спускается на пол;

75) поднимается на три ступеньки, «детским» приставным шагом, держась обеими руками за перила;



76) с удовольствием повторяет знакомые движения под музыку;

77) тянет за собой игрушку на веревочке;

78) подражает близким взрослым: «читает», как папа, «готовит уроки», как сестра;

79) использует в игре предметы-заместители, производит с ними те же действия, что и с реальными предметами;

80) проявляет сообразительность: подставляет что-то, влезает, использует дополнительный предмет, чтобы достать понадобившуюся вещь;



81) иногда накалывает еду на вилку;

82) мешает ложкой содержимое в стакане;

83) под струей воды трет рукой о руку;



- 84) вкладывает меньшую формочку в большую;
- 85) ориентируется в 2–3 цветах, находит того же цвета;



- 86) выполняет простые поручения по дому;
- 87) подражает эмоциональному отношению взрослого к ситуации («жалеет», «сопереживает»);
- 88) на короткое время остается у знакомых;
- 89) сам выбрасывает мусор в мусорный ящик;
- 90) проявляет наибольший эмоциональный интерес ко взрослому, играющему с ним
- 91) напряжен в незнакомой обстановке;
- 92) обижается, делает недовольное лицо в ответ на наказание, запрет;




- 93) выполняет поручение с двойной инструкцией: «Подними куклу и положи ее на стол»;
- 94) показывает или правильно смотрит на три части тела;
- 95) понимает несложный рассказ с описанием знакомых событий;

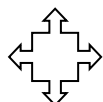


- 96) «мурлычет» детскую песенку вместе с поющим;
- 97) повторяет знакомые слова;
- 98) осмысленно произносит слова с двумя разными согласными («рука»);
- 99) легко подражает часто слышимым словам, фразам взрослого;

## 21 месяц (1; 9)



- 100) ударяет по мячу стоя, не держась руками;
  - 101) забрасывает мяч в корзину, стоящую на полу;
- 
- 102) съедает содержимое тарелки ложкой (вымазывание допускается);
  - 103) самостоятельно пьет из кружки;
  - 104) самостоятельно снимает (стягивает) шапку, обувь;
  - 105) частично одевается (натягивает) шапку;
  - 106) обращает внимание на грязное лицо, руки;
  - 107) проявляет желание многое сделать самостоятельно;



- 108) ориентируется в двух формах (шарик – шар, кубик – кирпичик);

находит по просьбе;

109) в течение нескольких секунд держит по два кубика в каждой руке;

110) подбирает предмет такой же формы как на образце;

111) начинает подбирать предмет к соответствующему по форме отверстию, прикладывая его;

112) помещает большой круг в соответствующее отверстие вкладыша;

113) рисует линии с закругленными концами туда и обратно;

114) вкладывает две спички в коробку, меняя их положение на 90 градусов;

115) ориентируется в четырех контрастных формах (шар, кубик, призма, кирпичик);

116) определяет каждый раз большие и маленькие предметы из 5–6, расположенных по степени уменьшения;

117) сгибает лист бумаги;

118) опрокидывает бутылку, чтобы достать из нее предмет;



119) охотно играет с ровесниками в «ловишки»;

120) с интересом смотрит мультфильмы, детские передачи;



121) обобщает по внешнему виду игрушки, предметы, независимо от цвета, размера;

122) «жалеет», помогает по просьбе взрослого;

123) понимает несложный сюжет на картинке. Отвечает на вопросы: «Где?», «Кто это?», «Что это?», «Что делает?»;



124) отвечает на вопросы: «Кто это (Что это?)» (в реальной ситуации и на картинке);

125) использует предложение из двух слов (при общении со взрослыми, когда просит что-нибудь);

126) называет одним словом свои или чьи-то действия;

127) договаривает последние слова знакомых стихов, песен.

## 24 месяца (2; 0)



128) делает три шага на носках, не держась;

129) стоит три секунды на одной ноге, придерживаясь одной рукой;

130) перешагивает через несколько препятствий чередующимся шагом;

131) отбрасывает мяч одной рукой;

132) подражает движениям сверстников: бегают, лазает, влезает, подлезает;

133) удерживает равновесие при ходьбе по доске, лежащей на полу;

134) сменяет ходьбу на бег, изменяет темп ходьбы;

135) подпрыгивает на месте;

136) ловит мяч с близкого расстояния;

137) бросает мяч в горизонтальную цель;

138) скатывает мяч с горки;



139) вставляет шнурок в отверстие бусинки;

140) держит карандаш, чертит кривую линию, закругленную линию, пытается повторить за взрослым;

141) строит ряд из пяти кубиков по образцу;

142) решает сам игровую ситуацию после предъявления игрового материала, находясь в проблемной ситуации (строит гараж, если рядом кубики и машина; кормит куклу, если рядом посуда);

143) участвует в подвижных играх с группой детей (запоминает несложные правила игры);

144) выполняет два последовательных сюжетных действия с игрушкой (баюкает, кормит куклу; возит, нагружает машинку);

145) сооружает из кубиков знакомые постройки для мелких игрушек (забор, дом, дорожку);



146) иногда вытирает руки;

147) одевается и раздевается с помощью взрослого;

148) снимает с себя расстегнутую куртку;

149) знает место одежды, обуви, посуды, игрушек;

150) пользуется носовым платком (при напоминании);

151) ест аккуратно, не обливаясь;

152) контролирует физиологические потребности;



153) вкладывает три чашки одна в другую;

154) вставляет большой и малый плоские круги в соответствующую форму;

155) вставляет плоские квадрат, треугольник и большой круг в подставку с формами

156) классифицирует по цвету три из четырех кубиков;

157) ориентируется в 4–6 геометрических фигурах, подбирает, прикладывая объемные геометрические фигуры к соответствующим по форме отверстиям;

158) ставит более 10 кубиков один на другой (по образцу) в различных сочетаниях цвета и размера;



- 159) упрямится, требуя недозволенного, настаивая на своем;
- 160) радуется, смеется при получении результата, выполняя знакомые действия;
- 161) способен понять радость или печаль (огорчения) другого ребенка;
- 162) недоволен, отказывается от действия при неудавшейся попытке;
- 163) отказывается от общения (прячется) с незнакомыми взрослыми;



- 164) знает, показывает названные части лица (губы, зубы, язык, лоб, уши, щеки и др.) и тела (руки, ноги);



- 165) ребенок отказывается от выполнения задач, использует слово «нет»;
- 166) отвечает на вопрос «Как тебя зовут?» (полностью или упрощенно);
- 167) понимает два вопроса «Что ты делаешь ложкой (расческой, кружкой)?»
- 168) говорит фразу со смыслом, состоящую из двух слов на «детском языке»;
- 169) показывает восемь предметов на картинках;
- 170) называет два действия на картинках;
- 171) начинает употреблять прилагательные и местоимения, предлоги, наречия;
- 172) называет себя в третьем лице;
- 173) договаривает четверостишия в знакомых стихах, подпевает;
- 174) задает вопросы;
- 175) с помощью двух-трех предложений рассказывает, что видит в данный момент;
- 176) дает себе оценку «хороший», «плохой», «большой», «красивый»;
- 177) говорит «до свидания», «пока», «спасибо», «здравствуйте».

### 30 месяцев (2; 6)



- 178) удерживает равновесие, поднимаясь на носки;
- 179) прыгает на двух ногах;
- 180) поднимается на две ступеньки «взрослым» шагом;
- 181) выполняет одновременно два действия: топает и хлопает;
- 182) прыгает в длину с места на двух ногах;
- 183) спрыгивает с небольшой высоты;



- 184) откручивает и закручивает пробку бутылки, держит бутылку сам;
- 185) режет два раза ножницами;

- 186) подражает действиям в соответствии со своим полом: девочка – маме, мальчик – папе (в самостоятельной игре);  
187) выполняет правила в подвижных играх;  
188) строит из кубиков дом, забор и мостик;  
189) достает (вылавливает) сачком из воды понравившуюся вещь;  
190) начинает играть вдвоем со сверстником (действуют с игрушкой одинаково или выполняют вместе несколько действий);  
191) использует несколько предметов-заместителей в игре;  
192) использует постройки из кубиков для настольной игры с небольшими сюжетными игрушками;



- 193) самостоятельно обувает сапожки, но не застегивает замки;  
194) моет свои руки мылом и вытирает их;  
195) сообщает о своих физиологических потребностях;



- 196) может правильно назвать 1–2 цвета;  
197) рисует плоскую спираль;  
198) рисует по собственному замыслу, объясняет, что рисует (дорожку, дождик, солнышко), узнает, что нарисовал (вылепил);  
199) собирает пирамидку из 8–10 колец по образцу или по рисунку;  
200) находит и может назвать большой и маленький предмет;  
201) собирает пирамидку по убыванию размера из 4–5 колец;  
202) ориентируется в 3–4 цветах, некоторые называет; подбирает по образцу;  
203) начинает распознавать вес, фактуру, температуру предметов (легкий, тяжелый, мягкий, твердый, холодный, теплый);  
204) дифференцирует кружки по величине;  
205) собирает, вкладывая меньшую в большую матрешки, мисочки, формочки из 3–4 составляющих (по показу);



- 206) пробует рассмешить, если кто-нибудь грустный;  
207) увлекается интересной игрой (трудно отвлечь);  
208) понимает, если плохо делает кто-то другой; дает эмоционально-отрицательную оценку («нельзя: обижать, драться, рвать»);  
209) проявляет инициативу, независимость;  
210) выражает желание в форме «Я»;  
211) знает, кто он: мальчик или девочка;



- 212) понимает значение слова «тяжелый» и показывает на тяжелый предмет;  
213) понимает значение слова «холодный», указывает или называет

на холодные вещи;

214) понимает рассказ о знакомых событиях (о том, что делал на прогулке);  
отвечает на вопросы об этих событиях;

215) выполняет до трех поручений (возьми, отнеси, положи);

216) узнает два способа передвижения на тестовых картинках (птица, рыба);

217) отмечает и называет людей по принадлежности к определенному полу  
и возрасту (мальчик, дядя, дедушка, девочка, тетя, бабушка);

218) задает вопросы: «Где?», «Куда?», «Почему?», «Когда?» и др.;

219) понимает два из четырех предлогов (на, под, около, за);

220) знает названия некоторых животных, предметов быта, одежды, посуды;

221) знает и называет имена близких взрослых, знакомых детей.

### 36 месяцев (3; 0)



222) ездит на трехколесном велосипеде;

223) ловит мяч с расстояния двух метров;

224) скатывается на санках;

225) бегают, подпрыгивает;

226) бросает и ловит мяч;

227) рисует округлую спираль;



228) выполняет 2–3 последовательных действия (делает, как мама, как врач,  
не называя роль);



229) сам себе надевает штаны;

230) надевает рубашку;

231) расстегивает несколько пуговиц;

232) застегивает 1–2 пуговицы;

233) как правило, не мочится целую ночь;



234) последовательно собирает (вкладывает меньшее в большее) матрешки,  
мисочки, формочки;

235) определяет предмет по фактуре (мягкий, твердый);

236) запоминает и указывает место, где стояла убранный взрослым игрушка  
(в совместной игре);

237) лепит несложные формы (шарик, столбик, колбаску);

238) имитирует движения письма;

239) использует числительное два для определения нескольких предметов;

240) называет по картинке некоторых животных (их детенышей), предметы  
быта, одежду, посуду, технику и др.;





- 241) выполняет правила игры: «раз – я, два – ты!»
- 242) появляется долговременная эмоциональная память: вспоминает свои прежние эмоциональные ощущения: на празднике, в гостях – весело, при болезни – неприятно, плохо;
- 243) может определить свое состояние. Воспринимает свою индивидуальность через собственные эмоциональные ощущения: «мне больно», «мне весело», «мне хочется»;
- 244) проявляет чувство гордости за себя («лучше всех бегаю»), за родителей («папа самый сильный, мама самая красивая»);
- 245) переживает, если ругают; может длительно обижаться за наказание;
- 
- 246) использует в своей речи местоимения «я», «мое», «твое»;
- 247) называет себя именем любимшегося персонажа или близкого взрослого;
- 248) говорит первые фразы, состоящие из четырех слов «детским языком»;
- 249) называет предметы во множественном числе;
- 250) пользуется словами, выражая желания, чувства, впечатления;
- 251) вступает в речевые диалоги с детьми, со взрослыми;
- 252) знает названия частей тела (голова, шея, спина, грудь, живот, руки, ноги, пальцы);
- 253) знает назначения частей тела («ноги ходят», «уши слушают», «глаза – смотрят»).

## **2.1.2 Диагностика психического развития ребенка в раннем онтогенезе<sup>2</sup>**

### **Нормативные показатели развития ребенка в возрасте до одного года**

#### **1. Двигательная сфера**

Развитие движений в раннем онтогенезе идет от приобретения умения контролировать положение головы (12 недель), руки (20 недель), туловища

---

<sup>2</sup> Излагается по изданию: Баженова, О.В. Диагностика психического развития детей в раннем онтогенезе (до 5 лет) / О.В. Баженова, Е.И. Морозова // Практикум по патопсихологии / под ред. Б. В. Зейгарник, В. В. Лебединского, В. В. Николаевой. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. – С. 98–135.

(40–44 недели) к ходьбе (13 месяцев).

*Основные сроки формирования двигательных навыков:*

- 3 месяцев – хороший контроль головы;
- 4 месяца – опора на руки в положении лежа на животе;
- 6 месяцев – сформирована зрительно-моторная координация (может точно дотронуться до предмета под контролем зрения, может длительно удерживать игрушку в руке);
- 8 месяцев – может сам сидеть, хорошо переворачивается в любую сторону из любого положения;
- 9 месяцев – может стоять, придерживаясь за что-либо;
- 10 месяцев – ползает на животе, уверенно сидит, сам садится;
- 11 месяцев – переступает ногами;
- 13 месяцев – ходит самостоятельно.

## **2. Сенсорная сфера**

- 1 месяцев – смотрит на маму, когда она с ним разговаривает, при этом открывает и закрывает рот; прослеживает горизонтальное движение объекта от середины поля зрения;
- 1,5 месяца – следит за двигающимся человеком, прослеживает движение объекта от периферии к центру поля зрения;
- 2 месяца – развиты реакции глаз: фиксация, конвергенция, фокусировка;
- 3 месяца – поворачивает голову на звук, который слышен на уровне уха, рассматривает руку, следит за разнообразным движением игрушки;
- 4 месяца – прослеживает невидимую траекторию движения объекта, предвосхищает попеременное появление объекта в определенных частях пространства, реагирует на исчезающий объект, локализует звук;
- 5 месяцев – улыбается отражению в зеркале;
- 6 месяцев – перестает рассматривать руку, рассматривает игрушки, проявляет интерес к новым ярким игрушкам, может иметь любимые игрушки, поворачивает голову на звук, который раздается ниже уха, имитирует слышимые звуки;
- 7 месяцев – поворачивает голову на звук, который слышен над ухом, приспособливает позу, занимает удобную для наблюдения позицию;
- 8 месяцев – дифференцирует незнакомых, находит наполовину спрятанный предмет, снимает брошенный платок, рассматривает одновременно две игрушки, переводя взгляд с одной на другую; удивляется, если предмет исчезает за барьером;
- 10 месяцев – смотрит в угол за объектом, находит спрятанный перед ним на его глазах предмет, вынимает интересные вещи из кармана взрослого, если видел, как их туда опустили;
- 12 месяцев – поворачивается в ответ на собственное

имя, дифференцирует тон, проявляет интерес к картинкам в книге.

**3. Манипулирование с предметами.** Развитие и расширение познавательных интересов с одной стороны, увлеченность, сконцентрированность внимания ребенка при занятиях с предметами с другой стороны, усвоение значений действий с предметами и собственно значений предметов, возможность к обучению – важнейшие аспекты, на которые следует обращать внимание при оценке развития манипулятивных способностей ребенка.

***Основные показатели развития действий с предметами:***

- 3 месяцев – исчезновение хватательного рефлекса, игра с вложенной игрушкой или с подвешенными игрушками, пристальное внимание к объектам, появление движений в руках при виде погремушек, помещенных в зону непосредственной досягаемости;

- 4 месяца – произвольный захват, неспецифические манипуляции, оральные контакты с объектами;

- 6 месяцев – берет вторую игрушку, но бросает первую, зрительно контролирует манипуляции, все тянет в рот, любит играть с бумагой и другими шуршащими предметами, удерживает бутылочку, пьет из чашки, если ее подносят к губам;

- 7 месяцев – перекладывает предмет из руки в руку, удерживает две игрушки, берет вторую игрушку, предъявленную со стороны свободной руки; сам удерживает игрушку при зрительном контроле за перемещением других объектов;

- 8 месяцев – берет вторую игрушку, предъявленную со стороны занятой руки, пытается достать предмет из-за барьера, помещенного в одной из половин поля зрения, но использует ближайшую к барьеру руку;

- 10 месяцев – может взять маленький предмет (таблетку, горошину), появляются первые специфические манипуляции (катает мяч, звонит звонком, подтягивает предмет, снимает кольца с пирамиды);

- 11 месяцев – складывает игрушки или объекты в корзинку;

- 12 месяцев – достает предмет из-за барьера, помещенного в одной из половин поля зрения, движением руки, находящейся дальше от барьера; выражен интерес к книгам, пытается листать, царапает картинки; почти не тянет предметы в рот, зато часто бросает их на пол.

**4. Развитие способов взаимодействия со взрослым.** Развитие способов взаимодействия со взрослым является важным фактором общего процесса психического развития ребенка. Именно в контексте развития этого аспекта общения впервые возникает, а затем бесконечно совершенствуется способность к употреблению знаков для организации сначала поведения другого, а потом и для организации собственного поведения; способность, играющая важнейшую роль в формировании высших психических функций человека.

### **Основные показатели развития способов взаимодействия со взрослым:**

- 3 месяца – интерес к окружающим, узнает мать, возбуждается и предвосхищает процесс изготовления пищи для него; возможны зрительные и эмоциональные контакты;

- 4,5 месяца – инициирует общение, дифференцирует ситуацию «формального общения», прислушивается к речи, поворачивает голову на звуки голоса;

- 6 месяцев – прослеживает взгляд взрослого; тянет руки, когда хочет, чтобы его взяли на руки; возбуждается, если слышит шаги; отмечаются первые попытки подражания, понимает жест «ручки-ручки»;

- 7 месяцев – имитирует действия и шумы, старается привлечь внимание покашливанием и кряхтением, откликается на имя, может играть в игры с идентичными ролями, сжимает губы, когда не хочет есть;

- 8 месяцев – хватает руку мамы и отталкивает ее, если видит, что она собирается вытереть ему нос, понимает запрет, имитирует звуки;

- 9 месяцев – прячет руки, если не хочет мыть, любит играть в прятки;

- 10 месяцев – тянет маму за одежду, требуя внимания; машет «до свидания»; отвечает взглядом или движением на вопрос: «Где папа?»; играет в игры с неидентичными ролями; очень ненадолго отдает игрушку; понимает 1–2 звуковых обозначения предметов;

- 11 месяцев – бросает игрушки, чтобы их подняли и дали ему снова, помогает одеваться;

- 12 месяцев – владеет указательным жестом, мотает головой, выражая протест, вокализирует в конце и в начале совместных действий.

**5. Эмоциональное развитие.** Исследователи единодушно отмечают преобладание у детей радостного, окрашенного положительными эмоциями настроения в периоды активного бодрствования: дети получают удовольствие как от общения с близкими, так и от игры с любимыми игрушками. Окружающие ребенка люди стимулируют появление улыбок и смеха ребенка, стремятся ограничить причины, вызывающие плохое настроение. Среди существующих путей исследования эмоционального развития целесообразно отметить следующие:

- изучение особенностей эмоционального отношения к среде (по типу улыбается/плачет – много/мало); улыбается всем (некоторым взрослым или игрушкам); проявляются реакции страха; избегает контакта глаз; не любит телесных контактов и т. д.

- оценка совершенствования способов выражения положительных и отрицательных эмоциональных переживаний (улыбка – в 2–3 месяца; крик, плач, хныканье, недовольное кряхтение, повизгивание – 2–4–6 месяцев);

- оценка совершенствования способов контроля над отрицательными

эмоциями (модуляция крика, сдерживание плача, паузы в плаче для восприятия (реакции взрослого – с 4–6 месяцев);

- оценка развития избирательности эмоциональных реакций (к 8 месяцам);

- отсутствие патологических симптомов типа: постоянное сосание пальца, стереотипные раскачивания, закрывание лица руками при виде взрослого, истерический плач.

**6. Развитие собственной голосовой активности.** Усложнение собственной голосовой активности младенцев обеспечивает условия для возникновения речевого общения со взрослыми. Следует подчеркнуть два аспекта развития этой функции. С одной стороны, происходит обогащение собственно звукового состава произносимого словаря и его интонационной стороны. В самом грубом виде его этапы обычно обозначаются как этапы гукания, гуления, лепета, первых слов. С другой стороны, признаком прогрессивного развития речевого общения является приобретение ребенком способности инициировать действия взрослого и управлять ими с помощью голосовой активности.

Основными показателями развития собственной голосовой активности ребенка являются:

- 2–3 месяца – возникновение первых спонтанных вокализаций;

- 2–4 месяца – использование их в разговоре со взрослым;

- 3–4 месяца – гуление, расширение репертуара случайно произносимых звуков: «а», «э», «ю», «я», «м», «п», «б», «т», «д»; появление звуко-сочетания: «а-о-у», «ю-а-а»;

- 4,5 месяца – вокализация при манипуляциях, требует внимания;

- 6 месяцев – лепет, звуко-сочетания типа: «дай-дай-дай», «та - та-та»;

- 8 месяцев – псевдослова, выражающие отношение ребенка к происходящему

- 10 месяцев – появление вокализаций в конце и в начале действий; пытается выразить свои желания с помощью звуков;

- 12 месяцев – существование особых «слов-меток», понятных только матери и ребенку, например: «бах» – падение, «кахн» – бутылочка, «фа» – шапка; появление способности произвольно повторять отдельные слоги; может произнести 2–3 слова, понимает их предметную отнесенность.

**Заключение о состоянии психического развития ребенка.** В заключении наряду с общей оценкой тяжести и характера нарушения должны быть указаны психические функции, развитие которых нарушено, и степень этого нарушения, а также функции, развивающиеся нормально. Должна быть приведена развернутая характеристика обнаруженных при обследовании результатов, сгруппированных аналогично исследуемым реакциям по сферам: двигательной, сенсорной, эмоциональной, собственных голосовых

реакций, действий с предметами и способов взаимодействия со взрослыми. В этой части заключения необходимо описать не только успешно выполненные ребенком пробы и особенности их выполнения, но и пробы, которые ребенку выполнить не удалось. Содержащийся в заключении материал должен служить обоснованием мнения исследователя о характере и механизме наблюдаемого нарушения, что, в свою очередь, необходимо для правильного определения путей коррекции и компенсации выявляемых дефектов.

**Патопсихологическое исследование детей от 1 года до 3 лет.** Основной целью патопсихологического исследования ребенка является получение данных, характеризующих: а) познавательные процессы; б) эмоционально-волевую сферу; в) предречевое и речевое развитие; г) двигательное развитие. Поэтому здесь приводится соответствующая систематизация методик.

Прежде чем приступить к диагностике психического развития ребенка, обязательно следует убедиться, что у него нет грубых дефектов зрения и слуха. Чтобы проверить слух ребенка, следует организовать какую-нибудь его деятельность, а затем встать у него за спиной на расстоянии 6 м и постучать в барабан, посвистеть в свисток, позвать шепотом, тихой речью, громко высоким голосом, громко низким голосом. Нормально слышащие дети должны отреагировать на эту стимуляцию. Дополнительно следует иметь в виду, что слышащие дети обычно обращают мало внимания на губы говорящего взрослого и значительно больше – на его руки.

К числу симптомов,стораживающих в отношении снижения зрительных способностей, можно отнести: приближение картинок или предметов вплотную к глазам; игнорирование мелких предметов или изображенных на картинках мелких деталей; использование рта в качестве дополнительного тактильного органа.

**Диагностика особенностей формирования познавательной сферы.** При диагностике особенностей формирования познавательной сферы в центре внимания исследователя находится анализ выполнения отдельных заданий как отражение психической деятельности ребенка. Для этого важен не столько результат, сколько возможность организации деятельности по выполнению задания. Учитывают: степень необходимой организации и контроля за деятельностью ребенка со стороны взрослого; понимание и принятие инструкции; способность к организации целесообразного поведения, особенно для тех случаев, когда цель непосредственно в восприятии не задана; понимание несоответствия достигаемых результатов ожидаемым; выбор действия или системы действий по достижению конкретного результата и по исправлению допускаемых ошибок. Обращают внимание на заинтересованность ребенка, его активность, собранность, сконцентрированность на выполнении задания, возможность совместных действий, реакцию на неудачу, обучаемость.

*Задания с кубиками.* Предложите ребенку 10 кубиков размером 8 см<sup>3</sup>. Покажите ему, как поставить один кубик на другой, чтобы сложить башню. Дайте ему возможность построить башню самостоятельно. Затем попросите ребенка построить поезд (четыре кубика в ряд), мост (один кубик стоит на двух других), ворота (один кубик стоит наклонно между двумя другими) или лестницу (пять горизонтальных рядов кубиков, стоящих друг на друге, каждый следующий ряд на один кубик короче предыдущего, первый ряд из пяти кубиков). Выясните максимальные способности ребенка. Если необходимо, покажите, как построить нужную модель.

Нормативы:

- 15 месяцев – строит башню из двух кубиков, держит два кубика в одной руке;
- 18 месяцев – строит башню из трех-четырех кубиков;
- 2 года – строит башню из восьми кубиков, строит по показу поезд без трубы;
- 2,5 года – строит башню из восьми кубиков, строит по показу поезд, добавляет трубу;
- 3 года – строит башню из девяти кубиков, копирует с модели поезд, строит по показу мост.

По выполнению заданий можно судить о степени развитости у ребенка умения производить зрительное сравнение трехмерных моделей и устанавливать идентичность, а также можно оценить необходимую для успешного выполнения задания степень конкретности инструкции. Дети старше 13–15 месяцев не должны тащить кубики в рот, а дети старше 15 месяцев не должны бросать кубики на пол.

*Задания с геометрическими формами.* Предложите ребенку для выполнения методику «Доски Сегена». Начинать следует с самого легкого задания. Ребенку предлагается разместить на плоской доске три геометрические фигуры: круг, треугольник, квадрат. Место каждой фигуры на доске определяется соответствующей ее контуру ячейкой.

Вынув все три фигуры из соответствующих им ячеек, предложите ребенку найти место на доске для круга и положить круг так, чтобы доска стала гладкой. Если ребенок выполняет задание неправильно, проведите его ручкой по фигурке на доске со словами: «Видишь, получилось как-то неровно, а нужно, чтобы стало гладко, сделай гладко». Если ребенок правильно поместит фигурку, медленно переверните доску, сказав ему: «Наблюдай за мной внимательно». Посмотрите, сможет ли он вставить круг на место без ошибки. Если ребенок справился с заданием, предложите ему остальные фигуры и в том случае, если он правильно разложит их по местам, снова переверните доску и попросите разместить фигурки опять. Часто бывает необходимо повторить процесс. Это можно сделать 2–3 раза для

того, чтобы убедиться в том, что удалось увидеть лучшие из доступных ребенку способов выполнения задания.

Если ребенок справился с заданием, предложите ему по очереди следующие. Все задания следует начинать с демонстрации ребенку собранной доски, которая потом у него на глазах «ломается». Ребенка просят «все починить, найти каждому кусочку свое место так, чтобы стало гладенько». Если ребенок не справляется, ему дают возможность собирать детали поочередно, а лишь затем всю доску целиком. Например, дайте ребенку в руки две половинки квадрата и, показав на соответствующую ячейку, попросите положить их на место так, чтобы снова все стало гладко и правильно. Затем точно так же поступают с двумя другими деталями. После того как ребенок выполнил задание, снова рассыпают перед ним детали и просят «починить» все опять.

Нормативы:

- 15 месяцев – вкладывает круг без показа;
- 18 месяцев – выполняя задание с самой простой доской Сегена, вкладывает круг, а на него накладывает две другие фигуры;
- 2 года – выполняя задание с самой простой доской Сегена, размещает все три блока; делает до четырех ошибочных проб;
- 2,5 года – собирает две простые доски Сегена;
- 3 года – собирает отдельные фигуры из элементов.

Задания демонстрируют развитие у ребенка представлений о форме и возможность организации действий в соответствии с этими представлениями, способности производить сенсорные дифференцировки, узнавать простые геометрические фигуры, зрительно воспринимать их, устанавливать между ними сходство и различие, воспринимать геометрическую фигуру на фоне, а также развитие ориентации в пространственных отношениях и понимание отношения части и целого.

*Задание с соотношением предметов.* Предложите ребенку по вашему выбору задания, для успешного выполнения которых требуются учет размера предмета и соотношение размеров двух предметов. К числу таких заданий могут быть отнесены: собирание пирамиды, складывание разных по размеру цилиндров, чашек, матрешек один в другой или наоборот, выстраивание из подобных элементов высоких фигур. Продемонстрируйте ребенку правильно собранную модель, а затем попросите его сделать такую же. В более сложных пробах модель разрушают на глазах у ребенка и просят его помочь собрать ее снова. В течение нескольких минут следует воздерживаться от подсказки и наблюдать за самостоятельной работой ребенка. Отмечают особенности самостоятельных действий, а также особенности сопровождающей их речи.

Нормативы:



- 1 год – снимает кольца с пирамидки;
- 15 месяцев – пытается нанизывать кольца пирамидки;
- 18 месяцев – собирает пирамидку без учета размера колец;
- 2 года – вкладывает один объект в другой, затрудняется, если видит перед собой больше двух объектов;
- 2,5 года – хорошо вкладывает цилиндры и чашки, работая, как пилот, методом проб и ошибок, может вложить две матрешки одна в другую;
- 3 года – легко выполняет задания на вкладывание, ориентируясь на размер; пытается строить вертикальные модели, удерживает задачу, понимает ошибки, усваивает помощь; при помощи взрослого может вложить четыре матрешки одна в другую; собирает пирамидку с учетом размера колец, но иногда игнорирует различия между верхом и низом отдельных колец.

Задания демонстрируют способность организовать и осуществить систему целесообразных действий, обнаружить ошибки и исправить их, выявить определенное понимание заданий и путей их решения как методом проб и ошибок, так и на основе зрительного сравнения и дифференциации размеров объектов. В процессе выполнения заданий очень хорошо проявляется обучаемость ребенка.

*Задания с предметами быта.* Дети, воспитывающиеся в условиях нормальной семьи, начиная со второго года жизни, приобретают умение выполнять разумные действия и системы действий, адекватные специфическим предметам быта. Об этом можно спросить родителей или, предъявив ребенку соответствующий предмет, попросить его выполнить с ним определенное действие.

Нормативы:

- 15 месяцев – подносит ложку ко рту, хорошо сам пьет из чашки, может вынуть таблетку из бутылочки, рисует каракули карандашом, проявляет интерес к книге;
- 18 месяцев – снимает варежки, носки, листает книгу, переворачивая одновременно 2-3 страницы, указывает на картинки, ест самостоятельно густую пищу ложкой, умеет воспроизводить часто наблюдаемые в жизни действия; если на глазах у ребенка спрятать игрушку под одним из двух одинаковых предметов, а затем поменять предметы местами, он находит игрушку на новом месте;
- 2 года – запускает волчок, вставляет ключ в замочную скважину, поворачивает ручку двери, нажимает на кнопку звонка, кормит и баюкает куклу, возит машину, листает книгу: каждую страницу отдельно; сам надевает носки, туфли, штанишки, в игре воспроизводит ряд логически связанных действий;
- 2,5 года – подражает большому количеству действий взрослых с предметами быта, в игре действует взаимосвязанно и последовательно

(будит куклу, одевает, кормит, ведет на прогулку и т. д.). Самостоятельно одевается, но еще не умеет завязывать шнурки, застегивать пуговицы;

- 3 года – подражает большому количеству действий взрослых с предметами быта, в игре исполняет роль, одевается самостоятельно, застегивает пуговицы, завязывает шнурки при небольшой помощи взрослого.

*Оценка памяти.* I. Попросите ребенка выполнить несколько действий подряд: встать со стула, обойти стол кругом, взять книгу, подойти с ней к двери, постучать рукой в дверь, открыть ее и вернуться на место.

Нормативы:

- 18 месяцев – выполняет 3–4 действия;

- 2,5 года – выполняет 4–5 действий;

- 3,5 года – выполняет 5–6 действий.

II. Попросите ребенка сказать Вам, с кем он живет дома, что он кушал на завтрак, во что любит играть, а также назвать свое имя и фамилию и повторить фразы: «Сегодня на улице много грязи и луж»; «Его зовут Ваня. Он учится в школе»; «Шура услышала свисток и увидела поезд»; «Летом в лесу было много грибов и ягод», а затем повторить: 4–7–1; 3–8–6; 2–5–9; и 3–4–1–7; 6–1–5–8; 7–2–9–6.

Нормативы:

- 2,5 года – называет свои имя, фамилию частично отвечает на вопросы;

- 3 года – хорошо отвечает на вопросы, повторяет простую фразу из 6–7 слов и 3 цифры.

III. Попросите ребенка разложить перед собой предметы так же, как они лежат перед вами: кукла справа, мишка слева. Затем попросите спрятать мишку под стол и достать бумажку из-под стула. Затем спросите, где верх, где низ, что значит – пойти вперед, а что значит пойти назад, что лежит в коробке и под коробкой.

**Диагностика развития эмоционально-волевой сферы.** Изложенные выше задания, направленные на диагностику познавательной сферы, могут быть также использованы для диагностики особенностей эмоционально-волевых проявлений ребенка. Наблюдая за деятельностью ребенка в эксперименте, обращают внимание на следующие показатели:

1. *Общий фон настроения ребенка* (адекватный, депрессивный, тревожный, эйфоричный и т. д.); его активность; наличие познавательных интересов, проявления возбудимости, расторможенности.

2. *Контактность ребенка* (желание сотрудничать со взрослыми). Поверхностность, легкость и связанная с этим неполноценность контакта чаще всего могут быть сопряжены с интеллектуальным дефектом, характерным для детей с интеллектуальной недостаточностью. Затруднение в установлении контакта испытывают дети с симптомами повышенного уровня тревож-

ности, тормозимости, сложностями адаптации к новой обстановке и незнакомым людям, реакциями страха и другими невротическими реакциями. Уход от контакта чаще всего наблюдается в поведении детей с аутизмом и связывается с отсутствием у них потребности в общении, отгороженности, преимущественной направленностью на предметный мир.

3. *Эмоциональное реагирование на поощрение и одобрение.* Поощрение и одобрение вызывают радостную, окрашенную положительными эмоциями реакцию детей уже с самого раннего возраста (1–1,5 года). У невротизированных детей при поощряющем стимулировании наряду с проявлениями радости отмечается резкое повышение результативности выполнения заданий, что происходит благодаря уменьшению эмоционального напряжения. Равнодушное отношение отмечается у детей, не заинтересованных в оценке взрослого, а также у детей, не понимающих смысла и значения одобрения. Природа этого феномена раскрывается в комплексном исследовании ребенка.

4. *Эмоциональное реагирование на замечания и требования.* Фиксируются: реакция ребенка на замечание; исправление ребенком своего поведения в соответствии с замечанием; необходимость более строгих мер для коррекции поведения.

5. *Реагирование на трудности и неуспех в деятельности.* Дети старше 2,5–3 лет самостоятельно способны обнаружить ошибочность собственных действий, при этом определенные аспекты наглядно-действенной ситуации фиксируются в элементарных речевых высказываниях типа: «так, не так», «а как же?», «правильно», «неправильно», «а теперь правильно?», «ой!» Обнаружив ошибку и немедленно среагировав на нее в речевом плане, они затем сосредоточиваются на выполнении заданий и очень серьезно, исправляя ошибки, стараются достичь желаемого результата, обращаясь, по мере необходимости, за помощью ко взрослому.

**Диагностика особенностей формирования предречевой и речевой сфер.** Учитывая сложность экспериментального выявления состояния развития предречевой сферы, мы предлагаем использовать метод опроса родителей для получения более-менее адекватного представления о состоянии развития экспрессивной и импрессивной ее сторон. Следует помнить, что у детей до 2,5 лет может наблюдаться выраженная диссоциация между высоким уровнем развития импрессивных характеристик и низким уровнем развития экспрессивных характеристик речевой сферы. Ниже приводится опросник для родителей (таблица 2).

Таблица 2 – Образец опросника, уточняющего состояние предречевого и раннего речевого развития ребенка

<b>Возраст</b>	<b>Вопросы к родителям</b>	<b>Психологический смысл вопроса</b>
	<p>Может ли ребенок с помощью жестов или звуков сообщать Вам о своих желаниях, состояниях или выразить протест?» Пытается ли он при помощи этих же средств привлечь Ваше внимание? Пытается ли он побудить Вас к игре с ним или к оценке его действий с предметами?</p>	<p>Констатация существования попыток использования невербальных средств общения для выражения просьбы, отказа, для привлечения внимания к себе или к предмету.</p>
	<p>Существуют ли между Вами и Вашим ребенком понятные Вам и ему игры? Узнает ли ребенок знакомые из этих игр слова? Начинает ли он сам играть, услышав их?</p>	<p>Понимание ограниченного числа слов в знакомом контексте</p>
	<p>Как выражает Ваш ребенок свои желания? Использует ли он для этого слова?</p>	<p>Произвольное использование знакомых слов.</p>
	<p>Используете ли Вы при общении с ребенком особые, понятные только Вам и ему слова?</p>	<p>Существование специфического жаргона, понятного только матери и ребенку</p>
	<p>Понимает ли Вас Ваш ребенок, если, обращаясь к нему, Вы не сопровождаете свою речь жестами и мимикой? Например, если Вы спросите: «Где папа?», повернется ли ребенок в сторону отца? Может ли он найти по слову среди нескольких сходных внешне предметов два одинаковых по значению, но разных по цвету и величине?</p>	<p>Понимание слов вне знакомого контекста. Включение в речевое общение достаточного числа более-менее всем понятных слов.</p>
	<p>Перечислите, пожалуйста, слова, которые, по Вашему мнению, знает и произносит ребенок</p>	<p>Объем активного словаря</p>

Продолжение таблицы 2

	Перечислите, пожалуйста, слова, которые, по Вашему мнению, знает и произносит ребенок.	Около 20 слов, среди них: название предметов, с которыми часто играет ребенок; обозначение отношений между предметами (нет больше, еще); слова сообщения (здравствуйте, спокойной ночи, пока); слова, выражающие идеи появления (вот!), исчезновения (нет!). Около 50 слов Около 150 слов
	Пользуется ли Ваш ребенок двухсложными предложениями для выражения своих соображений, переживаний, впечатлений?	Констатация существования, «телеграфных» предложений из двух слов, выражающих узкий круг значений: <i>принадлежность</i> предметов (папины тапочки); <i>местонахождение</i> (дома есть); <i>наличие</i> (это собака); <i>отсутствие</i> (нет молока); <i>исчезновение</i> (нет кошки больше); <i>повторение</i> (еще конфеты)
	Может ли Ваш ребенок принести из другой комнаты какую-нибудь вещь, если Вы попросите его об этом без подсказки жестом?	Понимание слов, обозначающих отсутствующие вещи.
	Пытается ли ребенок задавать Вам вопросы? Отвечает ли он Вам на Ваши замечания и если да, то каким способом (вербально или невербально)?	Понимание необходимости отвечать речью на речь.
	Как пытается Ваш ребенок узнать названия незнакомых предметов? Использует ли он при этом какие-нибудь слова? Если да, то какие?	Использование речи и невербальных средств общения в получении информации.
	Отвечает ли ребенок на Ваши вопросы при рассмотрении картинок?	Использование речи в передаче информации.

Для детей старше двух лет оценку развития экспрессивной стороны речи проводят в процессе беседы, которая поддерживается в течение всего обследования. При этом пытаются выяснить следующие моменты: а) среднюю длину предложений (норма: 2–4 слова); б) попытки использования правил образования множественного числа, прошедшего времени и т. д. (в речи ребенка это отражается в появлении неправильных слов типа «пальты», «трепаю» и т. д.); в) владение правилами морфологии и синтаксиса для простых предложений (ребенок 3,5 лет уже легко может трансформировать фразу: «Скажи маме, что я хочу поиграть с тобой еще» во фразу: «Тетя *сказала*, что *она* хочет поиграть *со мной* еще»); г) использование сложных предложений (норма в 3 года); д) использование речи для разговора о вещах, отдаленных в пространстве и времени (норма: дети старше 3 лет обычно могут говорить о событиях, которые происходили в других местах и в прошлом).

В качестве специальных экспериментальных приемов оценки развития речевой сферы обычно используются следующие.

I. *Называние объектов.* Покажите ребенку несколько простых объектов: бутылочку, куклу, ботинок, машину, мяч, чашку. Спросите его: «Что это?»

Нормативы:

- 18 месяцев – называет 1 объект;
- 2 года – называет 2–5 объектов;
- 2,5 года – называет все объекты.

Задание позволяет составить представление о словаре ребенка.

II. *Идентификация изображений по названию.* Покажите ребенку картинки, изображающие: кошку, собаку, хлеб, петуха, платье, ложку, яблоко. Спросите: «Где кошка?» или «Покажи мне кошку, платье и т. д.»

Нормативы:

- 18 месяцев – указывает 1–2 картинки правильно;
- 2 года – указывает на 5 картинок.

Задание демонстрирует умение ребенка идентифицировать изображения предметов по названию.

III. *Называние изображений.* Покажите ребенку картинки, изображающие: кошку, собаку, хлеб, петуха, платье, ложку, яблоко, машину, чашку, стол, корабль, поезд, автобус, грузовик, троллейбус, самолет, стул, окно, дверь, шкаф, рубашку, шляпку, шорты, носки, ботинки, сливу, лимон, грушу, арбуз, сыр, мальчика, девочку, тетю, дядю, дедушку, бабушку, младенца, гуся, утку, корову, лошадь, плиту, чайник, кастрюлю, сковородку, кровать, нож, вилку, карандаш, тетрадь, газету, книгу. Спросите, показывая каждую картинку отдельно: «Что это?» или «Что тут нарисовано?» Нормативы: 2 года – называет 3–4 картинки.

2,5 года – называет многие картинки из групп: животные, люди, посуда,

одежда, мебель; 3 года – называет все, за исключением 1–2 картинок, из групп: животные, люди, посуда, одежда, транспорт, мебель; 3,5 года – называет практически все картинки. Задание проверяет развитие способности называть изображения, а также словарь ребенка.

*IV. Понимание простых инструкций.* Предложите ребенку выполнить несколько простых инструкций: «дай маме мячик», «положи его на стул», «дай его мне», «подними упавший кубик» и т. д. Нормативы: 18 месяцев – выполняет две инструкции; 2 года – выполняет четыре инструкции; 2,5 года – выполняет более 10 инструкций. Задание демонстрирует понимание обращенной речи взрослого.

### **Диагностика развития двигательной сферы**

*Развитие крупной моторики* оценивают по следующим нормативным показателям:

- 13 месяцев – ходит сам;
- 15 месяцев – ходит длительно, приседает, наклоняется, ползет вверх по лестнице, сам садится в кресло, может встать с коленей;
- 18 месяцев – сам поднимается и спускается по лестнице, может тащить за собой игрушки, перешагивает через палку, лежащую на полу;
- 21 месяц – умеет ходить по поверхности шириной 15–20 см на высоте от пола 15–20 см;
- 2 года – может поднять игрушку с пола, нагнувшись; перешагивает через препятствие, чередуя шаг; попадает по мячу ногой;
- 2,5 года – приставным шагом перешагивает через несколько препятствий, лежащих на полу на расстоянии 20 см друг от друга;
- 3 года – может несколько секунд простоять на одной ноге; поднимаясь вверх по лестнице, ставит по одной ноге на каждую ступеньку; спускаясь на ступеньку, ставит обе ноги; прыгает на двух ногах; может ездить на трехколесном велосипеде.

*Оценка мелкой моторики.* Мелкую моторику можно оценить по выполнению следующих заданий: рисование, построение башни, выполнение заданий с досками, застегивание пуговиц. Дайте ребенку карандаш и бумагу и предложите ему повторить по показу рисунок вертикальной, горизонтальной линий, круга, креста, квадрата, треугольника, учитывая, конечно, его возможности. Если ребенок проявляет определенные умения, попросите его скопировать изображение с образца (в этом случае ребенок не должен видеть, как они были нарисованы). Детей старше трех лет можно попросить нарисовать человечка. Следует иметь в виду, что все тесты на рисование очень сильно зависят от обучения: если ребенок никогда раньше не видел, как держат карандаш, он вряд ли выполнит эти задания. Задания должны предъявляться быстро, пока у ребенка не угаснет интерес.

Нормативы:

- 18 месяцев – повторяет штрих;
- 2 года – по показу повторяет вертикальные и круглые линии;
- 2,5 года – делает две или больше линий при рисунке креста;
- 3 года – копирует круг, повторяет по показу крест, рисует человека («головонога») без туловища;
- 4 года – копирует крест, может сравнить две линии по длине; рисует человека: туловище, голову, руки, ноги.



## **2.2 КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ В СИСТЕМЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ**

### **2.2.1 Коррекционно-развивающая работа с детьми младенческого и раннего возраста: общая характеристика**

#### ***Основные принципы коррекционно-развивающей работы:***

- принцип единства диагностики и коррекции: коррекционная работа строится на основе результатов диагностики, позволяющей определить задачи коррекционной работы, а также оценить эффективность коррекционной работы через оценку изменений в развитии детей;

- принцип комплексности: коррекция – это единый комплекс клинических, психологических и педагогических воздействий;

- принцип реализации взаимодействия: коррекционно-развивающая работа организуется как процесс взаимодействия субъектов – ребенка и взрослого;

- принцип приоритетности опоры на возраст развития ребенка по сравнению с хронологическим возрастом;

- принцип учета закономерностей нормотипичного развития и выделения ведущих линий развития ребенка в определенном возрастном периоде;

- принцип деятельностного и личностного подхода: коррекция основана на понимании ребенка как уникальной личности и направлена на развитие личности, процесс коррекционной работы основывается на организации различных видов деятельности детей с опорой на ведущий вид деятельности;

- иерархический принцип: нарушенные функции становятся основанием для постановки коррекционных задач, а сохраненные функции – основанием, ресурсом для проведения коррекционной работы;

- каузальный принцип: коррекция направляется на устранение причин и источников возникновения вторичных отклонений в развитии.

#### ***Психологические требования к позиции специалиста в коррекционно-развивающей деятельности:***

- хорошее знание специалистом детской психологии, принципов развития и правил обучения;

- принятие ребенка – восприятие ребенка таким, какой он есть;

- признание права ребенка на индивидуальность;

- толерантность ко всем ограничениям и дефицитам ребенка;

– сочувствие переживаниям ребенка;

- восприятие специалистом спонтанной активности ребенка как наиболее ценного его проявления;

- направленность на одобрение ребенка, а не на его наказание;

- освобождение ребенка от нерешительности, страха перед тем, что он должен «сделать хорошо»;

- освобождение родителей от ожидания того, что ребенок должен «хорошо показать себя».

### ***Цели и задачи коррекционно-развивающей работы***

*Цель:* достижение позитивных изменений в психике и поведении детей.

*Задачи* коррекционно-развивающей работы разделяются на две группы: 1) общие для детей независимо от вида нарушений развития; 2) специфические, отражающие особенности развития детей с разными видами нарушений. Задачи различаются в разных возрастных периодах, так как отражают возрастные закономерности психического развития ребенка.

#### ***Общие задачи***

##### *Младенческий возраст*

1. Развитие крупных движений, хватания и ручной моторики.
2. Развитие взаимодействия взрослого и ребенка (установление доверительных отношений во время режимных моментов, стимулирование комплекса оживления, эмоционально насыщенного общения).
3. Развитие зрительного, слухового и тактильного восприятия (стимулирование длительного сосредоточения на лице взрослого, на игрушке, умения проследить движение игрушки в поле зрения, установление зрительно-слухо-моторных координаций; стимулирование восприятия предметов, разных по цвету, форме, размеру).
4. Стимулирование появления пассивной речи (реакции на слово и понимание инструкций); стимулирование речевой активности и лепета.

##### *Ранний возраст*

1. Развитие ручной моторики, действий с предметами,
2. Развитие предпосылок игровой и конструктивной деятельности.
3. Развитие навыков самообслуживания.
4. Развитие восприятия и мышления.
5. Развитие пассивной речи (понимания речи).
6. Развитие активной речи.
7. Развитие общения детей со взрослыми и сверстниками.

#### ***Специфические задачи***

*Дети с нарушением слуха:* приоритетными задачами коррекционно-развивающей работы с детьми с нарушением слуха в возрасте до трех лет является развитие слухового восприятия и речи, которые выступают в роли ключевых факторов успешной социализации.

*Дети с нарушениями зрения:* в младенческом возрасте приоритетным является развитие эмоционального общения со значимым взрослым; восприятия; основных движений и действий с предметами; доречевых реакций и речи; в возрасте от одного года до трех лет в приоритете развитие:

предметных действий и формирование предпосылок игровой деятельности; навыков самообслуживания; зрительного восприятия.

*Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата:* в возрасте до 1 года в приоритете следующие задачи: развитие эмоционального общения со значимым взрослым; стимуляция общего двигательного развития и коррекция его нарушения; нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата, коррекция кормления; развитие сенсорных процессов; формирование движений руки, действий с предметами, доречевых реакций и речи. В возрасте от одного года до трех лет в приоритете следующие задачи: стимуляция общего двигательного развития и коррекция его нарушения; развитие предметных действий и формирование предпосылок игровой деятельности; стимуляция сенсорной активности; развитие общения, речи, функциональных возможностей кистей и пальцев рук, зрительно-двигательной координации.

*Дети с РАС.* В приоритете следующие задачи: развитие невербальной коммуникации, формирование разделенного внимания, умения имитации; развитие невербальной коммуникации, развитие вербальной коммуникации.

### **2.2.2 Сенсорная стимуляция как метод ранней помощи**

Необходимость раннего вмешательства в развитие ребенка обосновывается положением о том, что чем раньше выявлен факт отклонения в развитии ребенка и начато вмешательство, тем большего эффекта можно достичь в коррекции отклонений. Такой вывод основан на теоретических положениях о том, что мозг ребенка созревает прижизненно, под влиянием внешней стимуляции, он является пластичным, а потому высокообучаемым. Из этого положения следует вывод о высоком темпе развития ребенка в первые годы жизни.

При высоком темпе развития ребенка любые отклонения от нормального хода развития или отставания в сроках появления основных психических функций и качеств обуславливают высокую вероятность накопления, негативных тенденций в развитии, углубления имеющихся дефектов у ребенка. Дефицит впечатлений от внешнего мира в этот период пагубно отражается на психическом развитии ребенка, так как в этот период, по мнению Л. О. Бадаляна, происходит так называемое первичное обучение, то есть формируются «нейронные ансамбли», которые в дальнейшем являются фундаментом для более сложных форм обучения. В связи с этим остро стоит вопрос о содержании ранней коррекционной помощи ребенку, которое должно быть адекватно как содержанию психического развития ребенка на данном возрастном этапе, так и способствовать стимуляции процессов созревания головного мозга и преодолению основных дефектов, появившихся

у ребенка в первые месяцы его жизни, то есть решению задач реабилитации развития ребенка.

Развитие головного мозга происходит за счет разнообразных стимулов, поступающих в него через органы чувств из внешней среды. У ребенка имеется врожденная потребность во впечатлениях, он рождается с анализаторами, готовыми к функционированию.

Основным содержанием психического развития в первые месяцы жизни является развитие всех анализаторов и увеличение их способности принимать и перерабатывать все более сложные внешние стимулы, а также развитие совместной работы нескольких анализаторов. В первые месяцы жизни появляются также первые движения, возникновение которых связано со стремлением ребенка получить впечатления от предметов окружающего мира. К ним относятся удержание головы в положении лежа на животе, фиксация взгляда на предмете и прослеживание движения предметов в поле зрения, протягивание руки в сторону предмета, ощупывающие движения руками, повороты со спины на живот и обратно.

Внешняя стимуляция осуществляется по двум основным взаимосвязанным направлениям. Во-первых, стимуляция является результатом собственной активности ребенка, который смотрит, слушает, дотрагивается до предметов, перемещает свое тело в пространстве под влиянием собственных потребностей; во-вторых, она является результатом специальной организации взрослыми «потока» внешних стимулов, когда ребенку предлагают стимулы разной модальности, перемещают его в пространстве и обучают воспринимать эти стимулы.

Эти положения могут быть использованы для обоснования необходимости внешней стимуляции с периферии анализаторов для стимуляции созревания мозга у детей с органическими поражениями ЦНС. Для ребенка с патологией центральной нервной системы характерна сниженная активность с самого рождения: не выражена потребность во впечатлениях, с опозданием появляются реакции со всех анализаторов, позднее появляются основные движения. Поэтому для такого ребенка необходима специально организованная дополнительная внешняя стимуляция.

Ребенок не может самостоятельно выбрать именно те стимулы, которые необходимы для его мозга, он предпочитает реагировать на те стимулы, которые воспринимаются сохранными анализаторами, и избегать тех, которые поступают на частично пораженные органы чувств. Отдельные группы стимулов ребенок может специально избегать, так как они вызывают у него гиперестезию. Поэтому набор стимулов, необходимых для нормального развития ребенка, но доступных ребенку с патологией центральной нервной системы, ограничен.

### ***Виды сенсорных стимулов:***

- зрительные (свет, темнота, цвет, форма, величина, яркость и др.);
- слуховые (звуки разной высоты, тембра, громкости, звуки от разных предметов, предметов разной фактуры, музыкальные звуки, речевые звуки);
- тактильные (предметы и материалы, контактирующие с кожей разных частей тела ребенка, различающиеся по следующим характеристикам: твердость-мягкость, шероховатость-гладкость, тяжесть-легкость, сильное давление - слабое давление и др.);
- температурные (предметы, контактирующие кожей, имеют разную температуру);
- вибрационные (разная частота вибрации предметами по коже);
- вкусовые (на язык ребенка попадают вещества с разным вкусом – сладкие, соленые, кислые, горькие);
- обонятельные (различные запахи);
- кинестетические (изменение положения тела и его отдельных частей в пространстве, перемещение тела и его отдельных частей в пространстве, переход от положения покоя к движению);
- проприоцептивные (надавливание в области крупных и мелких суставов, активные и пассивные движения в них).

В условиях Центров, оказывающих раннюю помощь, сенсорная стимуляция может проводиться как специальное занятие специалиста с ребенком и как элемент (составная часть) других коррекционно-развивающих занятий. Сенсорная стимуляция может также организовываться в ситуациях повседневного общения близких взрослых с ребенком.

На занятиях ребенку предлагаются стимулы разной модальности и организуется их восприятие ребенком. Специалист фиксирует реакцию ребенка на различные виды стимулов и составляет программу их предъявления ребенку в зависимости от характера нарушений и реакции ребенка на эти стимулы.

Оптимальным является такой вариант, когда удастся предъявить все виды стимулов ребенку и побудить воспринять их и отреагировать на их предъявление. Однако для реализации такого варианта имеется ряд ограничений. Во-первых, это ограничения организационного характера, когда отсутствуют условия для предъявления определенных стимулов, чаще всего это вкусовые и обонятельные стимулы, ограничение времени занятий. Во-вторых, это ограничения, которые задаются характером нарушений, имеющих у ребенка. Так, интенсивная зрительная стимуляция может вызвать у ребенка судороги, а зрительная или звуковая стимуляция являются бесполезными соответственно для ребенка с тотальной глухотой или слепотой.

При отборе стимулов следует пользоваться следующими правилами.

1) При отсутствии у ребенка реакции на стимул или при реакции слабой интенсивности следует предъявлять интенсивные стимулы; при появлении реакции ребенка интенсивность стимула снижают, чтобы вызвать у него реакцию и на стимулы слабой интенсивности.

2) При наличии у ребенка очень сильной, как правило, негативной реакции на сенсорные стимулы (гиперестезии), интенсивность стимула сначала должна быть минимальной и постепенно возрастать, в результате происходит адаптация ребенка к слишком сильным для него стимулам.

На одном занятии ребенку предъявляют стимулы разных модальностей, чередуя модальности между собой. Ребенок видит предметы, слышит звуки, исходящие от предметов и от человека, чувствует прикосновение к разным частям тела материалов разной фактуры и температуры, вдыхает различные запахи, ощущает перемещение своего тела в пространстве и т. д. Продолжительность занятия – 20–30 мин.

**Набор оборудования для сенсорной комнаты.** В комнате должно регулироваться освещение, используются шторы для затемнения, а также используются различные источники освещения.

Тактильные стимулы: различные по качеству предметы обихода, игрушки, поверхности (ткани разной фактуры – шелк, мех, бархат и т.д.; губки, мочалки, мячики, бусы из различного материала).

Зрительные стимулы: игрушки разные по цвету и форме, качеству; яркие предметы, например погремушки, вырезные контуры, карманный фонарик, яркие цветные ленты из бумаги и тканей, дождик, гирлянды, рельефные, пушистые, матерчатые куклы и другие игрушки в форме животных; плакаты, картины, фотографии, цветные открытки, шары из фольги и бумаги.

Слуховые стимулы: игрушки, производящие звуки, погремушки, колокольчики (металлический и глиняный), бутылочки или коробочки с различными наполнителями (крупы, бусинки и т. д.), бумага различного качества (обычная, целлофан и т. д.), музыкальные инструменты.

Стимулы для развития вестибулярного чувства: качели, гамак, водный матрас, качалки.

### ***Примерный план-конспект занятия по сенсорной стимуляции***

**Цель:** развитие тактильной, зрительной, слуховой и вестибулярной чувствительности. Возраст развития ребенка – 1–2 месяца.

#### ***Упражнения:***

1. Поглаживание различных частей тела ребенка мехом, мочалкой, шершавой губкой, педагог описывает при этом свои действия и качества предмета, например, «Гладим ручку мягким, пушистым». Необходимо наблюдать, как реагирует ребенок на прикосновения.

2. В поле зрения ребенка медленно перемещать яркие предметы: погремушку, карманный фонарик, образную игрушку, называя и описывая их

качества. Учить ребенка фиксировать взгляд на предмете, проследить за ним. Вложить ребенку игрушку в руку.

3. Используя колокольчик, громкую погремушку, вызвать у ребенка слуховое сосредоточение.

4. На расстоянии 30–40 см от ребенка продемонстрировать яркий или сверкающий предмет сначала с одной стороны, затем с другой стороны.

5. Разговаривать с ребенком или напевать ему, приближая свое лицо на расстояние в 15–20 см. Вызвать сосредоточение на лице взрослого.

6. Поднять ребенка на различные уровни высоты. Покачать ребенка в разных направлениях.

### **2.2.3 Развитие ручных умений (тонкой моторики) у детей раннего возраста<sup>3</sup>**

Работа рук ребенка, контролируемая зрением, является одним из проявлений созревания нервной системы и одновременно свидетельствует о развитии интеллекта. В соответствии с законами созревания нервной системы готовность к организованному действию наступает поочередно в группах мышц, начиная от самых близких к середине тела. Например, движения всего плеча, переходя поэтапно с каждым разом дальше к краю тела, охватывает поочередно движения в локте, в запястье, а в конце – движения пальцев. Чувствительность и усовершенствование движений кончиками пальцев является одним из элементов, а заодно показателем общего созревания центральной нервной системы. Поэтому упражнение на захват и поднимание с поверхности мелких предметов кончиками пальцев является таким важным этапом в развитии способности хватания под контролем зрения. В среднем ребенок начинает уже самопроизвольно в этом упражняться в возрасте 11–12 месяцев. Нередко это вызывает раздражение у родителей, так как ребенок, несмотря на запреты, стремится поднимать с пола и с земли каждую мелочь. Следовательно, в этот период ребенку следует подбрасывать маленькие игрушки. Если мы боимся того, что ребенок может подавиться, можно дать ему бусы, нанизанные на очень прочную нитку или куклу, одетую в платье, которое застегивается на маленькие пуговички. Способность точных движений пальцев и движений мышц гортани, активных при разговоре, развивается параллельно. Поэтому при терапии детей с проблемами речи много внимания уделяется упражнениям на движения всего тела, а также развитию подвижности пальцев.

---

<sup>3</sup> Излагается по: U źródeł rozwoju dziecka : o wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego / H. Olechnowicz [i in.] ; pod red. H. Olechnowicz. – Warszawa : Nasza Księgarnia, 1988. – 198 s.

Нормально развивающиеся дети сами «прописывают» себе такие упражнения, и роль взрослых ограничивается тем, чтобы им в этом не мешать. Совсем по-другому ведут себя дети с умственными ограничениями – большинство из них, включая детей с синдромом Дауна, скорее избегают использования кончиков пальцев. Кто внимательно приглядывался к ладони ребенка с синдромом Дауна, заметил, что она часто принимает выгнутую форму, и если мы будем отгибать ладонь наружу, можем почти сложить ее как перочинный нож. В таком положении нельзя ничего схватить или пощупать пальцами. Ребенок охотнее толкает или прижимает основанием ладони, удаляя пальцы от твердого предмета, отводя их как можно дальше. При легких органических поражениях нервной системы дети могут незначительно отставать в умственном и речевом развитии, но работа руками требует от них действительно огромных усилий.

Организовывая игры детей с предметами, нужно стараться побуждать детей пользоваться пальцами обеих рук. Это важно для познавательного развития маленьких детей: ощупывая предметы обеими руками, они могут лучше изучать их форму, фактуру и размеры, чем если бы они это делали одной рукой. Когда ребенок работает обеими руками, это означает, что он полностью вовлечен в то, что делает, что игра поглощает все его внимание, и что он принимает в ней живое эмоциональное участие. При этом обе руки ребенка находятся в поле его зрения, и он выполняет действия с предметами под контролем зрения.

Ребенок должен упражняться также в умении владеть движениями в больших суставах в плече и локте. Таким упражнением, например, является рисование больших композиций на мольбертах или вертикально установленной доске. Для детей с отклонениями в развитии рисование на большой вертикальной доске особенно полезно, так как дополнительно позволяет ребенку удерживать голову. Большие форматы рисунков также по понятным причинам рекомендуются для всех детей с недостатками зрения, к которым относится и большинство детей с синдромом Дауна.

Работа рук под контролем зрения является необходимым этапом в развитии мышления. Только таким образом ребенок может выработать элементарные представления о предметах, которые при связывании со словами будут предвестниками абстрактных понятий.

В процессе действий с предметами ребенок учится понимать, что вещь, которая исчезла с поля зрения, дальше существует, что она может быть спрятана и найдена; что вещи могут существовать вместе или отдельно, они могут быть соединены или разделены, что из двух вещей можно склеить одну, что одна вещь может быть внутри другой; что человеческое тело и неодушевленные предметы отличаются; что наши руки и ноги являются частью нас самих. Вначале младенец, направляя взгляд на предмет,



видит только пятно. Он еще не знает, что то, что он видит, имеет тяжесть, не знает шероховатый это предмет или гладкий, не знает, находится он далеко или близко. Младенцы должны приобретать знания о том, какими являются видимые предметы и их свойства, а особенно знание об их трехмерности. Недостаточно один раз ощупать игрушку пальцами – нужно провести много таких экспериментов.

Ребенок учится на опыте: рис можно рассыпать, а потом собрать, и это будет тот самый рис, хотя совсем по-другому он выглядит в посуде и на подносе; кусочек пластилина можно разорвать на две части, а потом опять сделать из них одну; вода, перелитая из ведерка в таз, – это та самая вода, за переливанием которой ребенок может смотреть, наблюдая, как она течет; если спрятать что-нибудь в ведерко, а потом достать, это будет одна и та же игрушка. Ребенок должен на практике, на опыте убедиться в том, что песок нужен для пересыпания, краска для рисования, вода для поливания, машина для езды, а кукла для убаюкивания.

Можно предположить, что с момента существования человечества натуральные материалы были первыми игрушками для самых маленьких детей. Поколения маленьких детей находили приятным занятием болтать воду, песок, мешать ногами размокшую скользкую грязь. У детей с особенностями развития в их повседневной жизни особенно трудный доступ к играм с натуральными материалами. Обычно они часто болеют; оберегаемые от простуды и микробов, редко играют с водой и песком. Во многих семьях любой мусор считается вредным, а вымазанные руки считаются проявлением невоспитанности, как что-то, чего следует стыдиться. Престиж для семьи – это умственная работа и чистые руки, не выпачканные при контакте с тем, что может к ним прилипнуть. В городских цивилизациях подобное отношение и родители, и воспитатели проявляют очень часто, хотя не всегда это осознают.

При организации коррекционно-развивающей работы с детьми, возраст развития которых младше 3-х лет, можно ориентироваться на последовательность стадий развития действий с предметами, предложенную Г. Олехнович. Эта шкала включает способы обращения с предметами, которые у нормально развивающихся детей наблюдаются в возрасте от 4 до 24 месяцев жизни.

1. Держит игрушку не менее 30 секунд.
2. Придвигает игрушку к губам и исследует губами.
3. Изучает игрушку взглядом – поднимает ее и смотрит на нее в течение минуты.
4. Простые двигательные схемы (тренирует двигательную схему, не обращая внимания на вид игрушки); ударяет или гладит игрушку ладонью,

ударяет игрушкой о поверхность, стучит одной игрушкой о другую, потрясывает ею и машет.

5. Изучает игрушки – начинает концентрировать внимание на структуре самой игрушки и проявлять активность при изучении. Уже не только смотрит на нее, но начинает ее исследовать: крутит, обхватывает, касается выпуклостей и т. д.

6. Сложные двигательные схемы – ребенок начинает приспосабливать соответствующие двигательные схемы к особым свойствам отдельных игрушек, например, скольжение игрушек по поверхности, сгибание и комканье поддающихся этому материалов, качание, разрывание и растягивание, потирание одного предмета о другой, вкладывание одного в другой и т.д.

7. Откидывание – умышленно и многократно выпускает игрушки, бросает их довольно далеко. Эти формы следует отличить от желания избавиться от игрушки, которая уже надоела. Когда кидание является игрой, ребенок стремится получить обратно игрушку, чтобы ее повторно бросить.

8. Символические действия – схемы действий приспособлены к свойствам предмета, но ребенок делает вид, что пьет из чашки, надевает бусы, «ездит» на машине, строит из кубиков, качает куклу, «нюхает» искусственный цветок, надевает кукле ботинки, ведет куклу.

9. Показывает игрушки – когда взрослый присутствует во время игры, ребенок показывает ему игрушки так, как если бы хотел быть инициатором социального контакта или поделиться личным опытом. Протягивает игрушку по направлению к взрослому так, чтобы он мог к ней присмотреться (надо отличить это от желания избавиться от игрушки). Ребенок спонтанно называет предмет или его часть, делает это во время предъявления предмета или после его осмотра (название это может быть произнесено на детском языке, ребенок может одновременно показать названный предмет). Называние предмета следует отличить от употребления названия с целью выражения желания (в значении «я хочу»).

#### **2.2.4 Коррекционная работа по развитию ручных движений у детей раннего возраста с неврологической патологией<sup>4</sup>**

Рука – важнейший инструмент человеческого организма. Ее функции многообразны, а значение огромно. На первом году жизни ребенка уже к 3–4 месяцам формируется координация «глаз-рука-предмет». Это

---

<sup>4</sup> Автор-составитель – Дмитрук Ирина Ивановна, учитель-дефектолог ГУ «Брестский областной центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус»

является важнейшей предпосылкой, важнейшей частью акта хватания. Почему природа позаботилась о возникновении акта хватания в столь раннем возрасте? Ребенок находится в постоянной активности, и очень важную роль в его взаимодействии с окружающим миром играют руки. Руками ребенок обследует свое окружение, и именно через руки мозг ребенка получает огромный поток информации. Как известно, зона коры головного мозга, отвечающая за движение кисти и пальцев рук является одной из самых обширных зон коры. Поэтому при включении руки в деятельность крупный участок коры головного мозга активизируется, а сигналы, поступающие с периферии, являются «пищей» для развивающегося мозга. При этом количество информации и разнообразие сигналов играют огромную роль. Только полностью сформированные функции руки дают возможность полноценно отражать окружающий мир.

Развитие функций руки тесно связано с формированием общей моторики. На всех этапах жизни ребенка движения рук играют важную роль в становлении реакций выпрямления и равновесия. Руки принимают участие в поддержании позы на животе, повороте туловища со спины на живот, в способности садиться, вставать, то есть в изменении положения тела.

При наличии у ребенка неврологической патологии, или органического поражения ЦНС, в том числе ДЦП, наблюдаются нарушения ручных движений разной степени тяжести. Все они характеризуются нарушением ловкости, точности и целенаправленности тонких движений, а также снижением силы пальцев. Степень тяжести нарушений ручных движений зависит от степени тяжести неврологического дефекта.

Характер нарушений ручных движений у детей с ДЦП зависит от формы и степени тяжести ДЦП.

1. *Спастическая диплегия* характеризуется повышенным тонусом мышц преимущественно в нижних конечностях. Спастическая диплегия в чистом виде встречается редко, в основном она сопровождается повышенным тонусом преимущественно в одной руке. Эта форма характеризуется снижением общей моторики рук: недостаточная сила, координация движений рук, пальцев, страдает дифференцированный захват.

2. *Гемипаретическая форма*: страдает одна сторона (рука + нога); характеризуется значительным нарушением функций кисти, ограничением активных движений и, как следствие, отсутствием силы в поврежденной конечности.

3. *Гиперкинетическая форма*: нарушение движений в виде гиперкинезов – насильственных движений; характеризуется нарушением целенаправленности движений, формированием патологических форм захвата и других движений.

4. *Двойная гемиплегия (спастический тетрапарез)*: повышенный тонус мышц преимущественно в верхних конечностях; характеризуется грубым нарушением ручных движений.

5. *Атонически-астатическая форма*: снижение тонуса; характеризуется нарушением в виде снижения силы в кистях, пальцах.

**Развитие силы хватания.** При рождении у детей наблюдается хватательный рефлекс: если вложить ребенку в ладони свои пальцы, то он хватает их так, что, если его поднять, он будет удерживать вес своего тела за счет хватательного рефлекса. В норме к 3-м месяцам хватательный рефлекс исчезает. К 4–5 месяцам формируется акт хватания. Ему предшествуют зрительная сосредоточенность, ощупывание случайных предметов. В норме он должен осуществляться по средней линии. В этот момент формируется ладонный захват. Постепенно движения развиваются, и к 6–8 месяцам ребенок уже может удерживать предмет всеми пальцами (т. н. пальмарный захват). К концу 9-го месяца ребенок может целенаправленно упускать предмет. К 10 месяцам у ребенка начинает формироваться дифференцированный захват: маленький предмет берет выпрямленными указательными и большими пальцами (пинцетный захват); захват тремя пальцами; примерно в 11–12 месяцев ребенок берет маленький предмет кончиками пальцев: согнутым указательным и большим пальцами (цанговый захват).

У детей с органическими поражениями ЦНС формирование акта хватания задерживается, или он формируется в искаженном виде (захват сбоку, отсутствует правильное положение пальцев при захвате). Дифференцированный захват появляется позже и (или) формируется с трудом. В тяжелых случаях хватательный рефлекс не исчезает, и это осложняет акт хватания.

#### **Диагностика ручных движений**

1. Проверяем одновременно уровень движений в плечевом и локтевом суставах: просим ребенка вытянуть руки вперед и смотрим: а) нет ли сгибания в локтевом суставе; б) руки подняты на уровень плеч; в) как долго может удерживать руки в таком положении (рука, которая опустилась раньше, пострадала больше).

2. Повернуть ладонями кверху (руки выпрямлены в локтевых суставах) – супинация – пронация.

3. Поднять руки вверх: оценка подвижности плечевого сустава.

4. Поднять руки в стороны: оценка отведения.

5. Кисть правой руки положить на левое предплечье и наоборот – оценка приведения.

6. Вращательные движения в лучезапястном составе – подвижность.

7. Кисть (кулачок – ладошка): а) возможность раскрыть ладонь; б) отведение большого пальца.

8. Пальчиковые пробы: «пальчики здороваются»; оценка дифференцированного захвата.

9. Просим ребенка сжать руку взрослого одной, затем другой рукой – оценка силы кисти и пальцев.

### ***Коррекционно-развивающая работа***

1. В процессе коррекционной работы восстанавливается нормальная последовательность развития ручных движений. Она может проводиться как с группой детей, так и индивидуально.

2. В коррекционную работу с тонкой моторикой обязательно включаются упражнения и на крупную моторику рук. Это связано с тем, что формирование контрактур и патологических установок происходит с проксимальных отделов, а патологические установки в дистальных отделах формируются позже. Последовательность коррекционной работы: начинаем с проксимальных отделов (верхний плечевой пояс) и продолжаем с дистальными отделами (кисти).

3. Независимо от возраста, мы работаем исходя из уровня развития ручных движений каждого ребенка и проходим последовательно все стадии развития и формирования захвата. Исключение составляют дети с тяжелыми двигательными нарушениями. Цель работы с такими детьми: максимально приспособить двигательные возможности ребенка к выполнению элементарных навыков самообслуживания.

4. Часть детей выполняет движения под влиянием тонических рефлексов, к этому могут присоединяться гиперкинезы и синкенезии (содружественные движения). Наша задача перед началом работы максимально снять влияние патологических движений, для чего нужно правильно подобрать позу для ребенка).

5. Все упражнения выполняют в направлении, противоположном деформации. Поэтому нельзя выполнять упражнения на увеличение объема движения на суставах, у которых уже есть гипермобильность или избыточность движения в одной из плоскостей.

6. Нельзя выполнять движения насильственно. Растягивающие упражнения при пассивной разработке сустава часто бывают неприятны ребенку (например, фиксация руки в положении супинации), но они не должны вызывать сильную боль. Движения нужно выполнять медленно, осторожно. При пассивной разработке суставов обязательна фиксация выше и ниже разрабатываемого сустава.

7. Самостоятельной работе ребенка обязательно должен предшествовать показ (выполнять медленно и четко) образца действия взрослым. При необходимости взрослый помогает ребенку в выполнении движений.

8. Необходима многократность повторений одних и тех же движений, упражнений.

9. Эффективность коррекционной работы повышается при предварительном выполнении расслабляющих процедур (парафин), а также специальных расслабляющих движений (покручивание и одергивание кончиков пальцев, сгибание и разгибание в локтевом суставе, потряхивание кисти).

10. Коррекция ручных движений осложняется тем, что у части детей имеется задержка психического развития. У детей снижена познавательная активность, мотивация, что сказывается на успешности коррекционной работы в целом, в том числе и ручных движений.

11. На занятиях работаем максимально на пораженной руке. Ложку и ручку (карандаш) даем только в ведущую руку. Задания, требующие включения обеих рук, выполняются так, как это удобно ребенку.

12. Особенность коррекции ручных движений у детей в возрасте до трех лет заключается в том, что в этом возрасте требуется более частая смена деятельности (материала) детей и уменьшается количество повторений одного и того же действия.

13. Все задания на ручные движения с детьми до трех лет проводятся в игровой форме, потому что дети в этом возрасте еще не могут выполнять эти задания как монотонную повторяющуюся цепочку действий. В этом случае они очень быстро потеряют к ней интерес.

#### ***Упражнения для развития ручных движений***

*Плечевой сустав:* упражнения типа «Паровозик», «Лыжники»; перекладывание предметов вытянутой рукой в сторону, вверх, вперед; брать предмет из разных положений, стимулируя разгибание всех суставов; снимать прищепки с предплечья и плеча.

*Локтевой сустав:* для разработки локтевого сустава ребенку предлагают действия с предметами, находящимися первоначально на более близком расстоянии от ребенка с последующим постепенным удалением (вышеперечисленные упражнения) или, например, складывание пирамидки или фигурок лего на середине стола, на противоположном крае.

*Предплечье:* упражнения на супинацию, приемы: а) «Молоточки», «Покажи ладошки солнышку»; б) захват в положении супинации; в) игра «Что спряталось в ладошке»; г) работа с фасолью (собираем по одной в кулак); д) лабиринты;

*Лучезапястный сустав:* закручивание и раскручивание болтов, крышек; заточка карандашей; лабиринты; перекладывание фасоли ложкой; наматывание ниток; выбивать шарики, забивать гвоздики; различные вращательные движения (поворот ключа).

*Кисть:* упражнения пальчиковой гимнастики и потешки (поочередное загибание-разгибание пальцев в кулак и т. д.); захваты крупных предметов, плоских предметов, горстью, в «воздухе», с поверхности, из емкости; пинцетный захват: вбрасывание шариков в бутылочку, складывание в ямочки,

различные вкладыши с ручками, собирание фасоли, камешек, вбрасывание монеток разной величины.

Для стимуляции изолированных *движений указательного пальца* используют следующие упражнения: надавливание указательным пальцем на кнопки, издающие звук предметы, выключатели, клавиши фортепиано; рисование фигур на песке; вращение диска телефона; нанесение отпечатков пальца на бумагу, стекло; игра с маленькими куклами, предметами, одевающимися на палец.

Если ребенок не может изолированно двигать указательным пальцем, разработке его движений способствует удержание остальных пальцев в согнутом состоянии (это же касается и дифференцированного захвата).

Для тренировки противопоставления и приведения большого пальца используют следующие упражнения: сдавливание мягких звучащих игрушек, прищепок указательным и большим пальцами; раздвигание ножниц или надетой на два пальца мягкой резинки (выпрыгивающая лягушка); рукопожатие.

Упражнения на развитие силы пальцев: упражнения с песочным мешочком (поднимание пальцами и удерживание под счет); разборный мяч; различные виды конструктора; перенос воды шприцем; перенос ватных тампонов пинцетом; снимать-надевать прищепки (с бортика, с веревки, с себя); вдавливание пальцами в пластилин спичек, зерен.

Упражнения, которые воздействуют комплексно на несколько групп мышц: различные виды рамок с застежками (крупные и мелкие пуговицы, липучки, крючки, кнопки, пряжки, шнуровки); различные виды шнуровок (дерево, машина); различные виды нанизывания (макароны на веревочку, бусы, бисер); различные виды конструктора (трубочки, змейка); различные виды мозаики; дидактические игры типа «Собери урожай», игра с гвоздиками; упражнения на точность: «рыбалка», башня на сфере.

Вся работа по коррекции ручных движений является подготовительным этапом в формировании навыков самообслуживания, то есть для овладения теми действиями, которые делают ребенка независимым от других, самостоятельным.

## 2.2.5 Ранняя помощь детям с разными видами нарушений развития

**Реабилитаций детей раннего возраста с детским церебральным параличом.** Система реабилитации детей раннего возраста с церебральным параличом разработана и реализуется в ГУ «Брестский областной центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями “Тонус”». 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 первом 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 втором 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 третьем 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.

**Стимулирование речевого развития в раннем возрасте.** Оказание ранней помощи детям с нарушениями речи 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 (ЗРР) нуждаются в раннем начале специальной психолого-педагогической помощи с целью своевременной компенсации дефектов речевого развития и предупреждения вторичного и третичного дефектов. 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 неудачи 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 в процессе их взаимодействия.

Многочисленные данные свидетельствуют о необходимости формирования у матери компетентности в общении с ребенком, в котором создаются условия для речевого развития ребенка и предупреждения нарушений речевого развития.

Как установлено в работах зарубежных авторов, 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 руководить процессом развития речи у маленьких детей. В частности, статистически доказательные результаты формирования родительской

компетентности в области речевого развития приводит А. Бушман в рамках разработанного ею Хайдельбергского родительского тренинга.

Несмотря на то что у значительного числа детей с задержкой экспрессивной речи проблема не решается спонтанно, родителями широко используется подход «подождать и посмотреть, что будет». Родительский тренинг для стимулирования речевого развития детей является превентивной, эмпирически обоснованной, эффективной и детально разработанной программой раннего вмешательства; 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.

Результаты оценки эффективного родительского тренинга показали, что в возрасте трех 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. Таким образом, 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.

**Терапия и раннее вмешательство при расстройствах аутистического спектра.** Огромная исследовательская работа, результаты которой освещены в тысячах публикаций в научных и научно-практических журналах, являются основой разработки и апробации специальных программ ранней помощи для детей с расстройствами аутистического спектра. Цели и задачи программ помощи этой категории детей направлены как на преодоление дефицитов, имеющих у детей с РАС, так и на обеспечение их благополучного развития.

**Использование методов сенсорной интеграции.** Поведение человека определяется тем, какими способами он получает информацию об окружающем мире с помощью психических процессов сенсорно-перцептивных процессов (ощущение, восприятие, сенсорная интеграция). (Рисунок 1).

*В теории сенсорной интеграции основным является положение о взаимосвязи в онтогенезе сенсорных процессов, эмоций, внимания и поведения.*



**Рисунок 1 – Иерархия процессов развития –  
Модель Taylor/Trott, 1991**

Сенсорная интеграция – это объединение, упорядочивание, структурирование и наделение смыслом ощущений, поступающих от окружающей среды и тела человека. Нарушение процессов обработки сенсорной информации приводит к различным нарушениям процессов жизнедеятельности человека, его поведения и эмоциональной сферы, отношений с другими людьми. Поведение, характерное для ребенка с РАС, очень часто является следствием его сенсорного опыта – понимание сенсорного мира ребенка позволяет понять и особенности его поведения.

*Нарушение обработки сенсорной информации* – это комплексное 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.

У детей с РАС нарушения обработки сенсорной информации встречаются в 90 % случаев, в том числе в период раннего развития ребенка. Трудное поведение ребенка, нарушения процессов питания и сна, сложности

включения ребенка во взаимодействие, эмоциональные расстройства могут быть объяснены специфическими особенностями сенсорного профиля ребенка.

Для детей с РАС типичны различные *страхи*, которые являются следствием особенностей сенсорной интеграции. Страхи детей с РАС индивидуальны, они могут значительно различаться у разных детей, что связано с индивидуальным сенсорным профилем ребенка. По содержанию страхи разделяются на типичные для детей соответствующего возраста, и неадекватные, нетипичные для детей вообще. Дети с аутизмом боятся остаться одни, потерять мать, боятся чужих, новой обстановки, высоты, лестницы, огня, животных, людей в белых халатах, инъекций. К нетипичным страхам относятся страх различных бытовых шумов (пылесоса, электробритвы, шума лифта, шума воды в водопроводных трубах); страхи не только громких, но и тихих звуков, что выглядит необычно (шелеста листьев, газеты, жужжание мухи).

Страхи могут быть вызваны зрительными стимулами: включением света люстры, мельканием бликов на стекле, солнечным светом. Страхи могут носить обобщенный характер: дети боятся всего черного или всего красного, всего круглого, всего блестящего. Вызывает страхи и вид определенных предметов, таких как гибкий шланг душа, подсолнух, шишки репейника. Еще одна группа страхов связана с тактильной сферой: дети боятся всего мокрого, прикосновений к лицу даже таких легких предметов, как вата, пушинки одуванчика.

Так как при повышенной чувствительности ребенок с аутизмом избегает сенсорных стимулов, поэтому он не воспринимает их в полном объеме, поэтому у него возникает состояние *сенсорной депривации*, при которой ощущается недостаток, дефицит сенсорных стимулов. Сенсорная депривация, возникающая из-за избегания ребенком сенсорных стимулов, преодолевается с помощью *аутостимуляции* (самораздражения) – это настойчивое стереотипное извлечение сенсорных ощущений с помощью окружающих предметов из своего тела. Аутостимуляции наблюдаются в разных модальностях: в зрительной – ребенок перебирает пальцами перед своими глазами, подолгу бессмысленно механически перелистывает страницы книги, глядя на мелькание страниц, двигает головой, глядя на яркое цветное пятно; в слуховой – ребенок подолгу звенит предметами; в кожно-кинестетической – совершает разнообразные ритмичные движения, чтобы испытать соответствующие ощущения.

Специалисты, использующие методы сенсорной интеграции, могут построить и реализовать индивидуальную программу «Сенсорная диета», которая основывается на диагностике сенсорной сферы ребенка и построении индивидуального сенсорного профиля.

*Каждый ребенок с РАС отличается индивидуальным сенсорным профилем, характеризующим функционирование сенсорных систем, каждая из которых направлена на получение ощущений разной модальности*

*Индивидуальный сенсорный профиль ребенка* состоит из набора гиперсензитивных (повышенная чувствительность) и гипосензитивных (пониженная чувствительность) функций в разных модальностях.

*Сенсорная гиперчувствительность (гиперсензитивность)* проявляется в разных модальностях, она рассматривается как сенсорная защита и характеризуется крайне негативными реакциями ребенка на обычные сенсорные стимулы, вплоть до непереносимости определенных сенсорных стимулов, что может мешать повседневной деятельности и вызывать стресс у детей и их семей. В случае гиперчувствительности ребенок стремится избегать определенных стимулов.

*Сенсорная гипочувствительность (гипосензитивность)* проявляется также в разных модальностях и характеризуется сенсорным поиском, то есть направленность на поиск ощущений в тех модальностях, в которых обнаруживается сниженная чувствительность. В случае гипочувствительности ребенок стремится намеренно получать сенсорные стимулы.

*Сенсорная гиперестезия* является одной из наиболее очевидных особенностей ребенка с РАС: ребенок особым образом реагирует на обычные сенсорные стимулы, демонстрируя даже парадоксальные реакции; может проявляться во всех модальностях:

- *слуховая модальность*: ребенок закрывает уши, если слышит самые обыкновенные, повседневные звуки нормальной для здорового человека громкости, но особенно остро реагировать на тихие звуки, такие как шепотная речь и писк комара; окружающие звуки воспринимаются как искаженные и странные, ребенок испытывает трудности в концентрации внимания из-за невозможности «отключиться» от них; дети могут воспринимать очень тихие звуки и остро реагировать на них;

- *зрительная модальность*: ребенок болезненно реагирует на определенный цвет предметов, на прикосновение, на одежду из ткани определенной фактуры; искаженное зрительное восприятие, детям кажется, что предметы «скачут» вокруг; зрительные образы оказываются фрагментарными из-за слишком большого числа источников зрительных впечатлений; ребенок фокусируется на отдельных деталях и не может рассмотреть предмет в целом; чувствует себя некомфортно на солнце, чувствителен к изменениям освещения, отворачивается от экрана телевизора или компьютера, не может смотреть на лица;

- *проприоцептивная модальность*: трудности движения тела, перемещения в пространстве, проблемы манипуляции с мелкими предметами (застегивание пуговиц, завязывание шнурков и т. п.);

- *вестибулярная модальность*: укачивание в транспорте, трудности выполнения деятельности, если голова не смотрит прямо и ноги не стоят на земле; предпочитает держать голову ровно, ребенку трудно остановиться или завершить начатое движение;

- *обонятельная модальность*: непереносимость некоторых запахов, проблемы принятия пищи, проблемы пользования туалетом, неприязнь к людям, которые используют жидкости с сильным запахом;

- *тактильная модальность*: при гиперестезии в тактильной системе ребенок воспринимает прикосновения как болезненные и дискомфортные, что приводит к избеганию любых прикосновений; ребенок не любит определенную одежду, ему мешают этикетки, обратные стороны нашивок, слишком тесная одежда, часто снимает с себя одежду и обувь, испытывает проблемы с расчесыванием, мытьем головы и стрижкой волос;

- *вкусовая модальность*: при гиперестезии во вкусовой системе ребенок воспринимает некоторые вкусы и продукты как слишком интенсивные и невыносимые; определенная структура еды (например, твердая пища) вызывает у ребенка дискомфорт.

*Гипочувствительность* так же как гиперестезия может проявляться в разных сенсорных модальностях:

- *проприоцептивная модальность*: при гипочувствительности ребенок не ощущает пространства вокруг себя и не соблюдает дистанцию в пространстве рядом с другим человеком, у него возникают проблемы с перемещением по помещению, так как он не умеет избегать препятствий; при ходьбе ребенок часто сталкивается с другими людьми, часто роняет предметы; любит принимать душ, когда его растирают полотенцем;

- *вестибулярная модальность*: у ребенка возникает потребность постоянно раскачиваться, качаться, вращаться;

- *обонятельная и вкусовая модальность*: ребенок может совсем не чувствовать запахи, не замечать даже очень сильные неприятные запахи; он может лизать предметы; ищет сильные запахи и вкусовые ощущения; у ребенка наблюдаются яркие вкусовые предпочтения, предпочитает очень острую еду, ест несъедобное (листья деревьев, траву, ткань, землю, косметические средства и т. п.); ребенок ест очень ограниченный набор продуктов, если ему нужна текстура только одного вида или только один цвет (ест яблоки дольками, но не ест кусочками);

- *зрительная модальность*: фокусируется на тенях, отражениях, вращающихся предметах, ищет дополнительные визуальные стимулы, ребенок воспринимает предметы как более темные, чем на самом деле, плохо

распознает линии и очертания предметов; возникают проблемы с восприятием глубины, которые проявляются в том, что ребенку трудно бросать и ловить предметы; он часто пользуется периферическим, а не центральным зрением;

- *слуховая модальность*: ребенок слышит звуки только частично или не слышит их вообще, не распознает определенные звуки, постоянно ищет звуковую стимуляцию, наслаждается шумными местами, специально вызывает звуки из разных предметов;

- *тактильная модальность*: сильно сжимает (щипает) других людей, плохо чувствует боль и температуру тела, практикует самоповреждения тела, получает удовольствие, если на нем лежат тяжелые вещи, стремится прятаться в ящики, коробки, заворачивается в одеяла.

*Гиперсензитивность в поведении ребенка:*

- агрессивность или импульсивность при воздействии специфических стимулов;

- раздражительность, суетливость, капризность;

- трудности формирования отношений со сверстниками;

чрезмерная осторожность, боязнь нового;

- трудности перехода от одной деятельности к другой;

- бурная эмоциональная реакция в случае неожиданных изменений.

*Гипосензитивность в поведении ребенка:*

- ребенок пассивный, тихий; его трудно вовлечь в разговор, в социальное взаимодействие;

- легко погружается в мир фантазий;

- безразличный, выглядит опустошенным;

- крайне медленно реагирует на инструкции;

- трудно завершает активность;

- снижен интерес к окружающему миру;

- снижена исследовательская активность.

Основная цель *сенсорной диеты* – профилактика сенсорных и эмоциональных перегрузок и восполнение сенсорных дефицитов. Это распланированная программа действий с регулярным графиком, направленная на удовлетворение специфических сенсорных потребностей ребенка, которые отражают его индивидуальный сенсорный профиль. Сенсорная диета включает оптимальное сочетание одних сенсорных стимулов и ограничение других. Она обеспечивает способность ребенка правильно ориентироваться в окружающей среде и отвечать на стимулы окружающей среды, что приводит к уменьшению сенсорных защитных реакций, которые негативно влияют на социальные контакты, взаимодействие и собственную активность ребенка.

Принципы построения сенсорной диеты для ребенка: 1) устранение или ослабление сенсорных стимулов, вызывающих сенсорную защиту и избегание (гиперестезия); обеспечить медленное и постепенное привыкание к стимулам, которые ребенок избегает; 2) добавление или дополнение тех сенсорных стимулов, на которые направлен сенсорный поиск ребенка.

Сенсорная диета включает те виды активности ребенка, в которых он принимает деятельное участие. Она помогает справиться с проблемным поведением ребенка, в частности с протестным поведением, агрессией и ауто-стимуляцией.

*Пример сенсорной диеты*

Маша (2; 9) с симптомами расстройства аутистического спектра.

*Гиперсезитивность к звукам* (закрывает уши руками, убегает в другое помещение, если слышит громкие звуки, отказывается слушать музыку, истошно кричит в людном месте) *и прикосновениям* (не позволяет дотрагиваться до себя, не переносит нахождения в толпе, крайне избирательна в одежде, соглашается только на свободно сидящую одежду, не любит накрываться одеялом, громко кричит, если до нее дотрагиваются).

*Мероприятия:*

1. Постепенно приучать ребенка к различным звукам: звучащие погремушки, музыкальные шкатулки, детское пианино, музыкальные инструменты, предметы быта, издающие звуки (полиэтиленовые пакеты, бытовые приборы). Предъявлять ребенку звуки на короткое время, начиная с низкой громкости, постепенно громкость увеличивая. По возможности включать ребенка в самостоятельную активность со звучащими предметами.

2. Постепенно приучать ребенка к прикосновениям к разным участкам тела с использованием предметов с разными тактильными характеристиками (ткани разной жесткости, щетки, массажные мячи), практиковать кратковременные поглаживания, постукивания, вибрирования тела ребенка.

3. Создать щадящую сенсорную среду: избегать посещения людных мест, толпы; при посещении организованных занятий обсудить со специалистом возможность избегания громких звуков, а также прикосновений к ребенку.

*Гипосензитивность:* к зрительным стимулам (играет с включением/выключением света, перебирает пальцами перед глазами, предпочитает яркие предметы и одежду ярких цветов), к запахам (нюхает предмет, прежде чем взять его, обнюхивает людей, отказывается находиться в помещении с определенным запахом, например, кричит при входе в здание поликлиники, отказывается принимать пищу в любом месте за пределами своего дома).

*Мероприятия:*



1. Насыщение предметно-игровой среды ребенка предметами с разными зрительными характеристиками (разные цвета, размеры, формы, картинки, яркие детские книги, световые и цветочные гирлянды), с которыми ребенок может самостоятельно действовать; дополнять самостоятельную активность ребенка обучающими воздействиями (рассматривать вместе картинки, показывать способы игры с предметами).

2. Насыщение среды ребенка запахами, предлагать ребенку вдыхать различные запахи, называя их словами (ампулы с эфирными маслами, баночки с кусочками пахнущих овощей и фруктов, бытовая химия и парфюм), предлагать ребенку полизать пищевые продукты.

Сенсорные трудности детей с РАС можно существенно уменьшить, если позаботиться о создании комфортной среды, учитывая индивидуальный сенсорный профиль ребенка. Предложите следующие варианты, ориентируясь на индивидуальный сенсорный профиль ребенка (совокупность гиперсензитивных функций со стремлением к избеганию и сенсорной защите и гипосензитивных функций с поиском сенсорных стимулов в разных модальностях):

- Создайте места, где ребенок мог бы прятаться: кресла-пуфы, маленькие палатки, углы с подушками.

- Дайте ребенку замотаться в спальный мешок, в одеяло.

- Используйте подушки и одеяла с утяжелением, а также одежду с утяжелением.

- Оборудуйте батут, гамак или качель, лесенку для лазанья, всегда доступные для ребенка.

- Уменьшайте зрительные стимулы, чтобы уменьшить отвлекаемость ребенка; используйте мягкий свет, отражающийся от стены.

- Если у ребенка есть доступ к экранам гаджетов, определите, в каком положении экрана ребенок лучше воспринимает свет.

- Учитывайте влияние на ребенка света от уличного освещения и солнечного света, оборудуйте шторное затенение.

- Используйте ковры и коврики для поглощения излишних звуков, приобретите для ребенка звукопоглощающие наушники.

- Проанализируйте весь спектр звуков и шумов, минимизируйте их влияние (звуки радио, телевизора, телефона, бытовой техники).

- Проанализируйте домашние запахи, устраните сильные запахи моющих средств, парфюмерии.

*Уровневый подход к коррекции аутизма* реализован в программах Е. Р. Баенской и О. С. Никольской [3]. 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.

*Прикладной анализ и терапия поведения (АВА-терапия, англ. Applied Behaviour Analysis).* Прикладной поведенческий анализ представляет собой формализованный способ применения разработанных в поведенческой традиции методик и инструментов для изменения поведения любого человека, в том числе с РАС. Система работы с детьми с аутизмом разработана на основе бихевиористского подхода к анализу поведения человека И. Ловаасом. АВА использует известные факты о поведении человека для того, чтобы вызвать у ребенка положительные перемены. У детей с РАС нарушена способность к самостоятельному обучению в повседневных бытовых и учебных ситуациях, что доступно обычным детям. Поэтому цель обучения по системе АВА – восполнить этот недостаток у детей, используя упрощенные, разбитые на маленькие шаги инструкции и постоянное поощрение нужного поведения. Целостное поведение ребенка разбивается на множество мелких поведенческих актов, которые выстроены в систему как по сферам развития ребенка, так и в определенной последовательности их развития у детей.

К числу сфер развития отнесены крупная моторика, тонкая моторика, уход за телом, одевание/раздевание, совместная работа с другими, имитация, вербальная имитация, спонтанная вокализация, понимание речи, игра и свободное время, социальная интеракция, в более старшем возрасте – поведение в классе, чтение, письмо, математика и другие. Ребенка побуждают к проявлению того или иного поведения, подкрепляя его каким-либо стимулом. Если же нужное поведение проявилось у ребенка само по себе, его также подкрепляют. В результате у ребенка закрепляются нужные поведенческие акты, модели поведения, и он становится способным к установлению контактов с другими людьми, к овладению бытовыми навыками.

*Денверская модель «Ранний старт»* – это современная бихевиоральная модель, разработанная Дж. Доусон и С. Роджерс [49–50]. Основные характеристики Денверской модели:

- применение поведенческого анализа в естественных условиях;
- ориентация 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 осуществляется терапевтом, однако семья поддерживает и развивает навыки ребенка в домашних условиях.

Анализ результативности разных вариантов интенсивных вмешательств, основанных на поведенческих моделях, и Денверской модели раннего старта показали улучшение у части детей раннего возраста с РАС когнитивных способностей, речевых навыков и навыков адаптивного поведения.

Дети, которые получали терапию в соответствии с Денверской моделью раннего вмешательства в течение 20 часов в неделю (15 часов с профессионалами и 5 часов с родителями) на протяжении двух лет, продемонстрировали существенное улучшение когнитивных и речевых способностей, адаптивного поведения, у них также уменьшились проявления симптомов аутизма, по сравнению с детьми, которые участвовали в других программах вмешательства.

В другом исследовании 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 нормотипичных детей. В то же время дети с РАС, 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, использование Денверской модели раннего вмешательства позволяют улучшить 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.

*Методика Floortime* разработана С. Гринспеном [21]. Цель терапии в данной методике – создание фундамента для здорового развития ребенка в противовес тренировке только внешне наблюдаемых поведенческих навыков и способов поведения ребенка, преодоление 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 них именно этих компетенций.

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).

*Семейно-центрированный подход в раннем вмешательстве.* В соответствии с принципом семейной центрированности родители ребенка выступают как главные участники программ ранней помощи. Эта идея реализована в ряде программ, направленных на поддержку и обучение родителей, имеющих детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра.

***Коррекционно-терапевтическое вмешательство при эмоционально-поведенческих нарушениях у детей.*** В процессе терапевтического вмешательства при обращении родителей с жалобами на эмоционально-поведенческие расстройства решаются следующие задачи:

- формирование четких и конкретных представлений 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.

**Коррекционно-терапевтическое вмешательство при синдроме дефицита внимания и гиперактивности.** Рассматривая особенности взаимодействия родителей и ребенка в игре или в любой совместной деятельности, М. Папушек доказывает ее стимулирующий и протективный характер для синдрома «нежелание играть», который выступает в качестве предвестника 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, составляющие 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 создания зоны ближайшего развития, поддерживая развитие ребенка в разных областях.

Модель терапевтического вмешательства с использованием совместной игры взрослого и ребенка включает следующие элементы:

- следование модели интуитивного воспитания; поддержка внутренних мотиваций ребенка, обеспечивающих опыт самодостаточности;
- структурирование дня и жизни с 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.

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 «нежелание играть». Раннее восстановление способности ребенка к игре и позитивное отношение родителей к ребенку во время игры в конечном итоге улучшает регуляцию внимания ребенка и способствует профилактике СДВГ.

## 2.3 РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ТРЕХ ЛЕТ

### 2.3.1 Цели и задачи работы с родителями

В системе ранней помощи родители выполняют особую роль: они участвуют в программе помощи ребенку, начиная с запроса и первоначальной оценки, реализуют этапы программы в повседневной жизни семьи, а затем принимают участие в оценке эффективности программы и в ее изменении. Задача специалистов совместно с родителями – найти гармонично вписывающуюся в образ жизни семьи программу помощи ребенку и семье в целом. При этом основной акцент делается не на ограничения ребенка и семьи, а на выявление их ресурсов и возможностей. В частности, большое значение имеет естественное повседневное общение взрослых с ребенком. Естественная коммуникация и взаимодействие с любящими родителями – наиболее благоприятные условия для развития маленького ребенка. Ребенок развивается в процессе общения со взрослыми. Поддержка и развитие средств общения, коммуникативных навыков является важной целью и одновременно средством программы.

Работа с родителями детей с отклонениями в развитии направлена на реализации трех групп целей:

- 1) информационная поддержка;
- 2) создание оптимальных условий для гармоничного развития ребенка с отклонениями в развитии в семье;
- 3) психологическая поддержка.

Ориентируясь на эти цели, специалист решает следующие задачи:

- расширение информированности родителей о возможностях ребенка, его перспективах в социальном и медицинском аспектах, о способах и методах его лечения и воспитания;
- ознакомление родителей с закономерностями психофизического развития, психологическими особенностями детей;
- обучение родителей приемам организации игровой деятельности детей, способствующей психическому развитию;
- формирование психолого-педагогических знаний и умений, повышение воспитательской компетентности родителей; обучение родителей навыкам ухода за ребенком;
- обучение родителя (матери) специальным коррекционным и методическим приемам, необходимым для проведения занятий с проблемным ребенком в домашних условиях;

- улучшение понимания родителем проблем его ребенка, а именно: исключение гиперболизации, представлений о бесперспективности развития ребенка, минимизации или отрицания наличия проблем у ребенка;

- оптимизация системы внутрисемейных отношений с целью повышения степени их позитивных влияний на развитие ребенка;

- реструктурирование иерархии жизненных ценностей родителей, оптимизация их самосознания, гармонизация психологического климата в семье; коррекция внутреннего психологического состояния родителя: состояние неуспеха, связанное с недостаточностью ребенка, должно постепенно перейти в понимание возможностей ребенка, в радость от его «маленьких» успехов;

- коррекция неконструктивных форм поведения родителя (агрессии, подавления негативных желаний, избегания, примитивизации поведения), их замена на продуктивные формы взаимоотношений, а именно: постепенный отход от позиции, отрицающей наличие проблем («Он у меня такой же, как все»), и позиции противопоставления себя социуму и переход в позицию взаимодействия («А как его научить? Я не умею»);

- поддержка личностного роста родителя в процессе взаимодействия со своим ребенком, в процессе его обучения и воспитания с помощью психолога; переход родителя с позиции переживания за своего ребенка из-за его недуга в позицию творческого поиска реализации возможностей ребенка;

- повышение личностной самооценки родителя в связи с возможностью увидеть результаты своего титанического труда в успехах ребенка;

- трансформация образовательно-воспитательного процесса, реализуемого родителем по отношению к ребенку, в психокоррекционный процесс по отношению к себе самому; созидательная деятельность родителя, направленная на его ребенка, помогает ему самому, излечивая от негативного воздействия психотравмирующей ситуации.

Главным результатом реализации программы работы с родителями становится формирование у родителей ребенка с особенностями психофизического развития целостной позиции по отношению к ребенку, которая включает компетентность родителя как воспитателя своего ребенка и как «параспециалиста» в отношении имеющихся у ребенка проблем. Это означает, что родитель становится способным не только реализовывать цели воспитания и создания условий для обеспечения развития своего ребенка в семье, но и грамотно осуществлять уход за особым ребенком, выполнять медицинские процедуры, организовывать и проводить занятия по лечебной физкультуре, коррекционно-развивающие занятия и т. п.

Установка специалистов на создание позитивного образа ребенка и родителей способствует активному участию родителей в программе

помощи ребенку. Важно такое обращение специалистов с ребенком, которое позволит ему «увидеть себя через других» и почувствовать радость от успеха и уверенность в себе, а родителям почувствовать себя хорошими родителями.

*Основа семейно-центрированного подхода в раннем вмешательстве состоит в определении потребностей родителей и детей раннего возраста с нарушениями развития и детей группы риска.* Поскольку для ребенка раннего возраста именно семья является важнейшим ресурсом в его развитии, задача раннего вмешательства состоит в необходимости усиления компетенций родителей в их возможности развивать и воспитывать своего ребенка, помочь семье встраивать развивающие и помогающие стратегии в режим жизни семьи, помогать семье и каждому из родителей находить и выстраивать собственные ресурсы, чтобы справляться с изменяющимися проблемами, нуждами ребенка и решать собственные личностные задачи.

Семейно-центрированный подход ориентирован на потребности семьи в контексте потребностей ребенка, которые объединены в три группы.

*В первую группу* вошли потребности, связанные с развитием ребенка (95 % родителей): обеспечить жизнь и здоровье ребенка (вопросы медикаментозного лечения, показания и противопоказания для реабилитационных программ, например: какие упражнения может делать физический терапевт, если у ребенка есть эпилептические приступы или у ребенка с синдромом Дауна порок сердца); помочь ребенку в его развитии (двигательном, когнитивном, речевом, эмоциональном) и приобретении им определенных умений и навыков; получить информацию о перспективах развития ребенка («будет ли мой ребенок нормальным, пойдет ли в школу, садик?»); узнать, насколько развитие ребенка соответствует возрастным нормам («как развит мой ребенок по сравнению с другими детьми»); понять, что значит тот или иной медицинский диагноз.

*Во вторую группу* вошли потребности, связанные с повышением качества личностного и социально-психологического функционирования родителей, воспитывающих детей с нарушениями (64 % родителей): получить знания, научиться различным приемам, как лучше развивать ребенка; подсказать, как лучше сообщить диагноз ребенка родственникам и знакомым; получить информацию о том, в каких учреждениях и организациях можно получить помощь; получить психологическую помощь в переживании стресса в связи нарушениями у ребенка («трудно переживать ситуацию, что у твоего ребенка проблемы со здоровьем и нарушения развития»).

*Третью группу* (15,5 % родителей) составили потребности, связанные с детско-родительским взаимодействием и детско-родительскими отношениями: понимать лучше своего ребенка, что он хочет, почему так себя ведет; научиться справляться с проблемным поведением ребенка.



Анализ потребностей семьи ребенка раннего возраста с отклонением в развитии позволил определить основные *мишени воздействия* в системе раннего вмешательства:

- улучшение качества ежедневного функционирования ребенка и семьи через максимально возможную поддержку и развитие функциональных способностей ребенка, его навыков и умений;
- социально-эмоциональное развитие ребенка; гармонизация детско-родительских отношений, эмоциональная поддержка родителей и социально-психологическое сопровождение семьи;
- создание развивающей среды через организацию пространства, использование адекватных игрушек и вспомогательных средств;
- обучение и информационная поддержка родителей.

Семейно-центрированный подход в раннем вмешательстве приводит к следующим позитивным эффектам: повышается удовлетворенность родителей услугами раннего вмешательства; участие в программе является предиктором хорошего эмоционального самочувствия родителей; улучшается образ Я у родителей; родители становятся более компетентными в решении проблем ребенка, их поведение становится более позитивным и отзывчивым; возрастает воспринимаемая родителями самооэффективность (вера в эффективность собственных действий и ожидание успеха от их реализации, уверенность в себе).

### **2.3.2 Представления матерей о проблемах развития детей в раннем возрасте**

Женщинам, имеющим детей раннего возраста, предлагалось рассказать, с какими проблемами чаще всего сталкиваются родители, воспитывающие ребенка раннего возраста.

Чаще всего (53,3 %) матери называли различные поведенческие проблемы: *капризы, упрямство, истерики, неусидчивость, непослушание, гиперактивность, агрессивность, неуправляемость, реакция отказа на любое предложение, желание делать все по-своему, кризис трех лет.*

Также 25 % респондентов уделили большое внимание вопросу организации питания кормления детей: *«изменения периодичности в еде», «плохо кушает», «отказ от полезной пищи»* и др.

Многие испытуемые (23,3 %) отмечали различные социальные проблемы ребенка, связанные с общением со сверстниками, попаданием в мир незнакомых взрослых и изменениями в детско-родительских отношениях: *«не играет со сверстниками»; «социальная адаптация к новому окружению»; «дети требуют постоянное внимание от родителей»; «взаимопонимание родителей с ребенком»; «взаимоотношения с другими детьми».*

21,7 % респондентов выделяли проблему воспитания и развития ребенка: «неграмотность родителей и окружающих в воспитании»; «чему учить»; «как объяснить, что можно делать, а что нельзя»; «как правильно наказывать»; «стремление ускорить развитие малышкой»; «многие не знают, что с ребенком необходимо работать, то есть развивать его».

21,7 % респондентов специально говорили о речевых проблемах детей: «не говорит или начинает говорить и его трудно понять»; «проблемы с речевым развитием»; «ребенок не разговаривает»; «не выговаривает слова, глотает буквы»; «задержка речевого развития»; «поздно начинает разговаривать».

В 15 % ответов были упоминания о детских болезнях и постоянных простудах. Остальной массив данных представляли собой отдельные высказывания менее, чем 10 % респондентов. Они чаще всего касались проблемы стремления ребенка к самостоятельности, вопросов организации сна и приучения к горшку.

Как уже было отмечено, значительная часть наших респондентов считают вопрос организации питания в раннем возрасте одной из основных родительских проблем. В одном из вопросов анкеты им нужно было ответить: в чем, по их мнению, проявляются проблемы с кормлением у ребенка раннего возраста? Самые распространенные ответы представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Представления матерей о проблемах с питанием у ребенка

Ответы респондентов	Кол-во	В %
1. Отказ от еды	25	41,7
2. Избирательность в еде	22	36,7
3. Плохое поведение во время еды	16	26,7
4. Психофизиологические нарушения	16	26,7
5. Отказывается есть самостоятельно	7	11,7

Примеры ответов:

*«Малыш отказывается от приема пищи», «Не хочет кушать», «Нет аппетита», «Когда ребенку пора кушать, а он не хочет».*

*«Отказ от определенных продуктов»; «Не нравятся определенные продукты, ну или просто не воспринимает организм никак их. А также могут быть плохие ассоциации: вроде как «изюм – это мумия винограда»; «Если не дашь конфету, то суп есть не буду»; «Это не хочу, дай мне другое»; «Хочет есть только сладкое и вкусное»; «Переборчив в еде».*

*«Проблема заключается в том, чтобы усадить за стол и накормить, а не бегать за ним с ложкой»; «Постоянные истерики во время приема еды»; «Обращается с едой как с игрушкой»; «Вымазывается едой».*

*«Не хочет есть самостоятельно», «Не умеет самостоятельно кушать», «Не хочет сам держать ложку».*

Ответы на вопрос: «По какому признаку в поведении ребенка можно сказать, что у него есть проблемы во взаимоотношениях со сверстниками?»:

- Большинство респондентов (68,3 %) говорили о замкнутости и необщительности ребенка (*«уединяется, не проявляет интереса»; «игнорирует детей, не умеет играть с ними»; «отстраняется от сверстников»*), о самостоятельной игре (*«когда все дети играют, он стоит в стороне или играет отдельно от всех детей»; «старается играть отдельно от других детей»; «ребёнок будет сам стараться найти себе развлечение»*), неумении наладить контакт (*«не идет с ними на контакт»; «дети не берут его с собой играть, ребенок играет сам»*).

55 % респондентов говорили об агрессии ребенка по отношению к сверстникам (дерется, кусается, отбирает игрушки); о том, что ребенок избегает и боится других детей (*«при появлении сверстников убегает или прячется»*), не делится игрушками (*«не пускает других детей играть со своими игрушками», «нежелание уступать другим и делиться»*), капризничает при виде других детей, жалуется на них.

Таким образом, наиболее распространенными проблемами для матерей детей раннего возраста являются поведенческие проблемы, проблемы организации питания, трудности в социальной сфере, речевые проблемы и вопросы, связанные с правильным воспитанием и развитием ребенка.

***Представления матерей о проблемах развития детей раннего возраста: анализ материалов электронных СМИ.*** В качестве эмпирической базы для исследования были выбраны материалы форумных дискуссий на сайтах для родителей.

Самыми обсуждаемыми и вызывающими больше всего беспокойства у матерей являются проблемы со сном, поведением и организацией питания детей раннего возраста. При этом в сети Интернет родители уделяют внимание описанию проблем (397 упоминаний) и способам их решения (384 упоминания), но почти не пытаются анализировать причины такого поведения (84 упоминания). Что касается путей решения возникающих проблем, несмотря на количество и разнообразие предложенных вариантов, по-настоящему полезных и качественных рекомендаций не очень много. Чаще всего родителям предлагалось ничего не делать и подождать (93 упоминания), ссылаясь на возрастные особенности детей. Возникает впечатление, что многие люди, которые ищут помощь в решении проблем с детьми на форумах для родителей, в первую очередь рассчитывают получить не рекомендации, что конкретно стоит предпринять, а успокоение и уверение других родителей в том, что у них тоже были подобные проблемы и прошли сами собой, с возрастом.

**Типичные проблемы в воспитании и способы их решения матерями детей раннего возраста.** Матерям детей раннего возраста предлагалось выбрать 10 «негативных» фактов поведения ребенка из 25 фактов, перечисленных в предложенном им списке, с которыми они сталкиваются наиболее часто. Каждый симптом поведения ребенка получал ранг в зависимости от частоты его встречаемости. Матерям предлагалось также описать причины поведенческих реакций ребенка и особенности своего поведения в данных ситуациях (таблица 4).

Таблица 4 – Симптомы проблемного поведения детей раннего возраста

Проблемное поведение	Ранговое место по частоте встречаемости
Капризничает, плачет	1
Отказывается убирать за собой игрушки	2
Упрямится	3
Отказывается от еды. Противится режиму (не хочет спать днем, вовремя кушать, сложно уложить вечером)	4
Отказывается выполнять требования родителей	5
Отказывается спать в своей кроватке	6
Требует все делать самостоятельно, постоянно твердит «Я сам!»	7
Постоянно надоедает с вопросами, требует постоянного к себе внимания	8
Не хочет ходить в ясли, плачет	9
Закатывает истерики в магазине, в поликлинике	10
Постоянно вертится под ногами, мешает заниматься домашними делами	11

Матери объясняют проблемное поведение детей, называя различные причины его появления. Выделяется несколько групп причин тех «негативных», с точки зрения родителей, поведенческих проявлений ребенка раннего возраста, которые они относят к «трудностям» воспитания.

1. Наиболее значимой группой причин негативного поведения ребенка раннего возраста, с точки зрения матерей, являются его характерологические особенности (упрямство, лень, манипулирование, стремление достичь своей цели).

2. Во вторую по значимости группу причин нежелательного поведения ребенка матери относят его психофизиологическое состояние: он часто болеет, не выспался, устал, еще очень маленький.

3. На третьем месте – группа причин, в которых матери винят себя, сложившуюся в их семье систему воспитания. Мамы объясняют поведение ребенка тем, что они сами разбаловали его, позволяют ему слишком много, выполняют все его капризы и прихоти, много покупают ему игрушек, не соблюдают режим, позволяя ребенку не спать днем и поздно ложиться вечером.

4. Четвертое место занимают две группы причин поведенческих реакций ребенка раннего возраста: эмоциональная привязанность малыша к матери и его возрастные особенности. К этой группе причин относятся самые разумные объяснения «трудных» форм поведения ребенка, учитывающие особенности раннего возраста.

Таким образом, матери могут также объяснить и причины проблемного поведения ребенка. Однако только лишь небольшая часть описаний причин соответствует объективным научным данным. Так как представления матерей о проблемном поведении детей и его причинах во многом определяют способы взаимодействия матерей с детьми раннего возраста, реальная воспитательная практика по отношению к детям раннего возраста может быть неэффективной и не способствовать эмоциональному благополучию ребенка.

### **2.3.3 Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ)**

разработан Е. И. Захаровой [24]. Он содержит 66 утверждений, отражающих оценку родителями одиннадцати характеристик эмоциональной стороны их взаимодействия с ребенком:

- 1) способность воспринимать состояние ребенка;
- 2) понимание причин состояния ребенка;
- 3) способность к сопереживанию;
- 4) чувства, возникающие в процессе взаимодействия;
- 5) безусловное принятие;
- 6) отношение к себе как к родителю;
- 7) преобладающий эмоциональный фон взаимодействия;
- 8) стремление к телесному контакту с ребенком;
- 9) оказание эмоциональной поддержки;
- 10) ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия;
- 11) умение воздействовать на состояние ребенка.

Данные характеристики сгруппированы в три блока (блок 1 – чувствительность, блок 2 – эмоциональное принятие, блок 3 – поведенческие проявления эмоционального взаимодействия). Обработка данных опросника включает подсчет средних значений по шкалам и блокам и их сопоставление с критериальными значениями, которые обозначают предельный уровень

значений показателя благоприятного ЭВ: показатели ниже критериального уровня обозначают неблагоприятную картину по шкале или блоку (таблица 5).

Таблица 5 – Критериальные значения опросника ОДРЭВ

Шкала	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Значения по шкалам	3,7	3,2	2,8	3,3	3,2	3,1	3	3,3	2,8	2,3	3,2
Значения по блокам	1 – 3,2			2 – 3,15				3 – 2,9			

### Бланк опросника детско-родительского эмоционального взаимодействия

Уважаемые родители!

Оцените справедливость следующих ниже утверждений.

Возле номера каждого утверждения поставьте оценку, насколько вы согласны с ним. Используйте следующие оценки:

- 5– абсолютно верно;
- 4 – скорее всего это так;
- 3 – в некоторых случаях верно;
- 2– не совсем верно;
- 1 – абсолютно неверно.

Свои оценки вносите в таблицу, где указаны номера утверждений

Ответы респондентов						Средний балл по шкале	Средний балл по блоку
1.	12.	23.	34.	45.	56.	№1	Блок 1
2.	13.	24.	35.	46.	57.	№2	
3.	14.	25.	36.	47.	58.	№3	
4.	15.	26.	37.	48.	59.	№4	Блок 2
5.	16.	27.	38.	49.	60.	№5	
6.	17.	28.	39.	50.	61.	№6	
7.	18.	29.	40.	51.	62.	№7	
8.	19.	30.	41.	52.	63.	№8	Блок 3
9.	20.	31.	42.	53.	64.	№9	
10.	21.	32.	43.	54.	65.	№10	
11.	22.	33.	44.	55.	66.	№11	

### Перечень утверждений

1. Я сразу замечаю, когда мой ребенок расстроен.

2. Когда мой ребенок обижается, то невозможно понять, по какой причине.
3. Когда моему ребенку больно, мне кажется, я тоже чувствую боль.
4. Мне часто бывает стыдно за моего ребенка.
5. Что бы ни сделал мой ребенок, я буду любить его.
6. Воспитание ребенка – сложная проблема для меня.
7. Я редко повышаю голос.
8. Если часто обнимать и целовать ребенка, можно заласкать его и испортить его характер.
9. Я часто даю понять моему ребенку, что верю в его силы.
10. Плохое настроение моего ребенка не может быть оправданием его непослушания.
11. Я легко могу успокоить моего ребенка.
12. Чувства моего ребенка для меня загадка.
13. Я понимаю, что мой ребенок может грубить (плохо себя вести), чтобы скрыть обиду.
14. Часто я не могу разделить радость моего ребенка.
15. Когда я смотрю на своего ребенка, то испытываю любовь и нежность, даже если он плохо себя ведет.
16. Я многое хотел(а) бы изменить в своем ребенке.
17. Мне нравится быть матерью (отцом).
18. Мой ребенок редко спокойно реагирует на мои требования.
19. Я часто глажу моего ребенка по голове.
20. Если у ребенка что-то не получается, он должен справиться с этим самостоятельно.
21. Я жду, пока ребенок успокоится, чтобы объяснить ему, что он неправ.
22. Если мой ребенок разбаловался, я уже не могу его остановить.
23. Я чувствую отношение моего ребенка к другим людям.
24. Часто я не могу понять, почему плачет мой ребенок.
25. Мое настроение часто зависит от настроения моего ребенка.
26. Мой ребенок часто делает вещи, которые сильно мне досаждают.
27. Ничто не мешает мне любить своего ребенка.
28. Я чувствую, что задача воспитания слишком сложна для меня.
29. Мы с моим ребенком приятно проводим время.
30. Я испытываю раздражение, когда ребенок буквально «липнет» ко мне.
31. Я часто говорю ребенку, что высоко ценю его старание и достижения.
32. Даже когда ребенок устал, он должен довести начатое дело до конца.

33. У меня получается настроить ребенка на серьезные занятия.
34. Часто мой ребенок кажется мне равнодушным, и я не могу понять, что он чувствует.
35. Я всегда понимаю, почему мой ребенок расстроен.
36. Когда у меня хорошее настроение, капризы ребенка не могут испортить его.
37. Я чувствую, что мой ребенок любит меня.
38. Меня удручает, что мой ребенок растет совсем не таким, каким мне хотелось бы.
39. Я верю, что могу справиться с большинством ситуаций и проблем в воспитании моего ребенка.
40. Часто у нас с ребенком возникает взаимное недовольство.
41. Мне часто хочется взять ребенка на руки.
42. Я не поощряю мелкие успехи ребенка. Это может избаловать его.
43. Бесплезно требовать что-то от ребенка, когда он устал.
44. Я не в силах изменить плохое настроение ребенка.
45. Мне достаточно только посмотреть на ребенка, чтобы почувствовать его настроение.
46. Часто радость ребенка кажется мне беспричинной.
47. Я легко заражаюсь весельем моего ребенка.
48. Я очень устаю от общения со своим ребенком.
49. Я многое прощаю своему ребенку из-за любви к нему.
50. Я нахожу, что я гораздо менее способна хорошо заботиться о своем ребенке, чем ожидал(а).
51. У меня часто возникают спокойные, теплые отношения с моим ребенком.
52. Я редко сажаю ребенка к себе на колени.
53. Я часто хвалю своего ребенка.
54. Я никогда не нарушаю распорядок дня ребенка.
55. Когда мой ребенок устал, я могу переключить его на более спокойное занятие.
56. Мне тяжело понять желания моего ребенка.
57. Я легко могу догадаться, что беспокоит моего ребенка.
58. Иногда я не понимаю, как ребенок может расстраиваться по таким пустякам.
59. Я получаю удовольствие от общения с ребенком.
60. Не всегда легко принять моего ребенка таким, какой он есть.
61. Мне удается научить ребенка, что и как делать.
62. Наши занятия с ребенком часто заканчиваются ссорой.
63. Мой ребенок любит ко мне прижиматься.
64. Я часто бываю строгой (строгим) со своим ребенком.



65. Лучше отказаться от посещения гостей, когда ребенок «не в духе».
66. Когда ребенок расстроен и ему трудно успокоиться, мне бывает трудно помочь ему.

#### **2.3.4 Оптимизация взаимодействия в диаде «мать-ребенок раннего возраста с отклонением в развитии»**

При рассмотрении взаимодействия матери и ребенка возникает проблема определения условий, при которых оно обеспечивает развитие ребенка, то есть критериев развивающего характера взаимодействия. Организуя жизнедеятельность ребенка, обучая ребенка и играя с ним, мать фактически организует ситуации совместной деятельности, а при наличии у ребенка отклонений в психофизическом развитии его взаимодействие с близким взрослым выполняет не только развивающую, но и коррекционную функцию. Ученые констатируют необходимость «обеспечить психолого-педагогическую поддержку развивающего взаимодействия семьи со своим ребенком с учетом ограничений его здоровья и специфики психического развития, оказать семье содействие в выборе образовательного маршрута, отвечающего критерию создания зоны ближайшего развития» [28, с. 95].

Развивающее взаимодействие должно быть субъект-субъектным: в нем учитываются субъектные проявления ребенка; оно должно быть значимо и иметь смысл для каждого из участников, оно объединяет психологические особенности ребенка, специфику и закономерности его развития, действия, которые он совершает, и развивающие действия взрослого, позицию взрослого по отношению к ребенку и ребенка по отношению к взрослому, способы и средства их взаимодействия друг с другом (Е. С. Слепович, А. М. Поляков).

Для понимания (диагностики) того, как строится взаимодействие матери и ребенка в повседневных ситуациях (в первую очередь в домашних условиях), в обучающих ситуациях, при организации занятий, необходимо организовать ситуации, приближенные к таковым. Для этого матери предлагается коробка с типичными игрушками для детей раннего возраста. Это позволяет проанализировать процесс выбора игрушек и дидактических материалов для совместной игры. Матери дается задание: «Поиграйте с ребенком, как обычно Вы это делаете, используйте эти игрушки». Ситуацию взаимодействия матери и ребенка для последующего анализа следует записать на видео, предварительно получив от матери согласие на видеосъемку.

Анализ соответствия взаимодействия в диаде матери и ребенка характеристикам развивающего взаимодействия позволил выявить типы

взаимодействия. Типы взаимодействия характеризуются сочетанием доминирования активности и отсутствия доминирования участников взаимодействия.

### **Характеристики типов взаимодействия в диаде «мать – ребенок раннего возраста с отклонениями в развитии»**

**1. Тип взаимодействия «Оптимальный».** Мать и ребенок одинаково активны в совместной деятельности, хотя мать несколько более активна, что особенно ярко проявляется в выборе игрушки (соотношение мать ÷ ребенок равно 1,57). В процессе взаимодействия матери принадлежит основная инициатива, она ставит и решает задачи развития ребенка; однако ребенок также имеет возможность проявлять инициативу. Мотивируя деятельность ребенка, мать в первую очередь вызывает его интерес, создавая ситуации «а что это?» с интонацией загадочности. Мать стремится к обеспечению эмоционального благополучия и успешного развития ребенка, а ребенок – к эмоционально положительным отношениям с матерью, он утверждает собственную самостоятельность и демонстрирует познавательный интерес.

Во взаимодействии соблюдается принцип диалогичности: мать воздействует на ребенка – ребенок реагирует на воздействие матери – мать фиксирует реакцию ребенка и осуществляет следующее воздействие с учетом данной реакции. Ребенок проявляет инициативу, мать поддерживает ребенка, включается в игру с ним и развивает ее, то есть мать внимательна по отношению к действиям ребенка, принимает и поддерживает их, включается в деятельность ребенка, разворачивая его активность, отталкиваясь от предложения ребенка, включает эмоционально насыщенное общение, умеет организовать игру, знает и умеет привлечь внимание ребенка и удержать его достаточно длительное время. Она создает зону ближайшего развития: предоставляя ребенку действовать самостоятельно, помогает тогда, когда ребенок не может что-то сделать сам. Мать стремится поддержать интерес ребенка к деятельности, положительно оценивает и комментирует действия ребенка. В диадах оптимального типа мать проявляет качества, которые обеспечивают эмоциональное благополучие ребенка.

Ребенок сообщает матери о своих интересах; проявляет интерес к действиям матери; реагирует на обращения матери, в основном соглашается с ее предложениями, радуется результату совместной деятельности, стремится получить положительную оценку. Мать терпелива и доброжелательна по отношению к ребенку, эмоционально доступна для него, она демонстрирует заинтересованность совместной деятельностью. Ребенок испытывает удовлетворение от совместной деятельности, вовлечен

в нее, демонстрирует положительные эмоции в общении с матерью. Мама терпеливо ждет проявления собственной активности ребенка, выполнения инструкции, завершения действия, но сама не стремится выполнить действие за ребенка.

Матери понимают и учитывают качества субъектности ребенка:

- понимают потребности и желания ребенка в выборе игрушек и действиях с ним. *Пример: Настя (2; 4) занимается с вкладышами три раза подряд, мама спокойно смотрит на занятия ребенка, не пытаясь предложить что-то другое, комментирует «Ей нравится складывать». Ребенок отвлекается от игры с куклой (кормление куклы) на шнурки на своих ботинках, мама мягко отодвигает руки ребенка от шнурков; при повторном отвлечении ребенка на шнурки мама предлагает: «Завяжи шнурки красиво, и будем дальше картинки смотреть»;*

- стимулируют активность ребенка до пределов его возможностей, не завышая сложность предлагаемых заданий;

- поддерживают инициативу ребенка, чаще стимулируют проявления его активности, чем тормозят ее;

- торможение нежелательных действий ребенка осуществляется мягко, путем переключения внимания ребенка на другие занятия или предметы, и этим интересы ребенка мамой понимаются и учитываются;

- обращаются к личному опыту ребенка (воспоминания о событиях в жизни ребенка, напоминание о похожих ситуациях, напоминание об игрушках, одежде ребенка и т. п.);

- признают ценность самостоятельности ребенка, поддерживают его самостоятельность.

Тип «Оптимальный» включает два подтипа: А – с недостаточным уровнем собственной активности ребенка; Б – с недостаточным уровнем директивности матери.

Подтип А: ребенок занимает более пассивную позицию по сравнению с мамой, что проявляется в выборе игрушек (большинство игрушек выбирает мама); зачастую мать осуществляет выбор игрушки за ребенка, который отличается выраженной двигательной недостаточностью, поэтому самостоятельно достать игрушку из ящика он не может. Инициативные действия ребенка также несколько ограничены именно из-за двигательной недостаточности, и мама выполняет недоступные ребенку действия с предметами. Но мама выясняет и учитывает интересы ребенка, выбирая игрушки и выполняя действия с ними.

Подтип Б: недостаточный уровень директивности матери – наблюдается в тех случаях, когда мать полностью ориентируется на интересы ребенка, поддерживает их, включается в деятельность ребенка и развивает ее. Однако ребенок в основном сам выбирает игрушки, тем самым у матери

уменьшаются возможности управлять развитием ребенка, особенно ставить новые задачи развития и вводить в игру те предметы и игрушки, которые ребенок не выбирает самостоятельно. Процесс взаимодействия строится благоприятно, мама учитывает интересы ребенка, фиксирует его достижения, однако не всегда может преодолеть односторонности интересов и предпочтений ребенка.

*Мама Антона (2; 11) хорошо знает и понимает ребенка, называет его сильные и слабые стороны: «если у него что-то получается, он будет десять тысяч раз это делать, а если у него не получается, он тогда напрягаться не будет». Она обучает ребенка тому, что он умеет делать недостаточно хорошо (хватание, действия с предметами). Мама закрепляет развитие связной речи, хотя ребенок отличается высоким уровнем ее развития (ребенок пользуется развернутой фразой, способен вести длительные диалоги). Мама поддерживает интерес ребенка к рассматриванию и прослушиванию чтения книг («он может часами с книжками заниматься; может быть потому, что у него с движениями плохо получается, вот он и заменяет движения книжками»). При этом мама не замечает избыточности речевой продукции ребенка, его многоречивости, поддерживает ее; мама не замечает, что ребенок переходит к речевому общению, избегая тем самым выполнения трудного для него задания, требующего участия рук; ориентируется на интересы ребенка, то есть мать недостаточно настойчива в обучении ребенка трудным для него заданиям.*

В диадах с оптимальным типом взаимодействия мать направляет свои усилия на стимулирование умственного и речевого развития ребенка. Ребенок отличается высоким уровнем результативности (91 %) в совместной деятельности, а также высокой степенью активности и вовлеченности, для него не характерна безучастность и пассивность. Действия матери способствуют развитию у ребенка целеполагания и целенаправленности в предметной деятельности: мать стремится довести до логического завершения действия с игрушкой, достичь результата (покормить куклу из игрушечной посуды, нанизать колечки на пирамидку, посмотреть и назвать все картинки в книжке и т.п.). Она использует эффективные способы стимулирования речевого развития ребенка: называние предмета и действия с ним с эмоциональным акцентом при выполнении самого действия, обозначение ребенка как субъекта действия.

**2. Тип взаимодействия «Доминирование матери».** При этом типе взаимодействия наблюдается высокий уровень доминирования матери, которая выбирает игрушки (соотношение 5,63 в пользу матери) и добивается, чтобы ребенок выполнил предложенное ему задание или инструкцию. Мать игнорирует интересы и желания ребенка, не всегда обращая внимание на его эмоциональное состояние. Взаимодействие матери и ребенка фактически

отсутствует или выражено в незначительной степени: мама требует, командует, стремится к тому, чтобы все было сделано правильно. Ребенок не обращается к матери, а его инициативные действия либо игнорируются, либо запрещаются, так как мать упорно настаивает на своем предложении.

**Пример взаимодействия типа «Доминирование матери»**

Мама

София (2; 2)

«Смотри, что это?» (подает пирамидку ребенку).

«Снимай» (охватывает своей рукой руку ребенка, подталкивает ее вверх, колечки снимаются и падают).

«Красное» (держит за основание пирамидки).

Подталкивает вверх зеленое колечко, колечко остается на стержне.

Забирает верхушку у ребенка.

«Дай-дай-дай» (сопровождает просительным жестом), «нет, не дашь?».

«Кинула» (смеется), смотрит на ребенка, берет красное колечко и вкладывает в правую руку ребенка.

«Дай-дай-дай» (сопровождает просительным жестом).

Забирает колечко у ребенка, говорит «спасибо». Вкладывает колечко в левую руку ребенка. «Одевай» (указывает на стержень).

Охватывает руку ребенка и его рукой надевает колечко на стержень: «оп!»

«И шишечку давай!» (показывает верхушку ребенку, вкладывает ее в правую ручку).

Охватывает руку ребенка и надевает верхушку на стержень.

Берет пирамидку, стягивает верхушку.

Смотрит в сторону, крутит в руках верхушку, перекладывает из ручки в ручку.

Сама снимает красное колечко, бросает на кушетку. Хватает зеленое колечко, пытается снять.

Берет верхушку, крутит ее в руках, берет в рот.

Берет красное колечко с кушетки, крутит его, вставляет палец в отверстие.

Бросает колечко на кушетку, поднимает голову, смотрит на мать.

Берет колечко левой рукой, перекладывая его из правой руки.

Смотрит в сторону, вздыхает, держит колечко в руках.

Крутит колечко в руках.

Смотрит на пирамидку.

Смотрит на свои руки.

При этом типе взаимодействия фактически отсутствует диалог: мать не фиксирует реакцию ребенка на ее предложение и продолжает свои воздействия. Матери не смотрят на ребенка, можно сказать, что они «не имеют привычки» это делать, а в некоторых случаях поза, в которой располагается ребенок относительно матери, даже не позволяет ей увидеть реакцию ребенка (если ребенок сидит на полу или на кушетке спиной к матери, которая придерживает его сзади или охватывает руками). Зачастую мать выполняет действия руками ребенка. При наличии у ребенка тяжелых двигательных нарушений у матери наблюдается установка сделать руками ребенка все, что требуется, и она не задумывается о цели и результате совместной деятельности.

Матери занимаются с ребенком, используя различные дидактические материалы, стремясь все сделать правильно и быстро, так как боятся потерять время, необходимое для успешного обучения; при этом они не понимают значимости эмоционального благополучия ребенка для успешного обучения и развития. Мать предлагает ребенку то, что ему полезно и нужно, а не то, что ему интересно; мать действует с игрушками «по правилам, как надо», с подчеркнутой дидактической (педагогической) интонацией.

Воздействия матери настойчивые, иногда насильственные («*Делай, что я сказала!*», «*Чего сидим, чего ждем?*»), по высказываниям одной из матерей, «добровольно-принудительные», а эмоциональное состояние ребенка при этом не учитывается и не принимается во внимание. Такая позиция матери может быть названа «навязчиво-насильственной»: ребенок должен делать то, что я считаю нужным, и не имеет значения, хочет он этого или не хочет. Ребенок при этом является реципиентом, а не активным деятелем.

Ребенок редко проявляет инициативу, но его инициативные действия матерью не поддерживаются или запрещаются, так как мать стремится заставить ребенка сделать то, что она считает нужным и правильным, или то, что она задумала. *Мама положила перед Ваней (2; 8) книжку, просит показать картинку по названию, ребенок тянет руку к машинке, трогает ее руками. – Мама: «Куда ты тянешь руки?» (с возмущением). «Покажи, где сливы». – Ребенок водит рукой по странице, она скрипит, ребенок прислушивается к скрипу и продолжает водить по странице пальчиком; затем трогает и ощупывает спираль, соединяющую страницы, смотрит и улыбается. – Мама: «Какого цвета банан? Банан желтого цвета».*

Матери полагают, что ребенок должен заниматься с дидактическими материалами и пособиями, независимо от наличия у него интереса и желания, так как это необходимо для достижения эффекта реабилитации, для преодоления имеющихся у него дефицитов. Не воспринимая сигналы ребенка, матери предлагают слишком сложные задания, которые он не

выполняет именно из-за их сложности. *Мама предлагает Ане (1; 8) книжку с сюжетными рисунками. – Ребенок смотрит в сторону, в потолок, отталкивает книжку, начинает переворачивать страницы. – Мама упорно показывает и называет картинки, не замечая, что ребенок проявляет интерес к переворачиванию страниц. – Мама откладывает книжку, берет другую (с отдельными предметными картинками на каждой странице). – Ребенок демонстрирует интерес, трогает картинку в книжке, улыбается. – Мама показывает ребенку мяч, куклу, соотнося их с изображениями в книжке. – Ребенок берет мяч.*

Матери дают действиям ребенка преимущественно негативные оценки, позитивные оценки в адрес ребенка для них нетипичны, а комментарии действий ребенка единичны. Матери не занимаются стимулированием речевого развития ребенка, но больше внимания уделяют развитию предметной деятельности и умственного развития.

Дети демонстрируют пассивность, они мало вовлечены и скорее безучастны в совместной деятельности, активность и эмоциональная вовлеченность детям не свойственна. При данном типе взаимодействия преимущественно проявляются качества матери, не обеспечивающие эмоциональное благополучие ребенка, и этот тип является в данном отношении проблемным.

**3. Тип взаимодействия «Доминирование ребенка»** характеризуется пассивно-подчиняющейся позицией матери по отношению к ребенку, он же занимает доминирующую позицию и проявляет большую активность. Прежде всего, это проявляется в выборе игрушек: ребенок выбирает игрушку в 2,5 раза чаще, чем мать. Ребенок выполняет много самостоятельных инициативных действий, но его обращения к матери практически отсутствуют; проявления инициативы матери ребенок реагирует безразлично или негативно; указания и предложения матери ребенок замечает и выполняет частично. *Маша (2; 3) на все предложения матери реагирует отказом, большинство предложенных игрушек девочка выбрасывает, хотя некоторые несколько секунд держит и ощупывает; мать продолжает предлагать игрушки ребенку, не пытаясь вызвать позитивную реакцию ребенка, хотя она могла бы повторить те действия, которые совершает ребенок (стучит книжкой по полу). Диалог получился только тогда, когда мама попросила повторить, как «говорят» разные животные.*

При доминировании ребенка мать постоянно комментирует и позитивно оценивает действия ребенка, тем самым подчеркивая его значимость. При этом мать нечувствительна к поведению ребенка, она не всегда замечает его интерес к игрушке, поэтому не умеет развернуть действия с игрушкой, выбранной ребенком. Диалог во взаимодействии наблюдается лишь эпизодически, когда матери удается включиться в деятельность ребенка со своими предложениями. Матери стремятся «не ломать» ребенка, а со

стороны ребенка могут наблюдаться манипуляторские тенденции в поведении по отношению к матери.

Мать способствует отвлечениям и переключениям ребенка с одной игрушки на другую. *Саша (3; 0) часто переключается с одной игрушки на другую, не сосредоточиваясь на действиях с одной игрушкой, а мать предпринимает слабые попытки завершить действие с одной игрушкой, но неспешно, поэтому она вслед за ребенком переключается на другую игрушку.*

Четкой картины относительно стимулирования матерью развития ребенка не наблюдается, однако несколько больше мать занята развитием движений и речи у ребенка. Результативность ребенка во взаимодействии низкая, и он в одинаковой степени демонстрирует активность и вовлеченность, а также пассивность и безучастность в процессе взаимодействия. При данном типе взаимодействия преимущественно встречаются качества матери, обеспечивающие эмоциональное благополучие ребенка, и этот тип является достаточно благоприятным в том смысле, что матери проявляют свое выраженное позитивное отношение к ребенку.

**4. Тип взаимодействия «Параллельный»** характеризуется фактическим отсутствием совместной деятельности матери и ребенка, так как каждый участник предпочитает действовать по-своему, не ориентируясь на партнера. Мать и ребенок примерно одинаково часто выбирают игрушку для игры (соотношение 1,19 в пользу матери). Мать пытается организовать совместную игру с ребенком, привлечь его к игрушкам, настойчиво предлагает свои игрушки и пытается привлечь ребенка к игре с ними, но ребенок не принимает ее предложений, и предложения матери оказываются неотреагированными. Ребенок реализует свой интерес к предметам обстановки, к игрушкам, использует закрепленные способы действий и поведения. Мать игнорирует или не замечает действий ребенка, не поддерживает инициатив и действий ребенка, не фиксирует его интерес к игрушкам, при этом настойчива в своих предложениях. Действия матери и ребенка не согласованы, диалогичность взаимодействия отсутствует. Ребенок не получает от матери позитивных оценок, мать не комментирует действий ребенка, сосредоточиваясь на своих предложениях.

Ребенок вовлечен и активен в самостоятельной деятельности с игрушками, в то же время пассивен и безучастен в редких ситуациях общения с мамой. В целом ребенку свойственна пассивность и безучастность, для него нетипична активность и вовлеченность в деятельность. Мама демонстрирует нетерпение, она чаще недовольна ребенком, что выражается вербально или экспрессивно, так как, вероятно, она не испытывает удовлетворения от параллельного взаимодействия, фактически от его отсутствия. Для создания



видимости совместной игры мать может завершить предложенную игру сама, не привлекая ребенка.

Мать использует недостаточно способов стимулирования развития ребенка в двигательном, умственном и речевом развитии, пытаясь стимулировать развитие предметной деятельности. Результативность ребенка крайне низка – только четвертая часть игровых эпизодов завершаются видимым результатом. При данном типе взаимодействия преимущественно проявляются качества матери, не обеспечивающие эмоциональное благополучие ребенка, и этот тип является самым проблемным в данном отношении.

**Консультативно-коррекционная работа психолога (педагога) с матерью по обеспечению развития ребенка во взаимодействии в диаде.** Психолог просматривает видеозапись взаимодействия совместно с матерью. Во время просмотра психолог анализирует и комментирует процесс взаимодействия, действия ребенка и матери.

Для анализа весь процесс взаимодействия удобно разделить на эпизоды: каждый эпизод начинается с выбора игрушки и завершается выбором другой игрушки. В каждом эпизоде анализируются следующие показатели:

- кто выбирает, выбранные игрушки и дидактические материалы,;
- способы вовлечения и поддержания внимания ребенка;
- отреагированность обращений матери к ребенку;
- обращения ребенка к матери/(не)отреагированные;
- инициативные действия ребенка;
- реакция матери на инициативу ребенка;
- способы обучения действиям с предметами;
- способы обучения и стимулирования речи;
- способы обучения умственным умениям;
- способы обучения ребенка двигательным навыкам;
- комментирование действий ребенка;
- комментирование окружающего;
- способы создания зоны ближайшего развития;
- оценка ребенка и его действий матерью;
- ошибки матери;
- результативность (продуктивность) ребенка;
- активность/пассивность ребенка, эмоциональная вовлеченность.

На основании комплексного анализа психолог может определить преобладающий тип взаимодействия в диаде: оптимальный, доминирование матери, доминирование ребенка, параллельный. Каждый тип взаимодействия определяет задачи консультативно-коррекционной работы психолога с матерью.

При типе взаимодействия «Доминирование матери» коррекционная работа должна быть направлена на снижение доминирования матери

в общении, на увеличение возможностей ребенка в проявлении собственной инициативы и самостоятельности, а также на то, чтобы мать уделяла больше внимания интересам и потребностям ребенка. При типе взаимодействия «Доминирование ребенка» коррекционная работа должна быть направлена на преодоление в поведении матери позиции «подчиненного» по отношению к ребенку, на формирование у нее умения ставить и решать задачи развития ребенка. При типе взаимодействия «Параллельный» основными задачами коррекционной работы являются повышение чувствительности матери к проявлениям ребенка и формирование у нее более полного и дифференцированного положительного образа ребенка, а также умения организовать совместную деятельность с ребенком.

В процессе совместного просмотра видеозаписи решаются следующие задачи:

- 1) формирование у матери полного разнопланового образа ребенка, видения ребенка как активного деятеля, со своими интересами и потребностями;
- 2) повышения чувствительности матери к ребенку и ее эмоциональной отзывчивости;
- 3) обучение матери умениям сотрудничества с ребенком с целью реализации задач развития ребенка и построения зоны ближайшего развития;
- 4) коррекция ошибок взаимодействия матери с ребенком.

Для реализации этих задач психолог может использовать материалы, представленные в таблицах «Способы стимулирования матерями развития ребенка раннего возраста в разных сферах во взаимодействии с ребенком» (таблица 6) и «Систематизация ошибок матери во взаимодействии с ребенком» (таблица 7).

Таблица 6 – Способы стимулирования матерями развития ребенка раннего возраста в разных сферах во взаимодействии с ребенком

<b>Управление активностью и вниманием ребенка</b>	
<b>активизация</b>	<b>торможение</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- создание удобной позы ребенка;</li> <li>- зрительный, слуховой, тактильный сигналы для привлечения внимания;</li> <li>- указание на предмет, помещение предмета в поле зрения ребенка;</li> <li>- эмоционально обозначенный акцент на предмете;</li> <li>- указание что-то делать;</li> <li>- предложение что-то сделать;</li> <li>- навязчивое требование;</li> <li>- практические действия с предметами;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- задерживание неверных действий ребенка;</li> <li>- удаление предмета из поля зрения ребенка;</li> <li>- словесные запреты;</li> </ul>

*Продолжение таблицы 6*

<ul style="list-style-type: none"> <li>- эмоциональная поддержка «ты можешь»;</li> <li>- постановка цели деятельности «что ты будешь делать?»;</li> <li>- смена видов деятельности с одним и тем же предметом;</li> <li>- выбор предметов, соответствующих возможностям ребенка;</li> <li>- подстройка (встраивает свои действия в действия ребенка);</li> <li>- ожидание действий и реакций от ребенка;</li> </ul>		
<b>Двигательное развитие</b>		
<b>крупная моторика</b>		<b>тонкая моторика</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- практическая помощь в выполнении основных движений;</li> <li>- коррекция позы сидения за столом в стульчике;</li> <li>- создание правильной позы сидения на полу, у стены;</li> <li>- создание мотивации выполнения основных движений;</li> <li>- комментирование при выполнении движений;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- обучение правильному захвату;</li> <li>- обучение дифференцированному захвату;</li> <li>- обучение умению действовать двумя руками;</li> <li>- стимуляция действий одной рукой при торможении действий другой рукой;</li> </ul>
<b>Действия с предметами, игровые действия</b>		
<b>практические и наглядные методы</b>		<b>словесные методы</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «рука в руке»;</li> <li>- выполнение действия руками ребенка;</li> <li>- показ действия;</li> <li>- дозированная практическая помощь;</li> <li>- коррекция неверно выполненного действия;</li> <li>- ограничение неверных действий ребенка;</li> <li>- предъявление ребенку предметов способом, облегчающим выполнение действия с ним;</li> <li>- предложение нужного предмета при необходимости выбора;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- объяснение способа действия;</li> <li>- инструкции, указания;</li> <li>- описание картинок;</li> </ul>
<b>Умственное развитие</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- создание ориентировочной основы;</li> <li>- обучение использованию сенсорных эталонов: цвет, форма, величина, фактура, материал</li> <li>- обучение способам обследования предмета разной модальности: зрительное, слуховое, тактильное)</li> <li>- обучение счету предметов;</li> <li>- обучение перцептивным действиям (вкладыши);</li> <li>- стимулирование развития символической функции (использование предметов-заместителей);</li> </ul>		

Продолжение таблицы 6

<b>Понимание речи</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- выражение просьбы ребенку;</li> <li>поговорить с мамой:</li> <li>- называние предметов, находящихся в поле зрения или в руке у ребенка;</li> <li>- обозначение словом предмета, изображения;</li> <li>- обозначение словом действия или функции предмета;</li> <li>- обозначение словом качества предмета;</li> <li>- описание (комментирование) окружающего;</li> <li>- рассказ о событиях;</li> <li>- приемы развития воображения («что будет дальше?»);</li> </ul>
<b>Развитие речи</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- повторение звукоподражаний и слов за ребенком</li> <li>- произнесение слов за ребенка (вместо ребенка)</li> <li>- повторение словесной продукции ребенка с эмоциональной окраской</li> <li>- вопросы «что это?»</li> </ul>
<b>Социально-эмоциональное развитие</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- обозначение субъекта действия (кто это сделал?)</li> <li>- рассказ о семье</li> </ul>

Таблица 7 – Систематизация ошибок матери во взаимодействии с ребенком

<b>Содержание ошибочных действий</b>	<b>Последствия для развития ребенка</b>
Выполнение действий с предметами без постановки цели действия, без придания ситуации смысла	Не развивается целеполагание, тормозится активность ребенка в предметной деятельности
Помещение множества игрушек в поле зрения ребенка	Создание условий для полевого поведения ребенка, трудности сосредоточения ребенка на одном предмете
Настаивает на выполнении действий с предметами, в то время как ребенок предлагает эмоциональное общение	Преждевременный переход к ситуативно-деловому общению, хотя ребенок еще нуждается в ситуативно-личностном общении
Предлагает ребенку игрушку в то время, когда ребенок занят другой игрушкой	Не развивается целеполагание
Предоставляет ребенку возможность заниматься только теми игрушками, которые он предпочитает	Не ставятся и не решаются задачи развития ребенка
Навязчиво-насильственная позиция матери	Не формируется инициатива ребенка, нарастает безучастность, ребенок игнорирует воздействия матери

*Продолжение таблицы 7*

Настаивает на достижении порядка в вещах и предметах, на выполнении действий с предметами правильным способом, не учитывает эмоциональное состояние ребенка	Не обеспечивается эмоциональное благополучие ребенка, снижается активность и вовлеченность в деятельность
Не завершает действие с предметом (игрушкой), переключается на другой предмет	Трудности формирования целенаправленности
Избыточные словесные обращения к ребенку	Трудности концентрации внимания, трудности понимания речи, отказ от общения с мамой
Использование преимущественно словесных методов и приемов обучения ребенка двигательным навыкам, действиям с предметами	Неэффективность: нужные умения и навыки не развиваются
Обучающая (дидактическая) позиция матери, без включения эмоционального компонента	Отсутствие мотивации к деятельности
Недостаточность оценочных суждений и позитивных оценок в адрес ребенка	Снижение мотивации к деятельности
Словесная форма выражения запретов	Безрезультативное общение, словесные запреты не соответствуют возрастным возможностям детей
Отсутствие или слабый телесный контакт с ребенком	Неудовлетворение потребности ребенка в любви и принятии как основа активности ребенка
Не поддерживает инициативные действия ребенка	Не формируется активность в самостоятельной деятельности
Предложение заданий, сложных для ребенка	Отказ ребенка от выполнения деятельности, проблемное поведение
Демонстрация предметов и способов действий без включения активности (ребенок как реципиент)	Не формируется мотивация предметной деятельности
Располагает ребенка в позиции, которая не дает возможности замечать и фиксировать реакцию ребенка	Не складывается диалогичность в общении
Мать закрепляет выполнение ребенком однообразных действий с предметами и использование однообразных способов общения	Отсутствуют условия для расширения репертуара действий с предметами

### **2.3.5 Консультативно-коррекционная работа при наличии у детей раннего возраста проблемного поведения**

При наличии у детей проблемного поведения, свидетельствующего об эмоциональном неблагополучии ребенка, матери могут обратиться к специалисту (психологу, педагогу) с целью получения психолого-педагогической помощи. И. В. Шматкова предлагает организовать помощь матерям по следующим направлениям:

- 1) коррекция детско-материнского взаимодействия (в ситуациях совместной предметной и игровой деятельности, конфликтных ситуациях с ребенком);
- 2) оптимизация режима жизни ребенка с учетом его возрастных и индивидуальных особенностей;
- 3) коррекция процессов организации сна и кормления ребенка;
- 4) коррекция родительской позиции матери с целью формирования адекватного образа ребенка, понимания механизмов возникновения имеющихся у него нарушений эмоционального благополучия.

#### ***Этапы консультирования матерей***

1. Выяснение жалоб матери: выяснить, что беспокоит мать в поведении ребенка; получение дополнительной информации: особенности поведения ребенка в различных ситуациях (например, как происходит кормление ребенка, как ребенок ведет себя при встрече с незнакомыми людьми).

2. Сбор анамнеза: получение информации о возможных биологических предпосылках нарушений эмоционального благополучия ребенка (используется медицинская информация), выяснение того, имели/имеют ли место в жизни ребенка события, которые в раннем возрасте являются стрессовыми (развод родителей, рождение младшего брата/сестры, переезд, поступление в дошкольное учреждение, ситуации испуга и др.) Важно выяснить следующие вопросы:

- Кто с рождения больше всего времени проводил с ребенком?
- Сколько времени проводила и проводит с ребенком мама?
- Кормила ли мама ребенка грудью? Как долго? Почему?
- Как проходило отвыкание от груди?

3. Получение информации о поведении матери в различных ситуациях взаимодействия с ребенком: 1) в ситуациях проблемного поведения ребенка; 2) в ситуациях совместной с ребенком деятельности.

*Ситуации совместной деятельности* с близким взрослым занимают значимое место в жизни ребенка раннего возраста, поскольку, несмотря на интенсивное развитие самостоятельности, он все еще очень зависим от матери. Эти ситуации могут быть различными (совместная игра, конструирование, рисование, выполнение режимных моментов), однако поведение

матери в каждой из них также является важным с точки зрения удовлетворения базовых потребностей ребенка и его успешного интеллектуального и личностного развития. Можно использовать наблюдение за совместным рисованием либо конструированием матери и ребенка.

Не менее важно на данном этапе получить представление о том, как протекают *ситуации проблемного поведения ребенка*. Для получения необходимой информации можно использовать беседу:

- Как ребенок ведет себя в ситуациях, когда ему что-то запрещают или не выполняют его желание?

- Устраивает ли он «истерики»? Как долго это длится?

- Как ведет себя мать, отец (другие члены семьи, если есть)? Как реагирует ребенок?

- Применяют ли родители по отношению к ребенку наказания? Какие? Как реагирует ребенок?

Действия матери в ситуациях проблемного поведения ребенка являются особенно важными для обеспечения его эмоционального благополучия. *Адекватные способы* поведения матери имеют следующие характеристики:

- *последовательность*, выражающаяся в стремлении матери настоять на своем требовании, однозначности демонстрируемой ребенку позиции, установлении для ребенка правил, в том числе связанных с режимными моментами;

- *чувствительность* и *отзывчивость* матери к потребностям ребенка;

- *эмоциональная доступность* и *принятие* ребенка, проявляющиеся в стремлении сохранить чувство безопасности ребенка, предоставлении ему эмоционального и телесного контакта, организации позитивного взаимодействия с ребенком.

*Неадекватные способы* материнского поведения: 1) непоследовательность матерей, которая обнаруживается в стремлении идти на поводу у ребенка, нежелании устанавливать и добиваться от него выполнения элементарных правил (не бить взрослого, выполнять режимные моменты и др.); 2) нечувствительность матери к состояниям ребенка, которая выражается в запугиваниях ребенка, неудовлетворении его стремления в телесном контакте, предложении ребенку деятельности, неадекватной его потребностям. Последнее также является свидетельством эмоциональной недоступности матерей, которая, помимо того, выражается в агрессивных действиях в адрес ребенка.

Если мать ведет себя последовательно, спокойно и твердо настаивая на своем требовании, это способствует снижению у ребенка упрямства, стремления манипулировать родителями, а также уменьшению проблем в общении со сверстниками. Проявление же матерью в отношениях с

ребенком непоследовательности, которая выражается в потакании ребенку, отсутствии четких требований к нему, связано с такими проблемами в поведении последнего, как упрямство, стремление манипулировать родителями, проблемами в формировании привязанности, развитии самостоятельности, проблемами с кормлением.

4. Формирование у матери адекватных представлений о причинах возникновения нарушений эмоционального благополучия ребенка. Объяснения психолога по возможности должны быть краткими, конкретными и сформулированы в доступной для родителя форме. Психолог должен вести себя максимально тактично, не обвиняя родителей. Мать должна увидеть в нем не обвинителя, а союзника, который искренне заинтересован в помощи и ребенку, и родителям.

Таблица 8 – Поведение ребенка при использовании матерью адекватных и неадекватных способов поведения

Адекватные способы поведения матери	Последствия в поведении ребенка	Неадекватные способы поведения матери	Последствия в поведении ребенка
Последовательность, выражающаяся в стремлении матери настоять на своем требовании	Стремление матери быть последовательной, настоять на своем требовании приводит к уменьшению упрямства ребенка и стремлению подчинить родителей своим требованиям	Непоследовательность матерей как стремление идти на поводу у ребенка	Увеличение степени упрямства ребенка, стремления манипулировать родителями, проблем в формировании привязанности, проблемы в кормлении, задержка в развитии самостоятельности ребенка
Последовательность в однозначности демонстрируемой ребенку позиции матери	Упорядоченное поведение ребенка, спокойная реакция на требования и запреты	Нежелание устанавливать и добиваться от ребенка выполнения элементарных правил (например, не бить родителей)	Увеличение степени деструктивности поведения ребенка, неспособность выполнять требования и запреты, повышение упрямства



Продолжение таблицы 8

Последовательность в установлении для ребенка правил, в том числе связанных с режимными моментами	Последовательное лишение ребенка каких-либо удовольствий связано с уменьшением упрямства ребенка		
Чувствительность и отзывчивость матери к потребностям ребенка		Нечувствительностью матери к состояниям ребенка	Когда мать оставляет плачущего и возбужденного ребенка одного или сообщает о негативном отношении к нему, это приводит к проявлениям у ребенка заторможенности, пассивности
Эмоциональная доступность и принятие ребенка, проявляющиеся в стремлении сохранить чувство безопасности ребенка	Стремления матери успокоить плачущего ребенка в эмоционально напряженной ситуации способствует уменьшению проблем в формировании привязанности между матерью и ребенком	Запугивания ребенка, агрессивные действия в адрес ребенка (крик, шлепки)	Использование матерью физических наказаний способствует проявлению у ребенка стремления подчинить родителей своим требованиям, а также повышению агрессивности ребенка
Предоставление ребенку эмоционального и телесного контакта	Позитивные эмоции у ребенка, стремление к общению с мамой, стремление к познавательной деятельности	Неудовлетворение потребности ребенка в телесном контакте	Различные симптомы эмоционального неблагополучия, цепляние и прилипание к матери, стремление к симбиотическим отношениям
Организация позитивного взаимодействия с ребенком		Предложения ребенку деятельности, неадекватной его актуальным потребностям	Отказ ребенка включиться в предлагаемое занятие

5. Выработка у матери адекватных способов поведения в различных ситуациях взаимодействия с ребенком. С матерью подробно обсуждается, как она должна исправить свое поведение с ребенком в таких ситуациях, как кормление и отход ко сну, предъявление к ребенку требований и запретов, ситуации непослушания ребенка, совместной с ребенком игровой и предметной деятельности. В ходе работы мать должна понять, что конкретно ей необходимо делать, чтобы быть эмоционально доступной для ребенка, чувствительной, отзывчивой и последовательной, как удовлетворять потребности ребенка в самостоятельности и активном познании окружающего мира.

Объясняя матери, что значит быть эмоционально доступной для ребенка, можно обсудить ее поведение в следующих ситуациях:

1. *Ситуация, когда ребенок чему-то радуется, очень доволен.* Мать называет чувства ребенка, радуется вместе с ним.

2. *Ситуация, когда ребенок пострадал (ударился, испугался и т. д.).* Мать называет чувства ребенка и их причину, позволяет выразить отрицательные чувства ребенка, а не говорит ребенку фразы типа «не плачь, тут нет ничего страшного». Чтобы утешить ребенка, использует физический контакт (берет на руки, обнимает, целует).

3. *Ситуация, когда ребенок чем-то недоволен, он агрессивен, кричит, закатывает истерику.* Мать спокойна, не раздражается, не кричит на ребенка и не бьет его. Называет чувства ребенка и их причину; при необходимости утешает его.

Далее необходимо организовать *упражнение матери в новых способах поведения под руководством психолога в разных ситуациях взаимодействия с ребенком.* Очень эффективно записывать эпизоды детско-материнского взаимодействия на видео и потом обсуждать их с матерью. Также психолог должен сам быть способен показать матери, как нужно взаимодействовать с ребенком.

При обучении матери взаимодействию с ребенком должны решаться следующие задачи:

*Задача 1.* Развитие у матери умения понимать причины поведения ребенка. Для этого в ходе анализа взаимодействия необходимо задавать матери вопросы: «Как Вы думаете, почему так ведет себя ребенок?», «Почему ребенок начал капризничать, отказываться это делать?», «Почему ребенок долго не мог успокоиться?» и т. д. Задавая подобные вопросы, психолог будет побуждать мать анализировать поведение ребенка, что очень важно для построения гармоничного взаимодействия. Кроме того, это позволит выявить недостаток знаний матери и имеющиеся у нее ошибочные представления о ребенке.

*Задача 2.* Развитие у матери способности осознавать эмоциональные состояния ребенка и собственные эмоциональные состояния, а также

выработка у матери привычки называть эти состояния в общении с ребенком. Решение данной задачи позволит развивать у матери чувствительность и отзывчивость, а также будет формировать у нее способность к регуляции собственных эмоциональных состояний, что является важным условием для развития механизмов саморегуляции у ребенка.

*Задача 3.* Формировать у матери умение оценивать используемые ею способы взаимодействия. Для решения данной задачи в ходе анализа ситуаций взаимодействия необходимо обсудить с матерью, что она сделала правильно, какие ошибки допустила, какие способы поведения были бы более точными в данной ситуации. При этом очень важно хвалить и поддерживать мать, поскольку те задачи, которые ей приходится решать в ходе терапии, очень сложны. Они требуют, во-первых, высокого уровня сознательного контроля матерью своего поведения, во-вторых, ей часто приходится отказываться от своих привычных способов поведения и образа жизни, в-третьих, конфликтные ситуации с ребенком, которым уделяется особое внимание в ходе оказания помощи, являются как для ребенка, так и для матери очень насыщенными негативными эмоциональными переживаниями.

*Организация режима дня.* Режим дня позволяет внести в жизнь ребенка постоянство и предсказуемость, что является важным условием удовлетворения потребности ребенка в безопасности. В беседе с матерью необходимо выяснить, есть ли у ребенка распорядок дня и каков он. Если нет, то необходимо вместе с матерью его составить.

В режим дня ребенка раннего возраста входят:

- сон;
- кормление или самостоятельный прием пищи;
- игра с предметами или игрушками (указать, какими);
- игра с членами семьи (указать, с кем);
- занятия (если они специально организуются);
- прогулка;
- посещение разных мест (магазин, родственники, и т.п.);
- посещение занятий со специалистами (если они организуются).

Таким образом, в распорядке дня ребенка, помимо выполнения основных режимных моментов (сон, кормление, прогулки), важно указать и время для совместной деятельности матери (отца) и ребенка. Это могут быть игры с игрушками, конструктором, подвижные игры, рисование, чтение и рассматривание книг и др. В аспекте коррекции проблемного поведения ребенка важен не только развивающий эффект, а то, что эти виды совместной деятельности должны доставлять удовольствие и родителю, и ребенку. Это один из способов сделать для ребенка очевидной любовь родителей (то есть удовлетворить его потребность в любви и принятии), вызвать у него положительные эмоциональные переживания, что будет способствовать

уменьшению проявлений проблемного поведения ребенка. Для поддержания эмоционального благополучия ребенок каждый день должен получать опыт положительного взаимодействия с родителями.

С одной стороны, эта рекомендация кажется не очень сложной, но важно осознавать, что взаимодействие с агрессивным, упрямым, капризным, непослушным ребенком для матери становится негативно окрашено практически постоянно. Когда мать «сражается» с ребенком весь день, у нее не остается ни сил, ни времени на приятные совместные игры. Поэтому психологу нужно, во-первых, сделать очевидным для матери недостаток ситуаций позитивного взаимодействия с ребенком, во-вторых, на конкретных примерах показать ей, что совместная деятельность с ребенком может доставлять удовольствие и ей, и ребенку.

## 2.4 ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ

**ЗАДАНИЕ 1.** Составить психологический портрет-характеристику троих детей (нормально развивающихся):

- 1) в возрасте до 1 года,
- 2) в возрасте 1–2 года,
- 3) в возрасте 2–3 года.

Для составления портрета-характеристики используйте методы наблюдения, беседы с родителями ребенка, можно предложить ребенку простые диагностические задания (описаны в п.2.1.2). В портрете-характеристике отражаются только те пункты, которые соответствуют возрасту ребенка.

### **План-схема портрета**

Имя ребенка, точный возраст на момент описания ребенка. Пре- и перинатальный периоды развития ребенка. Общие сведения об условиях развития ребенка до и после его рождения. Наличие факторов риска в состоянии здоровья матери и ребенка. Состояние здоровья ребенка к моменту обследования и перенесенные заболевания. Наличие травм и операций, частых острых или хронических заболеваний. Консультации у специалистов (врачей, психологов, дефектологов – если были), заключения специалистов. Случаи госпитализации, реакции ребенка на них. Постановка ребенка на учет у специалистов. Особенности сна и питания с момента рождения.

История развития, состав семьи ребенка с указанием возраста, образования членов семьи. Родственники, реально участвующие в воспитании ребенка. Изменения в составе семьи с момента рождения ребенка. Условия проживания семьи. Режим дня ребенка (подробно). Где и кем воспитывался ребенок с момента рождения, кто ухаживал за ним. Были ли резкие перемены в обстановке, в которой рос ребенок, разлуки с родителями, их частота и продолжительность.

Занятия ребенка во время бодрствования. Еда и сон. Преобладающие состояния ребенка, общий эмоциональный фон. Предпочтения игрушек, предметов обихода, людей, любимые занятия. Отношения со взрослыми (знакомыми и незнакомыми, с разными близкими взрослыми). Мотивы и поводы обращения ко взрослым, средства общения, бывают ли трудные ситуации и как они разрешаются. Отношения ребенка с детьми: есть ли потребность в общении со сверстниками, каковы поводы обращений, мотивы общения, какие используются средства общения, бывают ли конфликтные ситуации и как они разрешаются.

Уровень развития ребенка в разных сферах (движения, сроки появления основных сенсомоторных реакций, восприятие и мышление, речь, понимание речи, действия с предметами, самообслуживание, общение со

взрослыми, самосознание). Активность в освоении окружающего мира, интересы ребенка. Овладение навыками самостоятельности. Особенности предметной деятельности, характеристика игры и рисования. В чем проявляется осознание ребенком самого себя (узнавание в зеркале, чувство собственности по отношению к предметам, гендерная принадлежность, использование личных местоимений в речи, чувства гордости и стыда).

Проявления индивидуальности ребенка. Проблемы в развитии ребенка. Для детей 2–3 лет: симптомы кризиса трех лет, характер отношений со взрослыми. Сформированы ли психологические новообразования раннего возраста.

Для детей, посещающих дошкольное учреждение: когда ребенок начал посещать детский сад, насколько тяжело протекала адаптация, в чем это выразилось. Отношение ребенка к посещению детского сада в настоящее время.

#### ЗАДАНИЕ 2.

Провести обследование троих детей в возрасте от рождения до трех лет (по одному на каждый год жизни). Для обследования использовать любую пригодную диагностическую методику, а также провести наблюдение за поведением и деятельностью ребенка. Составить заключение по итогам обследования и наблюдения за ребенком, разработать план коррекционно-развивающей работы с каждым ребенком. Приложить протоколы обследования, протоколы наблюдений за поведением ребенка.

ЗАДАНИЕ 3. Познакомьтесь с результатами исследований представлений матерей о проблемах развития детей в раннем возрасте (п. 2.3.2). Используя эти данные, составьте памятки, которые могут использоваться в просветительской работе с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста. Содержание памятки: проблема в развитии и поведении детей раннего возраста, симптомы и причины, как можно разрешить эту проблему.

ЗАДАНИЕ 4. Используя материалы, помещенные в п. 7 данного пособия, разработайте материалы для просветительской работы с родителями детей раннего возраста. Составьте в доступной для понимания родителями форме описание благополучного развития ребенка в разные возрастные периоды.

Примерная схема: Вашему ребенку исполнилось... (например, 2 года 9 месяцев). В этом возрасте ребенок уже умеет ..., знает ..., понимает ..., делает ... . Обратите внимание на то, что в этом возрасте все дети ... . Чтобы развитие вашего ребенка было благополучным, вам стоит делать следующее.

ЗАДАНИЕ 5. Составьте рекомендации родителям на тему «Ваш ребенок плохо ест: пора обратиться к детскому психологу»; «Ваш ребенок плохо спит: пора обратиться к детскому психологу».

**ЗАДАНИЕ 6.** Проведите диагностику детско-материнского эмоционального взаимодействия, используя опросник ОДРЭВ (помещен в п. 2.3.3). Предложите заполнить опросник матерям троих детей разного возраста (предпочтительно второй и третий годы жизни ребенка). Оцените особенности эмоционального взаимодействия, определите слабые стороны взаимодействия и составьте рекомендации матерям по улучшению их взаимодействия с ребенком.

**Тематика рефератов по дисциплинам  
«Психолого-педагогическое сопровождение детей  
в системе ранней комплексной помощи»,  
«Ранняя комплексная помощь»**

- Ранняя комплексная помощь детям с нарушениями в развитии и риском их возникновения: теоретико-методологические основания.
- Дети раннего возраста с нарушениями интеллектуальной сферы: особенности психофизического развития.
- Возможности оказания коррекционно-развивающей помощи детям раннего возраста с нарушениями интеллектуальной сферы.
- Дети раннего возраста с нарушениями движений: особенности психофизического развития.
- Оказание коррекционно-развивающей помощи детям раннего возраста с детским церебральным параличом.
- Дети раннего возраста с нарушениями зрения: особенности психофизического развития.
- Оказание коррекционно-развивающей помощи детям раннего возраста с нарушениями зрения.
- Воспитание в семье детей младенческого и раннего возраста с нарушениями зрения.
- Дети раннего возраста с нарушением слуха: особенности психофизического развития.
- Возможности оказания коррекционно-развивающей помощи детям младенческого и раннего возраста с нарушением слуха.
- Особенности психофизического развития детей раннего возраста с нарушениями речи.
- Психолого-педагогические подходы к коррекционно-развивающей работе с детьми раннего возраста с нарушениями речи.
- Дети раннего возраста с синдромом Дауна: особенности психофизического развития в раннем детстве.
- Дети раннего возраста с синдромом Дауна: возможности оказания коррекционно-развивающей помощи.

- Воспитание в семье детей младенческого и раннего возраста с синдромом Дауна.
- Эмоционально-поведенческие расстройства у детей раннего возраста.
- Профилактика и коррекция страхов у детей раннего возраста.
- Профилактика и коррекция агрессивного поведения у детей раннего возраста.
- Предвестники синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей раннего возраста: диагностика и коррекционно-развивающая работа.
- Оказание психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с эмоционально-поведенческими расстройствами.
- Нарушения обработки сенсорной информации у детей раннего возраста.
- Терапия и коррекция нарушений сна у детей младенческого и раннего возраста.
- Нарушения кормления и питания у детей младенческого и раннего возраста.
- Психологические проблемы грудного вскармливания.
- Проблемы развития недоношенных детей в младенческом и раннем возрасте.
- Особенности психофизического развития детей, родившихся в результате использования репродуктивных вспомогательных технологий, в раннем детстве.
- Особенности психофизического развития детей младенческого возраста с расстройствами аутистического спектра
- Особенности психофизического развития детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра.
- Возможности оказания коррекционно-развивающей помощи детям с РАС в раннем детстве.
- Денверская модель раннего вмешательства.
- Рутинно ориентированный подход в системе раннего вмешательства.
- Использование прикладного поведенческого анализа в работе с детьми раннего возраста с РАС.
- Возможности сенсорной интеграции в системе ранней помощи детям.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. 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.
2. Андрущенко Н.В. Регуляторные расстройства в младенческом и раннем детском возрасте : учебное пособие / Н.В. Андрущенко. – СПб.: ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. – 80 с.
3. Баенская, Е. Р. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития : метод. пособие для педагогов, психологов, врачей / Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Изд-во "ЭКЗАМЕН", 2004. – 128 с.
4. Баженова, О. В. Диагностика психического развития детей в раннем онтогенезе (до 5 лет) / О. В. Баженова, Е. И. Морозова // Практикум по патопсихологии / под ред. Б. В. Зейгарник, В. В. Лебединского, В. В. Николаевой. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987. – С. 98–135.
5. Блинникова, И. В. Ранние этапы развития речи в условиях зрительной депривации / И. В. Блинникова // Психол. журн. – 2004. – Т. 25, № 2. – С. 55–65.
6. Блинникова, И. В. Роль зрительного опыта в раннем психическом развитии детей / И. В. Блинникова // Психол. журн. – 2000. – Т. 21, № 3. – С. 49–54.
7. Богданович, А. И. Реабилитация детей раннего возраста с церебральной патологией вследствие перинатального поражения центральной нервной системы : дис. ... канд. мед. наук : 14.03.11 / А. И. Богданович. – Минск, 2020. – 256 л.
8. Боулби, Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Дж. Боулби ; пер. В. В. Старовойтовой. – 2-е изд. – М. : Акад. проект, 2004. – 232 с.
9. Брамбринг, М. Воспитание слепого ребенка раннего возраста в семье / М. Брамбринг; пер. с нем. В. А. Алтухова ; науч. ред. рус. текста Н. М. Назарова. – М.: Академия, 2003. – 144 с.
10. Бриш, К.-Х. Биндунг-психотерапия: младенчество и ранний возраст. Консультирование и терапия, основанные на теории привязанности / К.-Х. Бриш. – М. : Теревинф, 2018. – 204 с.
11. Валитова, И. Е. Возможности работы психолога с проблемами грудного вскармливания / И. Е. Валитова, Ю. В. Барановская // Вопр. психологии. – 2011. – № 2. – С. 56–65.
12. Валитова, И. Е. Детская психология : учеб. пособие для студентов психол. и пед. специальностей / И. Е. Валитова, И. В. Шматкова. – Минск : Нар. асвета, 2017. – 445 с.

13. Валитова И.Е. Клинико-психологическая концепция психического дизонтогенеза в раннем возрасте: монография / И.Е. Валитова. – Брест : Брест. гос. ун-т им. А. С. Пушкина, 2019. – 298 с.
14. Валитова, И.Е. Специальная психология : учебное пособие для вузов по психол. и пед. специальностям / И. Е. Валитова. – Минск : Изд-во Гревцова, 2014. – 352 с.
15. Венар, Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг ; под науч. ред. А. Алексеева. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 384 с.
16. 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.
17. Выявление нарушений развития у детей раннего возраста в системе раннего вмешательства / О. Г. Авила [и др.]; под науч. ред. О. Г. Авилы, И. Е. Валитовой. – Минск : БелМАПО, 2019. – 122 с.
18. Гончарова, Е. Л. К вопросу о субъекте психолого-педагогического сопровождения в формирующейся практике комплексной помощи детям раннего возраста / Е. Л. Гончарова // Дефектология. – 2009. – № 1. – С. 45–50.
19. Готтлиб, С. Проблемы детского сна : пер. с англ. / С. Готтлиб. – М. : РОСМЭН, 1998. – 157 с.
20. Григоренко, Е. Л. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. Учебное пособие для студентов / Е. Л. Григоренко. – М. : «Практика», 2018. – 281 с.
21. Гринспен, С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер. – М.: Теревинф, 2013. – 512 с.
22. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет / Е. О. Смирнова [и др.]. – М. : ПЭБ, 2007. – 128 с.
23. Диксон, У. Двадцать великих открытий в детской психологии / У. Диксон. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2007. – 448 с.
24. Захарова, Е. И. Опросник для исследования эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия / Е.И. Захарова // Семейная психология и семейная терапия. – 1997. – № 1. – С. 67–77.
25. Исенина, Е. И. О некоторых понятиях онтогенеза базовых качеств матери / Е. И. Исенина // Журн. практ. психолога. Темат. вып.: Перинатальная психология и психология родительства. – 2003. – № 4–5. – С. 49–63.
26. Каган, В. Е. Аутята. Родителям об аутизме / В. Е. Каган. – СПб. : Питер, 2015. – 180 с.
27. 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.

28. Карабанова, О. А. Стратегия развития образования детей с ОВЗ: по дороге к реализации культурно-исторического подхода / О. А. Карабанова, Н. Н. Малофеев // Культур.-ист. психология. – 2019. – Т. 15, № 4. – С. 89–99.

29. Киселева М.Г. Депрессия у детей младенческого и раннего возраста // Нац. Психол. журн. / М. Г. Киселева. – 2017. – № 4 (28). – С. 95–104.

30. Крэйн, У. Теории развития: Секреты формирования личности / У. Крэйн. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 512 с.

31. Кудрина, Т.П. Мать и слепой недоношенный младенец: особенности взаимодействия [Электронный ресурс] / 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: 17.07.2022.

32. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития у детей : учеб. пособие / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ, 1985. – 168 с.

33. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – СПб. : Аддис, 1994. – 300 с.

34. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и культурно-деятельностный подход Л. С. Выготского – А. Н. Леонтьева – А. Р. Лурии / Н. А. Варако [и др.] // Клинич. и спец. психология. – 2019. – Т. 8, № 3. – С. 143–159.

35. Микиртумов, Б. Е. Клиническая психиатрия раннего детского возраста / Б. Е. Микиртумов, А. Г. Кощавцев, С. В. Гречаный. – СПб. : Питер, 2001. – 256 с.

36. Мухамедрахимов, Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р. Ж. Мухамедрахимов. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001. – 265 с.

37. Мэш, Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2003. – 384 с.

38. Нет «необучаемых детей»: книга о раннем вмешательстве / под ред. Е. В. Кожевниковой и Е. В. Клочковой. – СПб. : КАРО, 2007. – 352 с.

39. Об организации и оказании ранней комплексной помощи детям с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет : ин-структив.-метод. письмо / М-во образования Респ. Беларусь. – Минск, 2012. – 9 с.

40. Одинокова, Г. Ю. Общение матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна : монография / Г. Ю. Одинокова. – М. : Полиграфсервис, 2016. – 209 с.

41. 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.
42. 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.
43. Половинкина, О. Б. Педагогическая поддержка семьи в процессе комплексной реабилитации ребенка с органическим поражением центральной нервной системы в условиях стационара / О. Б. Половинкина // Дефектология. – 2005. – № 3. – С. 14–19.
44. 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.
45. Развитие ранней помощи в образовании детей с ОВЗ и группы риска: основания, ориентиры и ожидаемые результаты / Н. Н. Малофеев [и др.] // Альм. Ин-та коррекц. педагогики. – 2019. – № 36. – С. 17–43.
46. Разенкова, Ю. А. Варианты развития общения у детей первых лет жизни с различными ограничениями здоровья [Электронный ресурс] / 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.
47. Разенкова, Ю. А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития / Ю. А. Разенкова. – М. : Карапуз, 2011. – 109 с.
48. Ранняя комплексная помощь детям с особенностями психофизического развития и факторами риска в развитии : учеб.-метод. пособие для пед. работников учреждений образования, реализующих образоват. программы спец. образования на уровне дошк. образования / С. Н. Феклистова [и др.]. – Минск: Нац. ин-т образования, 2022. – 248 с.
49. Роджерс, С. Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом / С. Роджерс, Дж. Доусон, Л. Висмара. – Екатеринбург : Рама-Паб-лишинг, 2016.– 416 с.
50. Роджерс, С. Учебник по Денверской модели раннего вмешательства для детей с аутизмом. Развиваем речь, умение учиться и мотивацию / С. Роджерс, Дж. Доусон ; под общ. ред. М. Кузьмицкой, Л. Толкачева. – М. : ИП Толкачев, 2019. – 432 с.
51. Руководство для специалистов междисциплинарных команд центров раннего вмешательства / под ред. О. Г. Авила, И. Е. Валитовой, С. А. Чипурко. – Минск : Детский фонд ЮНИСЕФ, 2020. – 132 с.

52. 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.
53. Специальная психология : учеб. пособие / В. И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В. И. Лубовского. – М. : Академия, 2005. – 464 с.
54. Специальная психология : учеб. пособие / Е. С. Слепович [и др.] ; под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. – Минск : Выш. шк., 2012. – 511 с.
55. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства / О. Ж. Аксенова [и др.]. – СПб. : КАРО, 2012. – 54 с.
56. Стребелева, Е. А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии : кн. для педагога-дефектолога / Е. А. Стребелева. – М. : ВЛАДОС, 2005. – 180 с.
57. Филиппова, Г. Г. Психология материнства : учеб. пособие / Г. Г. Филиппова. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 239 с.
58. Филиппович, И. В. Консультативно-коррекционная технология помощи детям раннего возраста / Под ред. Н. А. Масюковой И. В. Филиппович. – Минск: «Веды», 2007. – 170 с.
59. Фрухт, Э. Л. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной системы / Э. Л. Фрухт, Р. В. Тонкова-Ямпольская // Дефектология. – 2003. – № 4. – С. 24–27.
60. 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.
61. Шматкова, И. В. Психологическая помощь при нарушениях эмоционального благополучия у детей раннего возраста : учеб.-метод. пособие для студентов ун-та, обучающихся по специальностям 1-01 01 02-06 «Дошк. образование. Практ. психология», 1-03 04 03 «Практ. психология» / И. В. Шматкова ; Брест. гос. ун-т им. А.С. Пушкина. – Брест : БрГУ, 2013. – 91 с.
62. Шереметьева, Е. В. Коррекционно-предупредительное воздействие в раннем возрасте: система занятий с детьми и их родителями / Е. В. Шереметьева. – М.: Нац. кн. центр, 2017. – 176 с.
63. Эльконин, Д. Б. Избранные психологические труды / Д. Б. Эльконин. – М. : Педагогика, 1989. – 560 с.
64. Югова, О. В. Вариативная модель ранней коррекционно-развивающей помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям / О. В. Югова // Спец. образование. – 2017. – № 1. – С. 53–67.
65. 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.

66. Dodd, S. Autismus. Was Betreuer und Eltern wissen müssen / S. Dodd. – München : Akademischer Verlag Spektrum, 2007. – 399 s.
67. Prekop, I. Kinder sind Gäste, die nach dem Weg fragen : ein Elternbuch / I. Prekop, Chr. Schweizer. – München : Kösel, 1990. – 154 s.
68. U źródeł rozwoju dziecka : o wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego / H. Olechnowicz [i in.] ; pod red. H. Olechnowicz. – Warszawa : Nasza Księgarnia, 1988. – 198 s.