Министерство образования Магаданской области

Магаданское областное государственное бюджетное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

Методические рекомендации

«Диагностика и коррекция нарушений развития у детей раннего возраста в семье»

Автор-составитель: Кошман Ю.Н., педагог-психолог

Г. Магадан, 2023

Содержание ………………………………………………………………………………….1

Введение………………………………………………………………………………………2

1. Психолого-педагогическая характеристика ребенка раннего возраста в норме………..3
2. Нарушения развития детей раннего возраста……………………………………………...8
3. Диагностика нарушений развития ребенка раннего возраста……………………………17
4. Коррекционное воспитание детей с отклонениями в развитии………………………….109
5. Психологический климат в семье, воспитывающей ребенка раннего возраста с ОВЗ...121
6. Рекомендации родителям по развитию ребенка с ОВЗ…………………………………..130

Список литературы…………………………………………………………………………135

Приложение №1 Антистрессовые кинезиологические упражнения для учителей, родителей и детей…………………………………………………………………………..136

Приложение №2 Памятка для педагогов, родителей  **«**Особые дети – особое общение»…………………………………………………………………………………….139

Введение.

Семья – это самая влиятельная структура, под воздействием которой формируется человек. Вырастая, мы часто не замечаем, как сильно зависим от мнения родителей, привыкаем смотреть на мир через призму семейных ценностей и традиций, установок и принятых правил поведения. Образ личности складывается из того, как строятся взаимоотношения в семье, от того, чувствует ли человек любовь и уважение или привык к тому, что его не замечают, а общение проходит только в скандалах и на повышенных тонах. Куда бы мы ни переместились, в каком бы обществе ни развивались, как бы много мы ни достигли, наш личный опыт взаимодействия внутри своей семьи с родителями, братьями и сестрами будет всегда следовать за нами, определяя наше поведение.

Родители часто из-за большой любви к детям, которая не подкрепляется знанием основных закономерностей их психического развития, бессознательно используют такие модели воспитания, которые закладывают фундамент невротизации детей.

Как утверждает доктор психологии Тингей Михаэлис, на основе наблюдений и повседневного ухода за собственным ребенком с ОВЗ, ситуация, когда в семье рождается такой малыш, вовсе не безнадежная, если родители и специалисты знают, как оказать помощь ему и себе. Он отмечает, что «свойственное многим родителям стремление к самопожертвованию ради счастья и благополучия детей естественно. Но оно не должно быть бестолковым. Здесь, как и в других случаях максимального проявления черт человеческой природы, чрезвычайно важно найти разумный способ их приложения с пользой для дела, поскольку возвышенные качества ценны не только и не столько сами по себе, сколько как способ достижения особо значимых результатов».

Если возникают воспитательные проблемы с ребенком, то причины этого не особенности его развития, а ошибочные методы обращения с ним. Часть родителей отказывается признать диагноз: либо они неадекватно оценивают состояние ребенка, либо опасаются испортить ему будущее «ярлыком» умственной отсталости. Эта проблема имеет социальные корни и связана с отношением общества к людям с умственной отсталостью. Например, многие родители маленьких детей с болезнью Дауна и другими тяжелыми отклонениями в развитии, в первую очередь, обеспокоены тем, сможет ли ребенок обучаться в массовой школе. Когда дети подрастают, родители начинают понимать и принимать преимущества и необходимость специального (коррекционного) обучения. Однако это не избавляет семью от стресса.

Семья, имеющая ребенка с особыми возможностями здоровья, на протяжении жизни переживает серию, «взлетов» и «падений», обусловленных субъективными и объективными причинами. Чем лучше психологическая и социальная поддержка, тем семья легче преодолевает эти состояния. При тяжелых нарушениях интеллекта особенно сильно переживается родителями наступление совершеннолетия ребенка. К сожалению, специалисты часто недооценивают тяжесть этого семейного кризиса по сравнению с более ранними, связанными с установлением диагноза и констатацией крайне ограниченной возможности ребенка к обучению.

Вовремя установленный диагноз, определение специфики работы и воспитания ребенка с ОВЗ, принятие родителями его особенностей и поддержка семьи специалистами – это те необходимые условия, которые способствуют развитию, социальной адаптации и становлению благоприятного психологического климата в семье.

В данной брошюре раскрываются вопросы особенностей развития ребенка раннего возраста с ОВЗ, возможности диагностики отклонений в развитии на раннем этапе, а также особенности коррекционного воспитания в семье.

1. **Психолого-педагогическая характеристика ребенка раннего возраста в норме.**

В соответствии с отечественной периодизацией развития, принятой в отечественной психологии, к периоду раннего возраста развития относят детей от года до 3-х лет. Большое количество отечественных и зарубежных психологов выбрало для себя предметом изучения период раннего возраста. Одним из знаменитых ученых, является и Н.М. Аксарина.

Профессором Н.М. Аксариной впервые был определен комплекс особенностей раннего детства. Он включает в себя следующие характеристики:

* быстрый темп развития организма;
* взаимосвязь и взаимозависимость состояния здоровья, физического и нервно-психического развития детей;
* эмоциональный фон ребенка;
* ведущая роль взрослого.

Можно выделить следующие показатели психической зрелости ребенка раннего возраста.

Показатели психической зрелости на 2-ом году жизни

а) Коммуникативное поведение

На втором году жизни общение ребенка приобретает более содержательный в деловом отношении характер: появляется ситуативно-деловая форма общения в терминологии Лисиной, которую уместнее было бы назвать «личностно-деловой». Совместная деятельность с эмоционально близким взрослым становится более разнообразной, содержательной и индивидуализированной. Однако при этом сохраняется высокая значимость ситуативно-личностной (непосредственно-эмоциональной) формы общения. Диалог со взрослым носит отчетливо реципрокный (взаимововлеченный, согласованный) характер. Процесс взаимодействия со значимым взрослым (творческая игра или совместное конструирование) ребенок сопровождает короткими коммуникативными эпизодами (или коммуникативными циклам в терминологии западных авторов). Инициируя общение (вербальное или невербальное), он на короткое время открывает (взгляд в глаза, затем на игрушку, словесная реплика или вокализация) и закрывает эти циклы (возвращается к совместной или индивидуальной практической деятельности). По данным психологов, количество этих циклов на протяжении завершенного в смысловом отношении эпизода игры или совместной деятельности меняется с возрастом: 10-15 циклов к 12-16 мес., 20-30 циклов – к 2 г. Общение со сверстниками окрашено эмоционально положительно, но еще малопродуктивно и весьма формально.

б) Эмоциональное поведение

На втором году жизни у здорового ребенка преобладает эмоционально положительный фон настроения. Однако он весьма непостоянен и легко может смениться на прямо противоположный, если для этого есть причины. При нормализации ситуации настроение так же быстро нормализуется. Значительно расширяется репертуар эмоциональных реакций на события, происходящие в жизни ребенка.

в) Познавательная сфера

На втором году жизни познавательное развитие происходит преимущественно в сфере предметной деятельности. Ребенок осваивает элементарные стратегии продуктивной, целенаправленной деятельности, построенные на основе универсального алгоритма, описанного еще Дж. Миллером, Ю. Галантером и К. Прибрамом, а позднее с нейропсихологических позиций А.Р. Лурия. В структуре его деятельности появляется еще незрелая ориентировочная фаза действия и элементарные формы самоконтроля. Основная стратегия продуктивной деятельности – стратегия проб и ошибок. Развивается наглядно-действенного мышление, осваиваются элементарные формы сенсорных эталонов цвета и формы, и ориентация на них на практическом уровне.

г) Игровая деятельность

Игра, как ведущий тип деятельности, становится в этом возрасте весьма информативным показателем развития игрового поведения, фантазии, воображения, но и познавательных способностей тоже. С первых месяцев второго года жизни можно обнаружить развитие двух видов игровой деятельности: а) символическую игру и б) предметно-практическую игру. В современной западной психологии начало развития символической игры относят к возрасту 1г. 3мес. – 1г. 4 мес. ее основными проявлениями являются действия «понарошку» с предметом (бытовым или его игрушечным аналогом) или без него. Средством символизации в этом случае становится характер действия, совершаемого ребенком, имитирующего функционально адекватное действие взрослых. Можно выделить 3 этапа в процессе развития этого вида игры: сначала, например, малыш пустой ложкой как бы ест сам, на следующем этапе – кормит кого-то из взрослых, на третьем этапе – куклу или игрушечную зверюшку. Последнее – является одновременно началом развития элементарных форм сюжетной игры (обычно, во второй половине 3-го года жизни).

В предметно-практической игре ребенок овладевает функционально адекватными действиями с бытовыми или игровыми предметами. В процессе этого вида деятельности формируются бытовые или конструктивные навыки. В методической литературе по дошкольной педагогике этот вид игры называется предметно-отобразительной игрой.

Показатели зрелости на 3-ем году жизни

а) Коммуникативное поведение

На третьем году жизни сохраняется, как ведущее, ситуативное личностно-деловое общение. Однако ближе ко второму полугодию оно начинает окрашиваться проявлениями кризиса 3 лет: чертами упрямства, противоборства с близкими взрослыми.

В конце данного возрастного периода начинают формироваться партнерские отношения со сверстниками. Общение с ними приобретает более продуктивный и содержательный характер. Этому способствует созревание способности к взаимодействию и сотрудничеству в совместной игре. Значительно шире в общении между детьми используются речевые средства, такие как диалог или полилог (диалог более, чем 2-х детей).

б) Эмоциональное поведение.

На третьем году жизни меняется рисунок эмоционального поведения. Доминирующий эмоциональный тон существенно начинает зависеть от социальной и коммуникативной ситуации. Появляется способность скрывать истинные эмоциональные чувства и переживания и демонстрировать те, которые желательны исходя из ситуации (притворяться, хитрить, демонстрировать ложные эмоциональные состояния). Эпизодически, проявляет агрессивные чувства (преимущественно в вербальной форме) по отношению к родителям. Кризис самоопределения (формирование психической Я-концепции) усиливает эмоциональную неустойчивость. Одновременно растет степень дифференцированности эмоциональных реакций.

в) Познавательная сфера

Развитие наглядно-действенного мышления или т.н. «сенсо-моторного интеллекта» (по Ж.Пиаже) на третьем году достигает значительной степени зрелости. Ребенок овладевает основными сенсорными эталонами формы, цвета и размера, использует их в практический деятельности.

Стратегические возможности решения проблем совершенствуются. Выполняя большинство конструктивных заданий (имеется в виду репродуктивное, проблемное конструирование) методом проб и ошибок, ребенок к концу этого периода начинает осваивать азы приемов зрительного сопоставления сенсорных характеристик и мысленного оперирования ими.

в) Игровая деятельность

На третьем году жизни, во второй его половине отдельные действия с куклами, характерные для символической игры (имитационные бытовые действия «понарошку») перерастают в сюжетные игровые действия. Ребенок воспроизводит фрагменты сюжетных игровых действий преимущественно бытового характера: укладывает куклу спать, умывает куклу, кормит куклу, используя предметы-заместители, нагружает и разгружает автомобиль и т.п. В этом возрасте для детских игр характерна неполнота развертывания сюжета: большинство из них одноактны и не организуются в последовательность логически организованных игровых действий, воспроизводящих целостные бытовые сценарии. Предметно-практическая игра со строительным материалом, дидактическими игрушками (пирамидками, формочками-вкладышами, мозаикой и др.) становится более целенаправленной, разнообразной и продуктивной [11, c. 48] .

Выделяют следующие признаки риска развития ребенка раннего возраста.

2-й год жизни

*А) Коммуникативное поведение*

* Низкая коммуникативная активность.
* Отсутствие или слабая выраженность реципрокности в диалоге.
* Избегание диалога или формальность в диалоге.

*Б) Эмоциональное поведение*

* Пассивность, нерадостное настроение, монотонный плач.
* Дистимический или депрессивный фон настроения.
* Невропатические проявления.
* Тревожная привязанность к родителям.
* Однообразные, стереотипные эмоциональные реакции.

*в) Познавательная сфера*

* Преобладание элементарных форм исследовательского поведения (ротовое исследование).
* Хаотический характер проб и ошибок.
* Нефункциональность предметных действий.
* Отсутствие ориентации на цвет и форму в практической деятельности.

*г) Игровая деятельность*

* Преобладание манипулятивной игры.
* Отсутствие символической игры после 1,5 лет.
* Неспособность самостоятельно организовать игровую деятельность без помощи взрослого.

3-й год жизни

*а) Коммуникативное поведение*

* Боязнь и избегание сверстников.
* Отсутствие партнерских отношений.
* Чрезмерная автономность поведения по отношению к родителям, эмоциональная отгороженность.
* Низкая коммуникативная активность.

*б) Эмоциональное поведение*

* Боязнь и избегание сверстников.
* Отсутствие партнерских отношений.
* Чрезмерная автономность / агрессивность поведения по отношению к родителям.
* Эмоциональная отгороженность.
* Низкая коммуникативная активность.
* Симбиотическая привязанность по отношению к родителям: требование ребенка постоянной физической близости родителей.

*в) Познавательная сфера*

* Преобладание элементарных форм исследовательского поведения (ротовое исследование).
* Хаотический характер проб и ошибок.
* Нефункциональность предметных действий.
* Отсутствие каракульного рисунка.

*г) Игровая деятельность*

* Преобладание манипулятивной игры.
* Отсутствие символической игры.
* Низкая игровая активность.
* Стереотипность игровых действий в предметно-практической игре.

Г.В. Дедюхина уточняет перечень актуальных задач, которые реализуются специалистами различного профиля, в вопросе преодоления негативных сценариев развития ребенка в раннем детстве:

* раннее выявление риска в развитии ребенка;
* создание индивидуальных программ сопровождения ребенка группы риска в условиях семьи, домов ребенка, реабилитационных и психолого-медико-социальных центров, дошкольных образовательных учреждений общего и специального назначения;
* разработка содержательной основы программ .

Обозначенные проблемы эффективно решаются, так как у детей раннего возраста высокая подражательная способность, ведущей деятельностью является совместная деятельность с взрослым, а это хорошие предпосылки для эффективного обучения. Данные проблемы, в свою очередь, усугубляются при недопонимании состояния ребенка взрослым и отсутствии индивидуального подхода.

Для эффективного устранения данных проблем необходим комплексный психолого-педагогический подход. Комплексный подход к развитию детей раннего возраста реализуется при учете принципов, предложенных К.Л. Печора, Л.С. Голубевой, М.В. Лещенко, С.А. Козловой:

* принцип позитивности – создание психологически комфортной, доброжелательной и теплой атмосферы помощи, сотрудничества;
* принцип духовности – связь между общечеловеческими ценностями и конкретным человеком, его поведением;
* принцип целостности – укрепление значения периодов жизни и позитивности будущего;
* принцип индивидуального подхода – учет индивидуального опыта ребенка;
* принцип включенности ребенка в процесс воспитания и обучения .

Между тем мало изучены вопросы взаимодействия специалистов дошкольного образовательного учреждения с родителями для обеспечения непрерывности развивающего обучения и воспитания. Залогом успеха в работе с детьми раннего возраста является привлечение и обучение процессу родителей, воспитателей. Основа взаимодействия специалистов дошкольного учреждения и семьи базируется на следующих факторах:

* установление взаимопонимания между участниками педагогического процесса (воспитатель, ребенок, родители и др.);
* повышение психолого-педагогической компетентности родителей в вопросах воспитания ребенка раннего возраста.

Основные пути реализации совместной деятельности педагогов и родителей следующие:

* обеспечение единства целей, задач и содержания совместной работы педагогов и семьи;
* установление и последовательное поддержание эмоционально-положительных взаимоотношений участников педагогического процесса;
* сочетание индивидуальных и коллективных форм работы с родителями;
* согласованность воспитательных воздействий на ребенка раннего возраста между педагогами и родителями.

С учетом вышесказанного становится понятным, что связь дошкольных образовательных учреждений и семьи многогранна. Постоянное увеличение числа детей раннего возраста, посещающих дошкольные учреждения, привело к тому, что существующая в настоящее время сеть образовательных учреждений не в состоянии предложить адекватную и своевременную помощь. Особенно остра эта проблема из-за отсутствия специалистов, оказывающих данной категории детей необходимое комплексное психолого-педагогическое сопровождение. В связи с этим важна специализация будущих воспитателей по вопросам развития, обучения и воспитания детей раннего возраста.

Итак, ранний детский возраст – это этап развития в жизни ребенка, охватывающий период с 1 до 3 лет. Одной из важнейших особенностей возраста выступает повышенная двигательная активность. Также активно развивается предметная деятельность. В данный возрастной период начинают формироваться взаимоотношения со сверстниками. Ранний детский возраст сензитивен для развития речи. Особую роль в речевом развитии ребенка раннего возраста играет значимый взрослый, т.к. именно ситуативно-личностное общение со взрослым является ведущим видом деятельности ребенка раннего возраста.

1. **Нарушения развития детей раннего возраста.**

**Дети с ограниченными возможностями** - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обусловливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. Синонимами данного понятия могут выступать следующие определения таких детей: "дети с проблемами", "дети с особыми нуждами", "нетипичные дети", "дети с трудностями в обучении", "аномальные дети", "исключительные дети". Наличие того или иного дефекта (недостатка) не предопределяет неправильного, с точки зрения общества, развития.  
         Потеря слуха на одно ухо или поражение зрения на один глаз не обязательно ведет к отклонению в развитии, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы сохранными анализаторами.

         Таким образом, детьми с ограниченными возможностями здоровья можно считать детей с нарушением психофизического развития, нуждающихся в специальном (коррекционном) обучении и воспитании.  
      По классификации, предложенной В.А.Лапшиным и Б.П.Пузановым, к основным категориям аномальных детей относятся:

1. Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
2. Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
3. Дети с нарушением речи (логопаты);
4. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
5. Дети с умственной отсталостью;
6. Дети с задержкой психического развития;
7. Дети с нарушением поведения и общения;
8. Дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

     В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваться в процессе развития, обучения и воспитания ребенка, например, у детей третьей и шестой групп, другие лишь сглаживаться, а некоторые только компенсироваться. Сложность и характер нарушения нормального развития ребенка определяют особенности формирования у него необходимых знаний, умений и навыков, а также различные формы педагогической работы с ним. Один ребенок с отклонениями в развитии может овладеть лишь элементарными общеобразовательными знаниями *(читать по слогам и писать простыми предложениями)*, другой - относительно не ограничен в своих возможностях *(например, ребенок с задержкой психического развития или слабослышащий).* Структура дефекта влияет и на практическую деятельность детей. Одни нетипичные дети в будущем имеют возможность стать высококвалифицированными специалистами, другие всю жизнь будут выполнять низкоквалифицированную работу *(например, переплетно-картонажное производство, металлоштамповка).*

         Социокультурный статус ребенка во многом определяется как наследственными биологическими факторами, так и социальной средой жизни ребенка. Процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социокультурных факторов. Каждый ребенок имеет свои неповторимые врожденные свойства нервной системы *(силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов; быстроту образования, прочность и динамичность условных связей...).* От этих индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности (в дальнейшем - ВНД) зависят способности к овладению социальным опытом, познанию действительности, то есть биологические факторы создают предпосылки психического развития человека.

         Очевидно, что слепота и глухота есть факторы биологические, а не социальные. “Но все дело в том, - писал Л.С. Выготский, - что воспитателю приходится иметь дело не столько с этими биологическими факторами, сколько с их социальными последствиями”. Сложность структуры атипичного развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего своеобразного развития на патологической основе. Так, повреждение слухового аппарата до овладения речью будет первичным дефектом, а наступившая, как следствие немота - вторичным дефектом. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения и воспитания при максимальном использовании сохранных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности.

         Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта - органического поражения коры головного мозга, порождает вторичные нарушения - отклонения в деятельности высших познавательных процессов (активного восприятия и внимания, произвольных форм памяти, абстрактно-логического мышления, связной речи), которые становятся заметными в процессе социокультурного развития ребенка. Третичные недостатки - недосформированность психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляются в примитивных реакциях на окружающее, недоразвитии эмоционально-волевой сферы: завышенная или заниженная самооценка, негативизм, невротическое поведение. Принципиальным моментом является то, что вторичные и третичные нарушения могут влиять на первичный дефект, усугубляя его, если не проводится целенаправленная и систематизированная коррекционно-реабилитационная работа.   
         Важной закономерностью является соотношение первичного и вторичного дефектов. В связи с этим Л.С. Выготский писал: “Чем дальше отстоит симптом от первопричины, тем он более поддается воспитательному и лечебному воздействию. Получается на первый взгляд парадоксальное положение: недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при умственной отсталости и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, более устранимым, чем недоразвитие низших, или элементарных процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом”. Согласно этому положению Л.С. Выготского, чем дальше разведены между собой первичный дефект биологического происхождения и вторичный симптом *(нарушение в развитии психических процессов),* тем более эффективна коррекция и компенсация последнего с помощью психолого-педагогических и социокультурных средств.

         В процессе атипичного развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка, которые являются способом приспособления личности ребенка к определенному вторичному дефекту. Например, у детей лишенных зрения, остро развивается чувство расстояния (шестое чувство), дистантное различение предметов при ходьбе, слуховая память, осязание и т.д. У глухих детей - мимическое жестовое общение.   
         Данная положительная оценка определенных проявлений своеобразного нетипичного развития - необходимое основание для разработки системы специального обучения и воспитания с опорой на позитивные возможности детей. Источником приспособления детей с ограниченными возможностями к окружающей среде являются сохранные психофизические функции. Функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием функционального потенциала сохранных систем. Глухой ребенок использует зрительный и двигательный анализаторы. Для слепого ведущими становятся слуховой анализатор, осязание, обонятельная чувствительность. Учитывая конкретность мышления умственно отсталых детей и относительно сохранные резервы восприятия, в учебном процессе предпочтение отдается наглядному материалу, предметно-практической деятельности.   
      Таким образом, на развитие ребенка с ограниченными возможностями будут влиять четыре фактора.

1. ***Вид (тип) нарушения.***
2. ***Степень и качество первичного дефекта.*** Вторичные отклонения в зависимости от степени нарушения могут быть - ярко выраженными, слабо выраженными и почти незаметными. Степень выраженности отклонения определяет своеобразие атипичного развития. Существует прямая зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений развития нетипичного ребенка от степени и качества первичного дефекта.
3. ***Срок (время) возникновения первичного дефекта.*** Чем раньше имеет место патологическое воздействие и как следствие - повреждение речевых, сенсорных или ментальных систем, тем будут более выражены отклонения психофизического развития. Например, у слепорожденного ребенка отсутствуют зрительные образы. Представления об окружающем мире будут у него накапливаться с помощью сохранных анализаторов и речи. В случае потери зрения в дошкольном или младшем школьном возрасте ребенок сохранит в памяти зрительные образы, что дает ему возможность познавать мир, сравнивая свои новые впечатления с сохранившимися прошлыми образами. При потере зрения в старшем школьном возрасте представления характеризуются достаточной живостью, яркостью и устойчивостью, что существенно облегчает жизнь такого человека;
4. ***Условия окружающей социокультурной и психолого-педагогической среды.*** Успешность развития аномального ребенка во многом зависит от своевременной диагностики и раннего начала (с первых месяцев жизни) коррекционно - реабилитационной работы с ним.

**ВИДЫ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ**

Психомоторное развитие представляет собой сложный диалектический процесс, который характеризуется определенной последовательностью и неравномерностью созревания отдельных функций, качественным их преобразованием на новом возрастном этапе. При этом каждая последующая стадия развития неразрывно связана с предыдущей.

В основе психомоторного развития лежит генетическая программа, которая реализуется под влиянием различных факторов окружающей среды. Поэтому если ребенок отстает в развитии, прежде всего, необходимо учитывать роль наследственных факторов в этом отставании. Различные неблагоприятные воздействия во внутриутробном периоде развития, во время родов (родовая травма, асфиксия), а также после рождения могут приводить к нарушениям психомоторного развития ребенка.

Для успешной лечебно-коррекционной и педагогической работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, важное значение имеет знание причин и характера нарушений развития. Хорошо известно, что дети, страдающие одним и тем же заболеванием, по-разному отстают в развитии. Это связано с генотипическими особенностями их центральной нервной системы, с различными влияниями окружающей среды, а также с тем, насколько своевременно поставлен правильный диагноз и начата лечебно-коррекционная и педагогическая работа.

Под *причиной*отклонения в развитии понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего неблагоприятного фактора, который определяет специфику *поражения*или *нарушения развития*психомоторных функций.

Известно, что почти любое более или менее длительное неблагоприятное воздействие на развивающийся мозг ребенка может привести к отклонениям в психомоторном развитии. Их проявления будут различны в зависимости от времени неблагоприятного воздействия, т. е. от того, на каком этапе развития мозга оно имело место, его длительности, от наследственной структуры организма и прежде всего центральной нервной системы, а также от тех социальных условий, в которых воспитывается ребенок. Все эти факторы в комплексе определяют *ведущий дефект,*который проявляется в виде недостаточности интеллекта, речи, зрения, слуха, моторики, нарушений эмоционально-волевой сферы, поведения. В ряде случаев может быть несколько нарушений, тогда говорят об *осложненном*или *сложном дефекте.*

Сложный дефект характеризуется сочетанием двух или более нарушений, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности обучения и воспитания ребенка. Например, сложный дефект имеет место у ребенка с одновременным поражением зрения и слуха, или слуха и моторики и т. п. При осложненном дефекте возможно выделение ведущего, или главного, нарушения и осложняющих его расстройств. Например, у ребенка с нарушениями умственного развития могут наблюдаться нерезко выраженные дефекты зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, эмоциональные и поведенческие расстройства.

Как ведущий, так и осложняющий дефект могут иметь характер как *повреждения,*так и *недоразвития.*Нередко наблюдается их сочетание.

Особенностью детского мозга является то, что даже его небольшое поражение не остается частичным, локальным, как это имеет место у взрослых больных, а отрицательно сказывается на всем процессе созревания центральной нервной системы. Поэтому ребенок с нарушением речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата при отсутствии ранних коррекционных мероприятий будет отставать в психическом развитии.

Описанные выше нарушения развития являются *первичными.*Однако, наряду с первичными часто имеют место так называемые *вторичные*нарушения, структура которых зависит от характера ведущего дефекта. Так, отставание психического развития у детей с общим системным недоразвитием речи прежде всего будет проявляться в слабости словесной (вербальной) памяти и мышления, а у детей с церебральным параличом — в недостаточности пространственных представлений и конструктивной деятельности.

У детей с недостатками слуха нарушается развитие понимания обращенной речи, с трудом формируются активный словарь и связная речь. При дефектах зрения ребенок испытывает затруднения при соотнесении слова с обозначаемым предметом, он может повторять многие слова, недостаточно понимая их значение, что задерживает развитие смысловой стороны речи и мышления.

Вторичные нарушения в развитии затрагивают, прежде всего, те психические функции, которые наиболее интенсивно развиваются в раннем и дошкольном возрасте. К ним относятся речь, тонкая дифференцированная моторика, пространственные представления, произвольная регуляция деятельности. Большую роль в возникновении вторичных отклонений в развитии играет недостаточность или отсутствие ранних лечебно-коррекционных и педагогических мероприятий и особенно психическая депривация. Например, обездвиженный ребенок с детским церебральным параличом, не имеющий опыта общения со сверстниками, отличается личностной и эмоционально-волевой незрелостью, инфантильностью, повышенной зависимостью от окружающих.

***Психическая депривация — психическое состояние, которое возникает в условиях, когда субъекту не представляется возможности для удовлетворения его основных психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени. (См.: Лангмейер И., Матейчек 3. Психическая депривация в детском возрасте — Прага, 1984.)***

Невыявленные отклонения в развитии, например, слабо выраженные дефекты зрения и слуха, прежде всего, задерживают темп психического развития ребенка, а также могут способствовать формированию вторичных эмоциональных и личностных отклонений у детей. Находясь в массовых дошкольных учреждениях, не имея к себе дифференцированного подхода и не получая лечебно-коррекционной помощи, эти дети длительное время могут пребывать в ситуации неуспеха. В таких условиях у них часто формируется заниженная самооценка, низкий уровень притязаний; они начинают избегать общения со сверстниками, и постепенно вторичные нарушения все более усугубляют их социальную дезадаптацию.

Таким образом, ранняя диагностика, медицинская и психолого-педагогическая коррекция позволяют добиться значительных успехов в формировании личности детей с отклонениями в развитии.

**ПРИЧИНЫ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ**

Возникновение аномалий развития связано с действием как разнообразных неблагоприятных факторов внешней среды, так и с различными наследственными влияниями.

В последнее время получены данные о новых наследственных формах умственной отсталости, глухоты, слепоты, сложных дефектов, патологии эмоционально-волевой сферы и поведения, в том числе и раннего детского аутизма (РДА).

Современные достижения клинической, молекулярной, биохимической генетики и цитогенетики позволили уточнить механизм *наследственной патологии.*Через специальные структуры половых клеток родителей — хромосомы — передается информация о признаках аномалий развития. В хромосомах сосредоточены функциональные единицы наследственности, которые носят название генов.

При хромосомных болезнях с помощью специальных цитологических исследований выявляют изменение числа или структуры хромосом, что обуславливает генный дисбаланс. По последним данным, на 1000 новорожденных приходится 5—7 детей с хромосомными аномалиями. Хромосомные болезни, как правило, отличаются сложным или осложненным дефектом. При этом в половине случаев имеет место умственная отсталость, которая часто сочетается с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи. Одним из таких хромосомных заболеваний, затрагивающих, прежде всего, интеллектуальную сферу и часто сочетающихся с сенсорными дефектами, является синдром Дауна.

Аномалии развития могут наблюдаться не только при хромосомных, но и при так называемых генных болезнях, когда число и структура хромосом остаются неизменными. Ген представляет собой микроучасток (локус) хромосомы, который контролирует развитие определенного наследственного признака. Гены стабильны, но их стабильность не абсолютна. Под влиянием различных неблагоприятных факторов окружающей среды происходит их мутация. В этих случаях мутантный ген программирует развитие измененного признака. Если мутации возникают в единичном микроучастке хромосомы, то говорят о *моногенных формах аномального развития;*при наличии изменений в нескольких локусах хромосом — о *полигенных формах аномального развития.*В последнем случае патология развития обычно является следствием сложного взаимодействия как генетических, так и внешних, средовых факторов.

В связи с большим разнообразием наследственных заболеваний ЦНС, обуславливающих аномалии развития, их дифференциальная диагностика весьма затруднена. Вместе с тем необходимо отметить, что правильный ранний диагноз заболевания имеет первостепенное значение для проведения своевременных лечебно-коррекционных мероприятий, оценки прогноза развития, а также для предупреждения в данной семье повторного рождения детей с отклонениями в развитии.

Наряду с наследственной патологией нарушения психомоторного развития могут возникать в результате воздействия на развивающийся мозг ребенка различных неблагоприятных факторов окружающей среды. Это — инфекции, интоксикации, травмы и т. п.

В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют *внутриутробную,*или *пренатальную, патологию*(воздействие в период внутриутробного развития); *натальную патологию*(повреждения в родах) и *постнатальную*(неблагоприятные воздействия после рождения).

В настоящее время установлено, что внутриутробная патология часто сопровождается повреждением нервной системы ребенка в родах. Это сочетание в современной медицинской литературе обозначается термином *перинатальная энцефалопатия.*Причиной перинатальной энцефалопатии, как правило, является внутриутробная гипоксия в сочетании с асфиксией и родовой травмой.

Возникновению внутричерепной родовой травмы и асфиксии способствуют различные нарушения внутриутробного развития плода, снижающие его защитные и адаптационные механизмы. Родовая травма приводит к внутричерепным кровоизлияниям и к гибели нервных клеток в местах их возникновения. У недоношенных детей внутричерепные кровоизлияния часто возникают по причине слабости их сосудистых стенок.

Наиболее тяжелые отклонения в развитии возникают при *клинической смерти*новорожденных, которая возникает при сочетании внутриутробной патологии с тяжелой асфиксией в родах. Установлена определенная зависимость между длительностью клинической смерти и тяжестью поражения ЦНС. При клинической смерти более 7—10 минут часто возникают малообратимые изменения со стороны ЦНС с проявлениями в дальнейшем детского церебрального паралича, речевых расстройств, нарушений умственного развития.

***Гипоксия — кислородная недостаточность организма.***

***Асфиксия — кислородное голодание плода во время родов.***

Напомним, что тяжелые родовые травмы, гипоксия и асфиксия в родах могут быть как единственной причиной аномального развития, так и фактором, сочетающимся с внутриутробным недоразвитием мозга ребенка.

Среди причин, обуславливающих отклонения в психомоторном развитии ребенка, определенную роль может играть *иммунологическая несовместимость* между матерью и плодом по резус-фактору и антигенам крови.

Резус или групповые антитела, проникая через плацентарный барьер, вызывают распад эритроцитов плода. В результате этого распада из эритроцитов выделяется особое, токсичное для центральной нервной системы вещество — непрямой билирубин. Под влиянием непрямого билирубина в первую очередь поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к нарушениям слуха, речи, расстройствам эмоциональной сферы и поведения. Возникает так называемая *билирубиновая энцефалопатия.*

При преимущественно внутриутробных поражениях мозга возникают наиболее тяжелые отклонения в развитии, включающие умственную отсталость, недоразвитие речи, дефекты зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата. Эти сложные дефекты могут сочетаться с пороками развития внутренних органов, которые часто наблюдаются при различных инфекционных, особенно вирусных, заболеваниях беременной женщины. Наиболее тяжелое поражение плода возникает при заболевании матери в первом триместре беременности.

Частота поражения плода при различных вирусных заболеваниях будущей матери неодинакова. Наиболее неблагоприятны, в этом отношении краснуха, эпидемический паротит, корь. Поражение плода также может быть и при заболевании беременной женщины инфекционным гепатитом, ветряной оспой, гриппом и др.

У женщин, перенесших во время беременности краснуху, особенно в период эмбриогенеза, т. е. от 4 недель до 4 месяцев, отмечается высокая частота рождения детей с пороками развития мозга, дефектами органов слуха, зрения, а также сердечно-сосудистой системы, иначе говоря, у младенцев этих женщин имеет место так называемая *рубеолярная эмбриопатия.*

Внутриутробная патология имеет место при наличии у беременной женщины скрытых (латентных) хронических инфекций, особенно таких, как токсоплазмоз, цитомегалия, сифилис и др. Поражение мозга плода при этих инфекциях часто приводит к умственной отсталости, сочетающейся с нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата, эпилептическими припадками и др.

Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода оказывают также внутриутробные интоксикации, нарушения обмена веществ у беременной женщины.

Внутриутробные интоксикации могут возникать при применении матерью во время беременности лекарственных средств. Доказано, что большинство лекарственных препаратов проходит через плацентарный барьер и проникает в кровеносную систему плода. К таким препаратам относятся нейролептические, снотворные и успокаивающие средства, многие антибиотики, салицилаты и, в частности, аспирин, анальгетики, в том числе лекарства, применяемые при головной боли, и многие другие. Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода могут оказать различные гормональные препараты и даже большие дозы витаминов, препарата кальция. Особенно выражен токсический эффект всех этих препаратов в ранние сроки беременности.

Особенно неблагоприятное влияние на развивающийся плод оказывает употребление матерью во время беременности алкоголя, наркотических средств, а также курение.

Специальные исследования последних лет показали наличие связи между сроком беременности и характером влияния алкоголя на потомство. Употребление алкоголя будущей матерью в первом триместре беременности, особенно в первые недели после зачатия, как правило, вызывает гибель клеток зародыша, что приводит к грубым порокам развития нервной системы плода. Алкоголизация плода на более поздних сроках беременности вызывает структурные изменения в его нервной и костной системах, а также в различных внутренних органах. Такие системные проявления алкогольного повреждения плода во внутриутробном периоде получили название *алкогольного синдрома плода.*При алкогольном синдроме плода выраженные нарушения психомоторного развития, включающие умственную отсталость, обычно сочетаются с множественными пороками развития: дефектами в строении черепа, лица, глаз, ушных раковин, скелетными аномалиями, врожденными пороками сердца и выраженной дисфункцией со стороны центральной нервной системы.

Установлено, что хронический алкоголизм матери, как правило, сочетается со систематическим курением, более частым употреблением наркотиков и лекарственных препаратов с наркотическим действием. В этих случаях у ребенка наблюдаются явно выраженные отклонения в развитии, сочетающиеся с нарушениями поведения и часто судорожными припадками. Кроме того, многие из этих детей отличаются выраженной физической ослабленностью, низкой жизнеспособностью.

Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода оказывают различные нарушения обмена веществ у беременной женщины, чаще всего возникающие при поздних токсикозах беременности, особенно при нефропатии.

Отрицательное воздействие на развитие плода оказывают также такие заболевания, как сахарный диабет, гормональная недостаточность, различные наследственные болезни обмена веществ, например фенилкетонурия.

Причиной нарушения развития плода могут быть различные физические факторы и в первую очередь ионизирующая радиация, а также действие токов высокой частоты, ультразвука и др. Кроме непосредственного повреждающего действия на мозг плода, эти факторы имеют мутагенное влияние, т. е. повреждают половые клетки родителей и приводят к генетическим заболеваниям.

Нарушения психомоторного развития возникают и под влиянием различных неблагоприятных факторов после рождения. В этих случаях отмечаются *постнатальные отклонения*в развитии, имеющие органическую или функциональную природу.

К причинам органического характера относятся, прежде всего, различные нейроинфекции — энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты, а также вторичные воспалительные заболевания мозга, возникающие как осложнения при различных инфекционных детских заболеваниях (кори, скарлатине, ветряной оспе и др.). При воспалительных заболеваниях головного мозга часто имеет место гибель нервных клеток с последующим замещением их рубцовой тканью. Кроме того, в этих условиях может развиваться гидроцефалия с повышением внутричерепного давления (гидро-цефально-гипертензионный синдром). Оба этих фактора — гибель нервных клеток и развитие гидроцефалии - способствуют атрофии участков мозга, что приводит к различным отклонениям в психомоторном развитии, которые проявляются в виде двигательных и речевых расстройств, нарушений памяти, внимания, умственной работоспособности, эмоциональной сферы и поведения. Кроме того, иногда наблюдаются головные боли и судорожные припадки.

Черепно-мозговые травмы также могут вызывать органическое повреждение ЦНС. Характер последствий черепно-мозговой травмы зависит от ее вида, обширности и локализации поражения мозга. Однако следует иметь в виду, что при повреждении незрелого мозга нет прямой корреляции между локализацией и тяжестью поражения, с одной стороны, и отдаленными последствиями в аспекте нарушений психомоторного развития, с другой. Поэтому при оценке роли экзогенно-органических факторов в возникновении отклонений в психомоторном развитии необходимо учитывать время, характер и локализацию повреждения, а также особенности пластичности нервной системы ребенка, его наследственную структуру, степень сформированности нервно-психических функций в момент повреждения мозга.

Нарушения психомоторного развития отмечаются у детей с тяжелыми и длительными соматическими заболеваниями. Известно, что многие соматические заболевания у новорожденных и грудных детей могут обуславливать поражение нервной системы в результате нарушений обмена веществ и накопления токсических продуктов, неблагоприятно воздействующих на развивающиеся нервные клетки. Поражение нервной системы при соматических заболеваниях чаще возникает у недоношенных и гипотрофичных детей, а также в случаях внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах.

Так, задержка психомоторного развития различной степени выраженности может наблюдаться у детей с нарушениями кишечного всасывания (мальабсорбции). Нервно-психические отклонения проявляются у них уже с первых месяцев жизни: они отличаются повышенной нервной возбудимостью, нарушениями сна, замедленным формированием положительных эмоциональных реакций, общения со взрослым. В дальнейшем эти дети отстают в умственном и речевом развитии, у них с задержкой формируются все интегративные функции, в частности зрительно-моторная координация.

К функциональным причинам, вызывающим отклонения психомоторного развития, относятся социально-педагогическая запущенность, эмоциональная депривация (недостаточность эмоционально положительного контакта со взрослым), главным образом в первые годы жизни. Известно, что неблагоприятные условия воспитания, особенно в младенческом и раннем возрасте, замедляют развитие коммуникативно-познавательной активности детей. Выдающийся отечественный психолог Л. С. Выготский неоднократно подчеркивал; что процесс формирования психики ребенка определяется социальной ситуацией развития.

Нарушения психомоторного развития имеют различную динамику. Наряду со стойкими отклонениями в развитии, обусловленными органическим поражением мозга, наблюдается множество так называемых обратимых вариантов, которые возникают при легкой мозговой дисфункции, соматической ослабленности, педагогической запущенности, эмоциональной депривации. Эти отклонения могут быть полностью преодолены при условии своевременного проведения необходимых лечебно-коррекционных мероприятий.

Среди таких обратимых форм нарушений в первые годы жизни наиболее часто наблюдаются отставания в развитии моторики и речи.

Следует отметить важность медицинской диагностики таких функциональных расстройств. Только комплексный эволюционный анализ развития ребенка в целом и его неврологических нарушений в частности является основой правильного диагноза и прогноза.

Практика показывает, что многие родители при наличии у детей речевых и двигательных нарушений основное значение придают медикаментозному лечению, явно недооценивая важность коррекционной работы.

В настоящее время установлено, что существует много вариантов функциональных, парциальных (частичных) отклонений, проявляющихся, прежде всего, в отставании развития речи или моторики, которые обусловлены особенностями созревания мозга. Подход к лечению и преодолению этих отклонений сугубо индивидуален, и далеко не всем детям показано интенсивное стимулирующее лечение.

1. **Диагностика нарушений развития ребенка раннего возраста.**

**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ**

Диагностика отклонений развития основывается на сравнительном анализе общих и специфических закономерностей психического развития нормального и аномального ребенка.

Диагностика носит комплексный характер, т. е. при ее проведении учитываются данные клинической медицины (детской психоневрологии, медицинской генетики, педиатрии), дефектологии, психологии.

Современный уровень развития медицинской генетики, клинической медицины и психологии позволяет не только диагностировать различные формы отклонений развития (задержка психического развития, общее недоразвитие речи, аномалии развития при различных наследственных заболеваниях нервной системы, детском церебральном параличе и др.) и оценивать степень сформированности высших психических функций, но и выявлять клинические и психологические механизмы нарушений.

Клиническая диагностика играет ведущую роль в решении вопросов лечения, прогноза, медико-генетического консультирования семьи.

На основе анализа специфики аномального развития, патогенетических механизмов нарушения, учета локализации и распространенности поражения центральной нервной системы педагог и психолог могут ориентироваться в структуре дефекта. Такой подход приводит к выделению единого симптомокомплекса нарушений и клинических, педагогических и других закономерностей его развития.

Данные научных исследований в области медицинской генетики, молекулярной биологии, цитогенетики и биохимии, а также клинической медицины показали необходимость пересмотра представлений о причинах и механизмах возникновения многих форм аномального развития и, прежде всего, умственной отсталости, речевых и сложных дефектов, а также раннего детского аутизма, сочетающегося с различными неврологическими нарушениями. В настоящее время доказано, что эти формы аномального развития имеют различную этиологию, но в большинстве случаев связаны с генетическими заболеваниями.

Диагностика конкретных нервно-психических заболеваний и синдромов у детей с отклонениями в развитии открывает новые перспективы для лечения и психолого-педагогической коррекции этих заболеваний, а также для их предупреждения.

В настоящее время является бесспорным, что диагностика аномального развития — это комплексная клинико-генетическая и психолого-педагогическая проблема. Она направлена на определение степени выраженности психической (интеллектуальной, эмоционально-поведенческой, речевой) недостаточности и на качественную оценку структуры дефекта с выделением основного психопатологического синдрома, на установление связей его с другими клиническими проявлениями, возрастом, соматическим и неврологическим состоянием ребенка. Кроме того, диагностика опирается на данные других параклинических и психолого-педагогических методов обследования.

Важное значение для диагностики и прогноза имеет выявление связи между дизонтогенетическими и энцефалопатическими расстройствами, т. е. признаками нарушенного развития и повреждения различных мозговых структур.

Наличие энцефалопатических расстройств во всех случаях осложняет и утяжеляет ход аномального развития. Чаще всего энцефалопатические расстройства проявляются в виде стойких и выраженных нарушений умственной работоспособности, памяти, внимания, различных нарушений эмоциональной сферы и поведения — неврозоподобных и психопатоподобных синдромов, а также в виде эпилептиформных расстройств.

Важное значение в диагностике аномального развития придается методу системного анализа состояния высших психических функций. Этот метод является чрезвычайно полезным в системе комплексного обследования ребенка при сопоставлении нейропсихологических и неврологических нарушений с данными электрофизиологических и других методов обследования. Роль этого метода очевидна только при учете общих принципов эволюции мозга, прежде всего, принципа гетерохронности (неравномерности) его развития. Например, установлено, что в дошкольном периоде возможен некоторый регресс в становлении отдельных высших психических функций. Так, «зеркальность» графической деятельности в возрасте 5—6 лет может становиться даже более выраженной, что не обязательно указывает на локальную недостаточность высших психических функций, а может быть обусловлено особенностями межполушарных взаимодействий.

**ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ И КРИТЕРИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Медицинская диагностика отклонений развития у детей раннего возраста включает общий осмотр, анализ анамнестических данных, а также оценку неврологического, соматического и психического состояния. При этом особое внимание уделяется характеристике эмоционального, интеллектуального, речевого и психомоторного развития.

Наряду с общеклиническим (врачебным) важное значение имеет лабораторное обследование. К лабораторным методам относятся следующие:  
*краниография*- рентген черепа; *электроэнцефалография*(ЭЭГ) — регистрация биотоков мозга; *метод вызванных потенциалов*(для оценки состояния органов зрения и слуха); *эхо-энцефалография*(ЭхоЭГ) — позволяет выявить смещение структур мозга под влиянием патологических объемных процессов или гидроцефалии.

В последнее время широко применяются *компьютерная томография,*с помощью которой можно выявить многие врожденные пороки развития, гидроцефалию, отек мозга и другие нарушения, а также *ядерно-магнитно-резонансная томография*мозга, позволяющая получить изображение мозга посредством ядерного магнитного резонанса.

При постановке диагноза для врача прежде всего важна информация, которую он получает от родителей. Данные, касающиеся характеристики родословной по материнской и отцовской линии, особенностей протекания беременности и родов, послеродового периода, начальных этапов психомоторного развития, имеют большое значение для диагностики заболевания, обуславливающего отставание в развитии. С учетом специфики отдельных заболеваний составляются специальные анкеты-опросники для родителей.

В качестве примера можно привести анкету-опросник при подозрении у ребенка синдрома Ретта.

*Вопросы, Ответы, свидетельствующие о наличии синдрома*

1. Имелись ли отклонения от нормальной беременности и родов? Нет
2. Отмечались ли какие-либо ненормальные движения плода (слишком сильные или,  
   напротив, слабые)? Да
3. Имелись ли у доношенной девочки проявления соматической ослабленности, отставания в росте, весе, окружности головы? Да/Нет
4. Отмечался ли с первых месяцев жизни более замедленный темп психического развития? Да
5. Можно ли было в дальнейшем отметить некоторую утрату каких-либо из приобретенных навыков? Да
6. Отмечалась ли общая мышечная слабость?
7. Имеются ли стереотипные движения руками: хлопанье, потирание, сжимание рук или их заламывание? Да.  
   Когда они появились? В 2—4 года.
8. Имеются ли приступы крика, возбуждения, насильственного смеха? Да.
9. Имеется ли недостаточность координации движений, трудности прямостояния и ходьбы? Да.
10. Имеются ли нарушения осанки? Да.
11. Развита ли подражательная деятельность? Нет.
12. Имеется ли общая замедленность и бедность движений? Да.
13. Выражены ли нарушения сна? Да.
14. Имеются ли нарушения речи с периодами полного отказа от речевого общения? Да.
15. Имеется ли игровая деятельность? Нет.
16. Наблюдаются ли приступы учащенного дыхания? Да.
17. Выражено ли отставание в умственном развитии? Да.
18. Проявляет ли девочка привязанность к близким? Да.

**Общий осмотр ребенка.**При общем осмотре обращается внимание на строение черепно-лицевого скелета, особенности лица, шеи, конечностей, наличие ожирения или гипотрофии (отставание в прибавке массы тела), на состояние кожных покровов и слизистых оболочек, волосяного покрова. Важно отметить наличие сенсорных дефектов — нарушений зрения, слуха. Также оценивается состояние сердечно-сосудистой, легочной, желудочно-кишечной и мочеполовой систем.

Внешний осмотр можно начать с лица ребенка. Имеется ряд наследственных заболеваний, для которых характерно своеобразное строение лица. Так, дети, страдающие синдромом *лицо эльфа,*отличаются опущенными вниз припухлыми щеками, маленьким подбородком, большим ртом с полными губами, своеобразным разрезом глаз, припухшими веками, часто встречающимися синеватыми или ярко-голубыми склерами, радужками со «звездчатостью». У них нередко наблюдается сходящееся косоглазие. Обращает на себя внимание форма носа с расширенным и закругленным концом, а также сдавленный с боков лоб (см. рис. 1).

 

Рис. 1. Ребенок с синдромом Вильямса (лицо эльфа)

Кукольное лицо с длинными ресницами характерно, прежде всего, для детей с *амавротической идиотией Тея*— *Сакса*— наследственным заболеванием, связанным с нарушениями обмена липидов в мозговой ткани и проявляющимся с 5—6 месяцев жизни нарастающим слабоумием, снижением зрения, судорогами, макроцефалией.

*Макроцефалия*(увеличение размера головы) отмечается также и при других наследственных заболеваниях, например мукополи-сахаридозах, муколипидозах, гликогенозах.

*Микроцефалия*является одним из наиболее частых признаков тяжелой умственной отсталости. Считается, что микроцефалия имеет место в тех случаях, когда окружность черепа отстает от возрастной нормы не менее чем на 3 стандартных отклонения.

*Гидроцефалия*характеризуется увеличением размеров головы с диспропорцией между мозговым и лицевым черепом. Гидроцефалия часто сопровождается изменениями глазного дна.

При диагностике микро- и гидроцефалии важно знать основные нормативы окружности головы у детей раннего возраста. Средняя окружность головы при рождении доношенного ребенка составляет 35,5 см. Пределы нормальных вариантов в соответствии с общей массой варьируют от 33,0 до 37,5 см. Окружность головы к 3 месяцам в среднем достигает 40,4 см, пределы нормальных вариантов соответствуют 38,7—43,2 см. В 6 месяцев окружность головы достигает в среднем 43,4 см, при нормальных вариантах в пределах 42,1—45,9 см. В возрасте одного года средняя окружность головы составляет 46,6 см, с пределами нормальных вариантов 44,9—48,9 см. В два года окружность головы в среднем равняется 49,0 см, в три года — 50,0 см. В последующие годы размер головы увеличивается крайне незначительно и составляет к 10 годам в среднем 51—52 см.

При врожденной микроцефалии череп уменьшен в размере с рождения, рост головы крайне замедлен. Черепные швы обычно сужены, роднички закрыты или малых размеров, края их уплотнены. Для микроцефалии характерна специфическая форма черепа с преобладанием лицевой части над мозговой. Врожденная микроцефалия обычно сопровождается множественными аномалиями строения лица и головы (см. рис. 2).

Нередко врожденная микроцефалия сочетается с детским церебральным параличом (см. рис. 2).

 

Рис. 2. Ребенок с врожденной микроцефалией и детским церебральным параличом

Дети, страдающие *синдромом Робинова,*отличаются большой головой, выступающим лбом, уплощенной средней частью лица, широким носом (см. рис. 3). Умственное развитие при этом синдроме обычно нормальное. Характерно выраженное отставание в росте.



Выраженное отставание в росте в сочетании с аномалиями в строении лица и головы и умственной отсталостью типичны для *синдрома Смит*—*Лемли*—*Опитц*(см. рис. 4). При этом синдроме обращают на себя внимание множественные лицевые и черепные аномалии в виде удлиненного лица, крупных, низко расположенных ушных раковин и других отклонений.



Рис. 4. Ребенок с синдромом Смит — Лемли — Опитца

При общем осмотре кожных покровов важно обратить внимание на особенности пигментации кожи, так как нарушение окраски кожных покровов может быть одним из первых признаков различных наследственных заболеваний нервной системы, обуславливающих нарушения психомоторного развития.

Примером одного из таких заболеваний может быть *синдром Блоха*—*Сульцберга.*Синдром впервые был описан указанными авторами в 1925 и в 1928 г. Это наследственное заболевание, которое проявляется в виде пигментного дерматоза, неврологических расстройств, нарушений психомоторного развития, часто в сочетании с различными дефектами зрения. В ряде случаев преобладают выраженные речевые расстройства типа моторной алалии.



Рис. 5. Девочка с синдромом Блоха — Сульцберга

Данный синдром встречается преимущественно у девочек. С первых дней, а иногда и часов жизни на коже ребенка отмечается множество пузырьков и пузырей с прозрачным, а иногда и мутноватым содержимым. После удаления содержимого на месте пузырьков образуются корочки, а затем — маленькие поверхностные язвочки. Примерно через 3 месяца на конечностях появляются бородавки и лишаи. В дальнейшем на животе и конечностях выступают двусторонние симметричные пигментные пятна коричневого цвета.

Кожные изменения обычно сочетаются с различными дефектами зрения, аномалиями пигментации радужки; склеры нередко имеют голубоватый оттенок.

Дефекты зрительной системы разнообразны. При внешнем осмотре ребенка можно отметить косоглазие и нистагм. Со стороны нервной системы могут отмечаться параличи и парезы, микроцефалия, гидроцефалия, судорожный синдром, что является причиной отставания в психическом (в частности, в речевом) развитии. Характерен также внешний вид ребенка, своеобразные аномалии в строении лица и черепа (см. рис. 5), а также кистей рук, которые могут напоминать клешни рака.

Нарушения кожной пигментации могут наблюдаться и при других заболеваниях нервной системы. Так, появление на 2—3-м месяце жизни гиперпигментированных пятен на открытых частях тела характерно для детей с *синдромом Санктиса*—*Каккиене.*При этом кожные изменения сочетаются с глубокой умственной отсталостью, микроцефалией, двигательными расстройствами, судорогами. Заболевание является прогрессирующим.

Появляющиеся с рождения сосудистые пятна по ходу ветвей тройничного нерва отличают детей, страдающих *синдромом Стерд-жа*—*Вебера*(см. рис. 6). Сосудистые пятна на коже сочетаются с поражением глаз, общей диспластичностью в строении лица и ушей. При данном заболевании часто отмечаются умственная отсталость различной степени выраженности, судорожный синдром, гидроцефалия.

 

Рис. 6. Ребенок с синдромом Стерджа — Вебера.

Депигментированные пятна на коже в сочетании с бледными или розовато-красными узелками, напоминающими просяные зерна и расположенными на лице в виде бабочки и на подбородке, характерны для тяжелого заболевания нервной системы — *туберозного склероза.*При туберозном склерозе имеют место судороги и умственная отсталость.

При осмотре кожных покровов следует обратить внимание на возможность избыточного роста волос — гипертрихоза. Г. С. Маринчевой описана особая форма умственной отсталости, при которой интеллектуальный дефект сочетается с выраженным речевым. При внешнем осмотре этих детей прежде всего обращает на  себя внимание усиленный рост волос на теле, особенно на спине, на разгибательных поверхностях конечностей, пушковое оволосение на лбу, щеках. У этих детей обычно бледное, пастозное лицо, отечные веки, длинные густые ресницы, широкий нос, толстая оттопыренная нижняя губа, маленький подбородок, слегка недоразвитая нижняя челюсть. У большинства из обследованных наблюдался своеобразный синий цвет глаз, нередки глазные аномалии. Дети отличались и особенностями телосложения: широкими, крупными конечностями, короткой шеей, крупными кистями рук.

Нарушения умственного развития проявлялись не только в виде умственной отсталости, но и в виде задержки психического развития.

Речевые нарушения отличались разнообразием и стойкостью. Во всех случаях они сочетались с низкой речевой активностью и трудностями автоматизации речи.

Общий осмотр предусматривает оценку телосложения ребенка, пропорциональности у него головы, туловища и конечностей. Нарушения пропорций туловища и конечностей характерны для многих наследственных заболеваний, в том числе и хромосомных синдромов. Врач обязательно должен отметить малые аномалии развития (стигмы). Наличие большого числа стигм свидетельствует о нарушении внутриутробного развития. Если у ребенка выявляется 5—7 стигм в области головы, лица, туловища и конечностей, то это дает основание предположить наличие отклонений в эмбриогенезе. Среди наиболее частых аномалий в строении черепа отмечаются асимметрии, изменения формы, выступающий затылок, дефекты развития лица, особенно верхней и нижней челюсти.

Следует отметить различные изменения в строении глаз и, прежде всего, такие, как монголоидный их разрез, характерный для синдрома Дауна; антимонголоидный разрез, отличающий некоторые наследственные заболевания; уменьшение их размеров (микрофтальм); узкие глазные щели; изменения радужной оболочки и другие аномалии.

При врожденных пороках развития часто также наблюдаются изменения в строении твердого нёба: высокое, готическое или уплощенное, его расщелины. Обычно патология нёба сочетается с аномалиями развития челюстей и зубов.

Сочетание нескольких пороков развития, включающих аномалии лица, челюсти и пальцев, характерны для *рото-лице-пальцевого синдрома.*Основные признаки: пороки развития лица и конечностей, умственная отсталость, обычно легкой степени выраженности, расщелина нёба, гиперплазия уздечки языка, верхней и нижней губы, широкая спинка носа, эпикант1, телекант2, иногда микрогнатия и выступающий лоб (см. рис. 7). Наблюдается только у лиц женского пола. Пораженные плоды мужского пола погибают внутриутробно.

   
  
Рис. 7. Девочка с рото-лице-пальцевым синдромом

Основная структура дефекта — сочетание умственной отсталости с ринолалией и недоразвитием речи.

***Эпикант — вертикальная кожная складка у внутреннего угла глазной щели.  
Телекант — смещение внутренних углов глазных щелей наружу при нормаль  
но расположенных орбитах.***

***Микрогнатия — малые размеры верхней челюсти.***

Существует много наследственно обусловленных форм отклонений в развитии, которые сочетаются с нарушениями роста и телосложения.

Удлиненные конечности и усиленный рост при наличии умственной отсталости характерны для синдрома" церебрального гигантизма — *синдрома Сотоса.*Это редкое заболевание неизвестной этиологии. Синдром впервые описан в 1964 г. Характерными его признаками считаются макроцефалия, лицевые и черепные аномалии, нарушения интеллекта и речи. Отмечается задержка речевого развития в сочетании с дизартрией. При внешнем осмотре обращает на себя внимание удлиненное лицо, крупные и удлиненные ушные раковины, большой выпуклый лоб, крупные стопы и кисти рук. Среди дополнительных признаков отмечаются дефекты зрения (см. рис. 8).

  
  
Рис. 8. Ребенок с синдромом Сотоса

Увеличение массы тела и подкожного жирового слоя, отмечаемое с рождения, характерно для *синдрома Беквита—Видемана.*Заболевание впервые описано в 1964 г. Дети с этим синдромом рождаются с массой тела, превышающей 4 кг, и длиной более 52 см. Могут иметь место как умеренная микроцефалия, так и гидроцефалия. Обращает на себя внимание выступающий затылок, большой лоб (см. рис. 9).

   
  
Рис. 9. Ребенок с синдромом Беквита — Видемана

Типичным признаком считается наличие вертикальных бороздок на мочках ушных раковин. Характерно увеличение ряда внутренних органов: печени, почек, поджелудочной железы, реже — сердца. Костный возраст при этом заболевании опережает паспортный. Психическое развитие чаще нормальное, в некоторых случаях отмечается умеренная умственная отсталость. Однако многие дети отстают в речевом развитии.

Отставание в росте и массе тела при наличии нарушений психомоторного развития типично для многих наследственных заболеваний, в том числе эндокринных, например для врожденной недостаточности щитовидной железы — гипотиреоза. При гипотиреозе задержка психомоторного развития сочетается с характерным внешним обликом ребенка: короткая шея, широкий нос, узкие глазные щели, полуоткрытый рот с большим высунутым языком (см. рис. 10). Отмечается также сухая грубая кожа, редкие и ломкие волосы. При некоторых формах гипотиреоза могут наблюдаться нарушения слуха.

  
  
Рис. 10. Девочка с гипотиреозом

Рис. 11. Мальчик с синдромом Лоуренса-Муна-Барде-Бидля

Отставание в росте в сочетании с нарушениями психического развития характерно для детей, страдающих *синдромом Нунан.*Обращают на себя внимание некоторые характерные черты лица: низко расположенные ушные раковины со своеобразным складчатым завитком, уменьшение размеров нижней челюсти, нарушения прикуса, косоглазие. Довольно часто имеются кифосколиоз, аномалии позвоночника, может наблюдаться периферический лимфатический отек.

Показательна также деформация локтевых суставов, иногда в сочетании с деформацией кистей и стоп.

К характерным признакам относятся крыловидные складки на шее, аномалии грудной клетки, недоразвитие половых органов у мальчиков, врожденные пороки сердца.

Кроме того, при внешнем осмотре такого ребенка заметны щитообразная грудная клетка с широко расставленными сосками, аномалии позвоночника, отдельные деформации кистей и стоп. Часто отмечаются дефекты зрения.

При обследовании ребенка следует обратить внимание на наличие ожирения. Существует много форм различных нервно-психических заболеваний, сочетающихся с ожирением. Одним из них является *синдром Лоуренса*—*Муна*—*Барде*—*Бидля.*Впервые синдром описан в 1866 г. Синдром встречается одинаково часто у детей обоего пола.

Характерен внешний вид больных: выраженное ожирение лица (вид «полной луны»), груди, живота, ягодиц и бедер. В литературе описаны случаи, когда ребенок 8 лет весил 60 кг. Дети часто рождаются с большим весом и продолжают полнеть (см. рис. 11).

Ожирение сочетается с пигментным ретинитом (дегенерацией пигментного слоя сетчатки), при этом пигмент располагается равномерно. Ретинит обычно появляется поздно, после 10-летнего возраста, а в дальнейшем развивается полная двусторонняя слепота.

Характерным обязательным признаком является проявление гипогенитализма: половые органы и вторичные половые признаки развиваются со значительным отставанием. У мальчиков половой член уменьшен в размерах. У девочек в ряде случаев отмечается первичная аменоррея (отсутствие менструации).

Обязательным признаком является также полидактилия (увеличение количества пальцев на кистях и стопах), иногда сочетающаяся с синдактилией (полное или частичное сращение соседних пальцев кисти или стопы).

 

В структуре интеллектуального дефекта постоянно отмечаются проявления психоэндокринного синдрома: слабость побуждений, расстройства настроения, нарушение влечений.

В первые годы жизни отставание умственного развития может проявляться нерезко, но заметна значительная задержка в развитии речи.

В неврологическом статусе постоянными признаками являются горизонтальный нистагм, общая мышечная гипотония, вегето-сосудистая дистония.

Характерна общая дисплазия строения, различные аномалии строения скелета.

К непостоянным проявлениям относятся следующие: нарушения слуха различной степени — глухота, глухонемота; брахи- и микроцефалия; кифоз, сколиоз, кифосколиоз; спастические параличи нижних конечностей.

В ряде случаев наблюдаются нарушения со стороны почек: двусторонний гидронефроз, прогрессирующая недостаточность почек. Встречаются аномалии сердечно-сосудистой системы: незаращение межпредсердной перегородки, артериального протока.

Синдром трудно диагностировать в связи с его полиморфизмом и отсутствием специфической клинической картины при рождении.

Истинная причина заболевания выяснена недостаточно. В большинстве работ данный синдром рассматривается в структуре наследственных болезней жирового обмена. Отметим, что для данного синдрома характерны нарушения не только жирового, но и белкового, и минерального обмена.

Сочетание ожирения с выраженным отставанием в росте, недоразвитием половых органов отличает больных *синдромом Прадера*—*Вилли.*Заболевание проявляется уже у новорожденного в виде резко выраженного снижения мышечного тонуса. В первые годы жизни развивается ожирение. При синдроме характерны общие диспластические черты в виде удлиненной формы черепа, деформированных низко расположенных ушных раковин, сходящегося косоглазия, узкого лба, Х-образных ног. У всех больных выявляется умственная отсталость, сочетающаяся с моторным и речевым недоразвитием (см. рис. 12).  
  


Рис. 12. Ребенок с синдромом Прадера — Вилли

Важное место в системе медицинской диагностики отклонений развития отводится обследованию ЦНС.

Такое обследование предусматривает оценку состояния органов зрения и слуха, вестибулярного аппарата. При анализе двигательно-рефлекторной сферы особое внимание обращается на функцию языко-глоточного, блуждающего и подъязычного нервов, иннервирующих мускулатуру мягкого нёба, гортани, глотки, языка. Поражение этих нервов, их ядер или направляющихся к ним кортико-нуклеарных путей ведет к нарушениям звукопроизношения, сочетающихся с расстройствами голоса и интонации *(дизартрией).*При дизартрии страдают артикуляция, дыхание и голосообразование.

*Бульбарная дизартрия*возникает при поражении самих нервов или ядерных образований. При бульбарной дизартрии нарушения звукопроизношения обусловлены расстройствами артикуляции и голосообразования. Кроме того, у детей затруднено глотание, снижен глоточный рефлекс, атрофированы мышцы языка. Бульбарная дизартрия отмечается с рождения у детей с *синдромом Мебиуса.*

Синдром Мебиуса характеризуется врожденным параличом отдельных черепных нервов, чаще лицевого; проявляется в виде затруднений сосания, глотания и движений мимической мускулатуры. Кроме того, может наблюдаться одно- или двусторонний птоз (опущенное верхнее веко), нарушения слезоотделения, атрофия языка и слабость жевания (см. рис. 13). Характерны выраженные и стойкие нарушения звукопроизношения. Эти признаки могут сочетаться с тугоухостью или глухотой, с умственной отсталостью различной степени выраженности.

  
Рис. 13. Ребенок с синдромом Мебиуса

*Псевдобульбарная дизартрия*имеет место при двустороннем поражении кортико-нуклеарных путей, которые направляются из коры головного мозга к ядрам блуждающего, языко-глоточного и подъязычного нервов. Нарушения звукопроизношения при псевдо-бульбарной дизартрии сочетаются с повышением тонуса мышц языка, гиперсаливацией, усилением глоточного рефлекса и рефлексов орального автоматизма.

Псевдобульбарная дизартрия может наблюдаться у детей, перенесших родовую травму и асфиксию при рождении, часто она встречается у детей с церебральным параличом.

При **обследовании двигательной сферы**ребенка раннего возраста оценивается состояние безусловных рефлексов и рефлексов позы. Особое внимание уделяется выявлению тонических рефлексов и оценке соответствия реакции выпрямления и равновесия возрастным нормам. Регистрируется состояние мышечного тонуса и координации движений. Неточность движений, промахивание при попытке коснуться пальцем мелкого предмета, дрожание пальцев при приближении к цели могут иметь место при врожденном недоразвитии мозжечка, мозжечковой форме детского церебрального паралича, травмах головного мозга и некоторых других заболеваниях центральной нервной системы.

Важное значение имеет выявление у детей так называемых непроизвольных движений — гиперкинезов. Они характерны для гиперкинетической формы детского церебрального паралича, некоторых наследственных заболеваний центральной нервной системы.  
**Особенности обследования и оценки психических функций.**При обследовании психических функций всегда важно учитывать условия воспитания ребенка, его культурно-бытовое окружение, характер общения. Известно, что психическое развитие осуществляется поэтапно, причем каждый возрастной этап характеризуется своими особенностями. Исследование психических функций включает оценку восприятия, внимания, памяти, интеллекта, эмоциональных реакций, регуляции произвольной деятельности.

Оценка всех этих функций проводится в аспекте их развития и с учетом результатов соматического и неврологического обследования.

Состояние интеллекта оценивается в процессе совместного обследования ребенка детским психиатром, невропатологом, психологом, дефектологом. Предусматривается клинико-психологическое обследование, обучающий психологический эксперимент, а также использование метода педагогической оценки. Обследование включает наблюдение за игровой деятельностью ребенка, за его поведением в различных ситуациях, беседу, предъявление специальных заданий в процессе совместной игровой деятельности с ребенком. Во всех случаях важно выявить, может ли ребенок в соответствии с возрастными нормативами узнавать предметы на картинках, называть их, понимать обращенную речь (оценивается объем пассивного словаря), понимать смысл простой сказки или рассказа, строить конструкции из кубиков или палочек по образцу вместе со взрослым или самостоятельно, ориентироваться в пространстве, различать простые геометрические фигуры (складывать доски Сегена), составлять разрезные картинки. Особенно важно отметить, насколько ребенок способен использовать помощь взрослого в предъявляемых ему заданиях, в какой степени он проявляет собственный познавательный интерес, инициативу, активность, может ли он регулировать свое поведение, концентрировать внимание, какова продуктивность его деятельности. Важно отметить, какие задания ребенок выполняет легче — требующие или не требующие речевой инструкции и речевого ответа.

Цель обучающего эксперимента и педагогической оценки — выявление характера и причин имеющихся затруднений, определение потенциальных возможностей развития интеллекта ребенка.

При обучающем психологическом обследовании оцениваются как произвольные, так и непроизвольные реакции ребенка. Для исследования каждой психической функции подбирается специальный игровой материал, который предъявляется с учетом возраста и специфики поражения.

Психологическое обследование проводится в определенных стандартных условиях. Учитывается объем помощи, оказываемой ребенку в выполнении каждого задания. Такой комплексный метод обследования способствует выявлению качественных особенностей нарушений психического развития, что составляет основу дифференциального диагноза.

Существуют общие требования к обследованию психических функций детей раннего возраста. Каждому ребенку, особенно если он имеет тяжелые нарушения речи, моторики, поведения, необходимо помочь найти адекватные способы общения со взрослым путем игрового контакта; процедура обследования должна заинтересовать малыша, более сложные задания следует подбирать так, чтобы это не требовало от ребенка новых форм ответных реакций. Формы и характер ответных реакций не должны влиять на общую оценку уровня умственного развития ребенка. Методы обследования следует обязательно подбирать с учетом дефекта. Так, детям с речевыми нарушениями можно давать многие задания с помощью показа, не требуя от них речевого ответа.

При обследовании детей с повышенной нервной возбудимостью, негативизмом, агрессивным или импульсивным поведением вступление с ними в контакт может оказаться невозможным. В этих случаях используется метод наблюдения за поведением и игрой ребенка при специально подобранном для него игровом материале.

Следует учитывать, что у некоторых детей с ранним органическим поражением мозга (например, гидроцефалией) непродуктивность в игровой деятельности и при выполнении специальных заданий может быть обусловлена повышенной психической истощаемостью и связанным с этим низким уровнем мотивации. Ответы этих детей могут отличаться большой неравномерностью. В подобных случаях необходимо дозировать время обследования. Необходима также стимуляция к выполнению задания, похвала, одобрение. При обследовании детей раннего возраста желательно присутствие матери.

*Одной из важных задач обследования является определение уровня развития игры*. Оно осуществляется в процессе наблюдения за игровыми действиями ребенка. Если при виде игрушек ребенок самостоятельно не играет, взрослый начинает играть вместе с ним. Особенности действий ребенка во время игры фиксируются в специальном протоколе. Прежде всего, отмечается, проявляет *ли ребенок интерес к игрушкам, насколько избирателен и стоек этот интерес.*

Не менее важным является *оценка контактности ребенка со взрослым.* Отмечается, устанавливает ли ребенок глазной контакт со взрослым, заинтересован ли он в контакте, поддерживает ли он контакт или проявляет негативизм, радуется похвале или остается равнодушным*.*

Оценке также подлежит *моторика* ребенка. При этом особое внимание обращается на целенаправленные и координированные движения рук, отмечается ведущая рука, а также сопутствующие стереотипные движения.

Важно учитывать способы выполнения ребенком заданий с игровым материалом, адекватность действий ребенка. При предъявлении конкретных заданий необходимо опираться на возрастные нормативы их выполнения здоровыми детьми.

Таким образом, на основе комплексной диагностики удается отграничить различные формы задержки психического развития от умственной отсталости, а при наличии умственной отсталости — определить заболевание нервной системы, которое ее обуславливает.

**ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ АНОМАЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО**  
**РАЗВИТИЯ. НАРУШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ.**

**Что такое умственная отсталость.** Под умственной отсталостью отечественные специалисты понимают стойкое нарушение психического развития определенной качественной структуры. При умственной отсталости имеет место ведущая недостаточность познавательной деятельности и в первую очередь стойкая выраженная неразвитость абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения в сочетании с инертностью психических процессов.

В зарубежной литературе существует несколько подходов к определению умственной отсталости, основанных главным образом на данных психометрического исследования.

Выделяют две основные формы умственной отсталости: олигофрению и деменцию.

При *олигофрении*имеет место раннее, обычно внутриутробное, недоразвитие головного мозга, обусловленное наследственными влияниями или различными повреждающими факторами окружающей среды, действующими в период внутриутробного развития плода, во время родов и в течение первого года жизни. При олигофрении отсутствует нарастание интеллектуального дефекта. Особенности проявления интеллектуальной недостаточности связаны лишь с возрастными закономерностями развития ребенка.

Для олигофрении характерно тотальное недоразвитие всех нервно-психических функций с преимущественной недостаточностью абстрактных форм мышления. Интеллектуальный дефект сочетается с нарушениями моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоциональной сферы, произвольных форм поведения.

Недоразвитие познавательной деятельности при олигофрении проявляется, прежде всего, в недостаточности логического мышления, нарушении подвижности психических процессов, инертности мышления. Слабость логического мышления заключается в низком уровне развития обобщения, сравнения предметов и явлений окружающей действительности по существенным признакам, в невозможности понимания переносного смысла пословиц и метафор.

Темп мышления замедлен, характерна инертность психических процессов, отсутствует возможность переноса усвоенного в процессе обучения способа действия в новые условия. Недоразвитие мышления сказывается на протекании всех психических процессов. В восприятии, памяти, внимании страдают, прежде всего, функции отвлечения и обобщения, т. е. всегда нарушаются компоненты психической активности, связанные с аналитико-синтетической деятельностью мозга. В эмоционально-волевой сфере это проявляется в недостаточности сложных эмоций и произвольных форм поведения.

Интеллектуальный дефект отличается стойкостью, при тяжелых формах выявляется уже с первых месяцев жизни ребенка.

При олигофрении выделяют три степени умственного недоразвития: дебильность, имбецильность и идиотию.

Дебильность является наиболее легкой по степени и наиболее распространенной формой олигофрении (коэффициент интеллекта 50—69). При отсутствии осложняющих интеллектуальную недостаточность расстройств, а также при ранних и адекватных коррекционных мероприятиях социальный прогноз благоприятен.

Более тяжелой степенью олигофрении является имбецильность (коэффициент интеллекта 20—49). При имбецильности грубо нарушена способность к отвлеченной деятельности и к образованию понятий.

Самая тяжелая степень олигофрении — идиотия (коэффициент интеллекта менее 20) — характеризуется грубым недоразвитием всех психических функций.

*Деменция*представляет собой распад более или менее сформированных интеллектуальных и других психических функций, т. е. при деменции имеет место приобретенный интеллектуальный дефект.

В раннем возрасте разграничение деменции и олигофрении представляет большие сложности. Это связано с тем, что любое заболевание или повреждение мозга, приводящее к утрате ранее приобретенных навыков и распаду сформированных интеллектуальных функций, обязательно сопровождается отставанием психического развития в целом. Поэтому в раннем возрасте крайне трудно разграничить приобретенную и врожденную интеллектуальную недостаточность. В связи с этим приобретенный интеллектуальный дефект, связанный с прогрессирующими органическими заболеваниями мозга, с эпилепсией, шизофренией, начавшимися в первые годы жизни ребенка, имеет сложную структуру, включающую как отдельные черты деменции, так и олигофрении. При преобладании последних говорят об *олигофреноподобных состояниях.*

При возникновении деменции у детей старше трех лет ее отграничение от олигофрении становится более четким.

Для разграничения этих форм интеллектуальных нарушений важно иметь в виду, что при деменции в отличие от олигофрении имеет место период нормального интеллектуального развития.

Кроме того, структура интеллектуальной недостаточности при деменции имеет свои характерные особенности, которые заключаются в неравномерной недостаточности различных познавательных функций.

При деменции может наблюдаться несоответствие между запасом знаний и крайне ограниченными возможностями их реализации.

Характерными признаками деменции являются выраженные нарушения умственной работоспособности, памяти, внимания, регуляции поведения, мотивации. Кроме того, характерны личностные и эмоциональные расстройства: дети часто некритичны, расторможены, эмоции их примитивны.

В раннем возрасте деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков. Например, если деменция возникает у ребенка трех лет, то, прежде всего, теряется речь, пропадают начальные навыки самообслуживания и опрятности, затем могут утрачиваться и ранее приобретенные навыки — ходьба, чувство привязанности к близким и т. п.

Характерным признаком деменции является появление нецеленаправленного (полевого) поведения, а также общая двигательная расторможенность, аффективная возбудимость, некритичность, иногда с преобладанием повышенного фона настроения.

Одной из форм олигофреноподобного заболевания, включающего в себя черты деменции и олигофрении, является *синдром Ретта.* Впервые заболевание было описано около 20 лет назад австрийским психиатром А. Реттом. Оно встречается только у девочек с частотой 1:12 500.



Рис. 14. Девочка с синдромом Ретта

Отставание в развитии при синдроме Ретта становится очевидным в возрасте 12—18 месяцев, когда девочка, до тех пор нормально развивавшаяся, начинает терять едва сформировавшиеся речевые, локомоторно-статические и предметно-манипулятивные навыки.

Характерным признаком данного заболевания является сочетание потери целенаправленных ручных навыков со стереотипными (однообразными) движениями рук в виде их потирания, заламывания, «мытья» (см. рис. 14).

Наряду с монотонным потиранием рук у некоторых детей наблюдаются своеобразные движения рук перед грудью или подбородком.

В раннем возрасте отчетливо выявляются двигательные нарушения в виде недостаточности координации движений, трудностей прямостояния и ходьбы. Не имея выраженных параличей и парезов, девочки как бы не умеют пользоваться своими ногами, не все дети самостоятельно ходят.

При синдроме Ретта наблюдаются бледность кожных покровов, постоянно холодные руки и ноги, общая соматическая ослабленность, резко сниженный аппетит, трудности жевания и глотания; девочки долго держат пищу во рту, но не глотают ее. Многих больных приходится кормить, так как сами они не умеют пользоваться ложкой, тем более вилкой, хотя все движения в руках сохранны. Эти специфические трудности формирования целенаправленных ручных действий специалистами определяются как «диспраксия развития».

Для синдрома Ретта характерно нарушение осанки, постепенное развитие сколиоза. Позы и движения больных девочек крайне однообразны, моторика неловкая. Они с трудом манипулируют любым предметом, как правило, не играют в куклы и другие игрушки, не обслуживают себя.

Невропатологи обычно отмечают у них сниженный общий мышечный тонус.

Трудности в овладении ходьбой и простейшими предметными действиями, нарушения координации движений, низкий мышечный тонус — типичные черты не только болезни Ретта, но и детского церебрального паралича, поэтому иногда больным длительное время может ставиться ошибочный диагноз ДЦП.

Характерным признаком синдрома Ретта является стойкая недостаточность подражательной деятельности, что в еще большей степени задерживает развитие предметно-практической деятельности и речевого общения.

Лицо больных мало выразительное, «неживое», «несчастное», взгляд часто неподвижный, они могут подолгу смотреть в одну точку перед собой (см. рис. 14).

На фоне однообразной мимики и общей заторможенности наблюдаются приступы насильственного смеха, иногда возникающие по ночам. Часто насильственный смех является предвестником приступов импульсивного поведения или сочетается с ними. Во время приступов тихая заторможенная девочка резко меняется: она становится неуправляемой, рвет на себе одежду, кусает до крови руки, бросает вещи.

Нередко при синдроме Ретта имеют место судорожные припадки.

Речевое развитие больных девочек значительно задержано. Стойкость отставания в речевом развитии обуславливается в известной степени крайне низкой речевой активностью больных, выраженными нарушениями звукопроизношения, которые усугубляются дефектами в строении зубно-челюстной системы.

Больные девочки с трудом вступают в речевое общение, их ответы односложны и эхолаличны. Временами у них наблюдаются периоды частичного или общего мутизма, т. е. отказа от речевого общения. Все это создает впечатление тяжести их речевой патологии. И поэтому вызывает большое удивление, когда эти девочки, находясь в хорошем состоянии, пользуются фразовой речью.

Обычно при синдроме Ретта имеет место выраженная интеллектуальная недостаточность, которая сочетается с неравномерностью развития мыслительных процессов.

***Эхолалия — повторение слышимых слогов, слов или фраз.***

Дети с синдромом Ретта обычно с трудом овладевают навыками чтения и письма.

Для больных с синдромом Ретта характерен крайне низкий психический тонус, ребенок не может сосредоточиться, его ответы носят импульсивный и неадекватный характер. Это создает впечатление о более низких, чем на самом деле, интеллектуальных возможностях больных.

Интеллектуальная недостаточность при синдроме Ретта значительно утяжеляется эмоциональными расстройствами. Эмоциональная сфера отличается выраженной неравномерностью в проявлениях эмоциональных реакций: имеет место диссонанс между интуитивными и осознанными эмоциональными реакциями. В связи с этим дети могут чутко воспринимать отношение к себе окружающих, настроение близких, проявлять любовь и интерес к классической музыке и вместе с тем не переживать своего состояния.

Важной особенностью детей, страдающих синдромом Ретта, является нарушение общения с окружающими, что может приводить к постановке ошибочного диагноза раннего детского аутизма или шизофрении.

Влияние данного синдрома на продолжительность жизни не установлено, но по некоторым зарубежным данным, некоторые больные уже вступили в свое четвертое десятилетие.

Обследование больных в возрасте 4—22 лет показывает постепенное ухудшение их физического состояния и стабилизацию познавательных возможностей на относительно низком уровне в сочетании с хорошими реакциями на звуковые и зрительные стимулы. В литературе описан когнитивный профиль больных: при относительной сохранности восприятия стимулов имеет место трудность их анализа и реагирования.

Высказывается предположение, что при данном заболевании имеет место генетически обусловленная дисфункция центральной нервной системы, на фоне которой постепенно более выраженными становятся нарушения интеллектуальной, речевой и двигательной сферы.

Дальнейшее изучение данного заболевания будет способствовать пересмотру многих диагнозов глубокой умственной отсталости у девочек, когда структура интеллектуального дефекта имеет олигофреноподобный характер и включает симптомокомплексы как недоразвития, так и распада формирующихся функций.

**Умственная отсталость при хромосомных аномалиях.**

Внастоящее время установлено, что одной из частых причин глубокой умственной отсталости являются хромосомные аномалии. Хромосомные формы умственной отсталости составляют около 15,7% от всех ее случаев. Диагностика хромосомных форм умственной отсталости основывается на комплексе показателей, полученных при клиническом и цитогенетическом обследовании. Хромосомные отклонения могут возникать при изменении числа или структуры как аутосом, так и половых хромосом. При аномалиях в системе аутосом умственная отсталость сильно выражена и часто сочетается с различными множественными пороками развития, включающими аномалии в строении лица и черепа, общую диспластичность телосложения, нарушения со стороны внутренних органов, костной системы и т. п.

Среди всех хромосомных аномалий, связанных с изменениями аутосом, чаще других встречается *синдром Дауна*(см. рис. 15). Частота синдрома среди новорожденных составляет 1:700.

 Рис. 15. Ребенок с синдромом Дауна

В последние годы интенсивно изучается механизм умственной отсталости при данном синдроме. Установлено, что к фактам риска синдрома Дауна относятся возраст матери, частые выкидыши в анамнезе, применение матерью в предыдущие годы различных лекарственных препаратов, в том числе и оральных противозачаточных средств, неблагоприятные факторы внешней среды и, прежде всего, радиационное излучение.

Внешние признаки синдрома Дауна достаточно специфичны, поэтому его диагностика обычно не вызывает особых затруднений. Заболевание обычно выявляется уже в родильном доме. Прежде всего, обращают на себя внимание особенности строения черепа и лица: размеры черепа уменьшены, затылок скошен и уплощен, глазные щели узкие, часто наблюдается нависающее как бы третье веко, лицо плоское, переносица также уплощена, выступают скуловые дуги. К этим признакам добавляются следующие: маленькие и асимметричные ушные раковины, деформированные мочки, толстые, в трещинах губы, полуоткрытый рот, большой язык, характерны разнообразные аномалии зубов, сухость кожи и волос.

Описанные признаки сочетаются с деформациями скелета, аномалиями в строении грудной клетки, конечностей, особенно пальцев рук. Пальцы короткие, мизинец часто искривлен. На ногах увеличены промежутки между первым и вторым пальцами, может отмечаться сращение третьего и четвертого пальцев. Обращает на себя внимание также поперечная складка ладони, а также чрезмерная подвижность суставов, общая мышечная гипотония.

По мере роста ребенка все более отчетливо выявляется характерная для синдрома Дауна приземистая фигура с нарушениями осанки и укорочением конечностей.

Умственная отсталость при синдроме Дауна обычно достаточно глубокая. Мышление детей отличается конкретностью и туго-подвижностью. Абстрактные понятия, счетные операции им часто недоступны. Вместе с тем у многих из этих детей наблюдаются сохранная механическая память, наблюдательность, большая подражательность, живость и сохранность эмоциональной сферы. Дети обычно ласковые, добродушные, послушные, им свойственны чувства симпатии, смущения, обиды. Они легко привязываются к тем, кто за ними ухаживает. Однако у некоторых из них может отмечаться неустойчивость настроения, повышенная раздражительность, иногда злобность.

Нарушения психомоторного развития обнаруживаются при синдроме Дауна уже с первых месяцев жизни. Дети отличаются вялостью, малой активностью, у них задержано формирование всех двигательных и особенно психических функций. Особенно обращает на себя внимание отставание в развитии моторики и речи.

После 3—4 лет они становятся несколько живее, активнее, у них начинает формироваться речь, появляется более дифференцированное отношение к близким. Однако и на этом возрастном этапе речь развивается крайне медленно и с большим трудом, что еще более задерживает психическое развитие ребенка и обоснованно беспокоит родителей.

В настоящее время вопросы речевых нарушений, и особенно процессы восприятия речи, у детей с синдромом Дауна рассматриваются не только в связи с их интеллектуальной недостаточностью, но и в связи с частыми нарушениями слуха. Специально проведенные у таких детей исследования ушной доминантности показали, что у многих из них имеет место доминантность (преобладание) левого уха. В связи с этим высказывается предположение, что дети с синдромом Дауна используют для лингвистической обработки речевой информации менее эффективное правое полушарие.

В последнее время большое внимание уделяется ранней реабилитации детей с синдромом Дауна. Разрабатываются программы психолого-педагогической коррекции, приемы и методы стимуляции доречевого и речевого развития, комплексного лечения.

*Аномалии хромосом 5*—*15, 18, 22*встречаются значительно реже синдрома Дауна. При этих аномалиях обычно имеет место сложный дефект: интеллектуальное недоразвитие сочетается с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и др. Дети часто погибают в раннем возрасте из-за общей ослабленности, низкой массы при рождении, нарушений сосания, пороков развития внутренних органов.

Среди этих синдромов наиболее изучен синдром «кошачьего крика», или *синдром Лежена.*Синдром описан автором в 1963 г. Наблюдается он чаще у лиц женского пола. Название синдрома связано с одним из его характерных признаков — специфическим криком, напоминающим кошачье мяуканье. У детей отмечается неправильное развитие гортани: маленький вялый надгортанник, опускаясь над голосовой щелью, обуславливает характерные нарушения голоса. Голосовые связки обычно не изменены.

Кроме особенностей голоса для клинического диагноза важное значение имеет внешний облик ребенка: микроцефалия, круглое лунообразное лицо, косой разрез глаз, низкорасположенные ушные раковины и некоторые другие признаки. Умственная отсталость обычно глубокая, чаще в степени имбецильности.

Сочетание умственной отсталости с аномалиями опорно-двигательного аппарата наблюдается при синдроме Варкани, аномалиях хромосом 9, 10, 11, 12 и других.

*Синдром Орбели*отличается сочетанием умственной отсталости с выраженным отставанием в физическом и моторном развитии, микроцефалией, дефектами внутренних органов, органов зрения и опорно-двигательного аппарата.

Для клинической диагностики данного синдрома важное значение имеет анализ особенностей строения лица и черепа. Лицо асимметричное с широкой, выступающей спинкой носа, рот небольшой, диспластичные верхние резцы, высокое нёбо, маленький подбородок, ушные раковины большие, часто деформированные. Эти признаки сочетаются с глазной патологией в виде микрофтальмии, колобомы радужки и сетчатки, часто наблюдаются катаракта и ретинобластома.

Также характерны разнообразные аномалии конечностей, прежде всего, пальцев, ногтей; нередко отмечаются косолапость, вывихи тазобедренных суставов и др.

Кроме того, для этого синдрома типично недоразвитие половых органов, иногда наблюдается атрезия анального отверстия.

Сочетание умственной отсталости с дефектами зрения и опорно-двигательного аппарата имеет место при аномалии хромосомы 13. При аномалии хромосомы 15 характерны умственная отсталость, микроцефалия, двигательная расторможенность, иногда наблюдаются судорожные припадки.

Синдромальные формы олигофрении в сочетании с ожирением, аномалиями в строении лица и пальцев являются признаками субмикроскопических изменений хромосомы 15. При аномалиях половых хромосом умственная отсталость встречается редко. Считается, что только 1 % всех форм умственной отсталости обусловлен аномалиями половых хромосом.

*Аномалии половых хромосом Синдром Шерешевского*— *Тернера*характерен для лиц женского пола, его частота составляет 1:3000. Среди девочек, страдающих олигофренией, синдром встречается в 2 раза чаще, а еще чаще среди низкорослых женщин с недоразвитием вторичных половых признаков и аменореей.

Следует иметь в виду, что многие больные с данным синдромом имеют нормальный или близкий к норме интеллект, но умственная отсталость у них встречается чаще, чем в общей популяции. Интеллектуальные нарушения обычно сочетаются с отклонениями в эмоционально-волевой сфере, которые с возрастом нарастают по мере появления критики к своему состоянию. Благодушные, спокойные дети становятся более замкнутыми, раздражительными, упрямыми. У некоторых детей наблюдается некритичность, благодушие.

Диагностика этого синдрома возможна уже в период новорожденности. Девочки рождаются с низкой массой тела, маленького роста, для них характерна отечность кистей и стоп. Важными внешними признаками при диагностике являются следующие: низкий рост волос на шее; шея короткая с крыловидными складками, идущими от сосцевидных отростков к плечам; чрезмерная подвижность кожи на шее. Обращает на себя внимание своеобразие в строении лица и, прежде всего, антимонголоидный разрез глаз (наружные углы глаз находятся ниже внутренних), низкое расположение ушей, гипомимия, высокое нёбо, маленький подбородок. Важным диагностическим признаком является врожденный порок сердца, более чем в половине случаев наблюдаются дефекты слуха, часто имеются нарушения зрения. Характерны также разнообразные скелетные аномалии: «щитообразная» широкая грудная клетка, гипоплазия или сращение первого и второго шейных позвонков, широкие кисти, укороченные пальцы кистей и стоп и др.

Типичны при отсутствии умственной отсталости проявления психического инфантилизма, которые часто сочетаются с общей вялостью, пассивностью, низкой умственной работоспособностью.

В раннем возрасте синдром следует дифференцировать от гипотрофии другой этиологии, гипотиреоза, синдрома Нунан и от врожденных аномалий развития нехромосомной этиологии.

**Умственная отсталость при наследственных дефектах обмена**

В настоящее время описано более 600 видов наследственных нарушений обмена. При большинстве из этих заболеваний поражение центральной нервной системы приводит к возникновению так называемого сложного дефекта, т. е. к различным сочетаниям интеллектуальной недостаточности с поражениями двигательной системы, с недоразвитием речи, нарушениями зрения, слуха, с эмоционально-поведенческими расстройствами и судорожными припадками.

Несмотря на то, что все эти заболевания имеют характерные клинические проявления, решающее значение для их диагностики имеют данные биохимических исследований. При врожденных дефектах обмена наряду с поражением ЦНС обычно имеет место патология сердечно-сосудистой и эндокринной систем, печени, почек, костной системы, органов зрения, слуха и т. п.

Особенностью наследственных нарушений обмена является их прогрессирующее течение, особенно при отсутствии ранней диагностики и своевременных лечебно-коррекционных мероприятий.

В зависимости от характера обменных нарушений выделяют несколько групп этих заболеваний.

Одну из групп составляют болезни, обусловленные нарушениями жирового обмена. При них происходит накопление продуктов обмена жиров в клетках нервной системы и других тканях, что приводит к гибели нервных клеток.

К таким заболеваниям относится *болезнь Тея*— *Сакса,*описанная в 1881 и 1887 г. Первые признаки болезни проявляются в 4— 6 месяцев, когда до того активный и нормально развивающийся ребенок, постепенно теряет интерес к окружающему, становится вялым, перестает удерживать голову, не тянется к игрушке, не фиксирует взгляд на окружающих предметах и лицах. При специальном обследовании обнаруживается снижение зрения вплоть до полной слепоты. Затем возникают судорожные приступы и тяжелое слабоумие. Заболевание быстро прогрессирует.

Для диагностики заболевания важное значение имеет обследование глазного дна, которое позволяет выявить характерный признак болезни — вишнево-красное пятно («вишневую косточку»), окруженное серовато-белым ободком; на более поздних стадиях заболевания обнаруживается атрофия диска зрительного нерва. Диагноз подтверждается биохимическим исследованием крови. В настоящее время разработана внутриутробная диагностика болезни Тея—Сакса путем исследования околоплодной жидкости. При наличии заболевания плода показано прерывание беременности.

Примером наследственного заболевания, обусловленного нарушением обмена веществ, входящих в состав соединительной ткани, является *гаргоилизм.* Название заболевания отражает характерные особенности внешнего облика больных, которые напоминают уродцев (гаргоил), изображенных на соборе Парижской богоматери. Голова больных обычно увеличена в размере, характерны грубые черты лица с нависающим лбом, запавшим переносьем, широко расставленными глазами. У них наблюдаются большой язык и неправильный рост зубов. Они небольшого роста, руки и ноги короткие. Характерны искривления грудной клетки, позвоночника, пупочные и паховые грыжи, увеличение размеров живота. При обследовании внутренних органов отмечается увеличение печени, селезенки, расширение границ сердца.

Больные отстают в психическом и физическом развитии. Степень выраженности снижения интеллекта различна, но во всех случаях наблюдается постепенное ухудшение зрения и слуха.

С помощью биохимических методов исследования было обнаружено, что в основе данного заболевания лежат нарушения обмена особых веществ — мукополисахаридов. Поэтому иначе гаргоилизм называется мукополисахаридозом.

Такие больные нуждаются в комплексном лечении и наблюдаются у ряда специалистов: педиатра, невропатолога, эндокринолога, ортопеда. Им также показаны лечебная физкультура и занятия с логопедом.

Среди наследственных заболеваний обмена веществ большую группу занимают болезни, связанные с нарушением обмена аминокислот. Большинство из них проявляется уже на первом-втором году жизни в виде кожных аномалий, отставаний психомоторного развития, судорог.

Эти нарушения прогрессируют, и в дальнейшем у ребенка обнаруживаются тяжелые речевые, интеллектуальные, двигательные и эмоциональные отклонения. Их специфика и темп течения заболевания зависят от вида биохимического дефекта. В настоящее время разработаны эффективные методы лечения этих заболеваний путем диетического питания с исключением из пищевого рациона продуктов, содержащих аминокислоты, которые не усваиваются организмом.

Наиболее распространенным видом этих заболеваний является *фенилкетонурия (ФКУ)-*12% от общего числа умственно отсталых детей составляют дети с ФКУ.

При этом заболевании нарушается обмен одной из важных аминокислот — фенилаланина, в связи с недостатком или полным отсутствием необходимого для обмена фермента. Это приводит к накоплению в организме особых токсических веществ, поражающих нервную систему.

Первые признаки заболевания проявляются уже в период новорожденности или несколько позже. Прежде всего, обращает на себя внимание внешний вид ребенка: светлые волосы, голубые глаза, слабая пигментация кожи. Кроме того, от больных исходит своеобразный «затхлый мышиный» запах. Дети либо вялые, адинамичные, или, наоборот, чрезмерно беспокойные, постоянно кричат, плохо спят, слабо сосут, много срыгивают.

Отставание в психомоторном развитии выявляется на первом году жизни. Задержано формирование всех двигательных навыков: ребенок начинает поздно держать голову, сидеть, стоять, ходить. Вначале отставание в моторном развитии проявляется на фоне общей мышечной ослабленности, низкого мышечного тонуса (гипотонии), затем мышечный тонус может повышаться и у ребенка развиваются спастические парезы и параличи. Ребенок обычно с большим опозданием осваивает навык ходьбы, походка у него неустойчивая, выражены нарушения координации движений, могут наблюдаться непроизвольные движения в отдельных частях тела, в руках, отмечается дрожание пальцев вытянутых рук. Обращает на себя внимание нарастающее косоглазие и мелкие непроизвольные движения глазных яблок (нистагм).

У многих детей уже в первые месяцы жизни появляются кожные изменения в виде экссудативного диатеза, дерматитов, экземы. Раннее появление экзематозного поражения кожи указывает на более тяжелый характер заболевания.

Прогностически неблагоприятными признаками являются также микроцефалия и судорожные припадки, которые проявляются обычно во втором полугодии жизни. Кроме того, многие дети отстают в росте.

Во всех случаях нарушено формирование речи, у большинства детей она почти полностью отсутствует в дошкольном возрасте. У других она бедна, односложна, ребенок затрудняется в построении предложений, могут наблюдаться эхолалии и персеверации, т. е. склонность к построению слов или фраз взрослого или повторение одних и тех же собственных слов.

Нарушения психического развития проявляются, прежде всего, в виде снижения интеллекта, которое у большинства нелеченных больных прогрессирует. При тяжелых формах заболевания у детей не формируются навыки самообслуживания, опрятности. Кроме того, наряду с интеллектуальной недостаточностью выявляются и разнообразные нарушения эмоциональной сферы и поведения. Дети не стремятся к общению, эмоции их бедные и неадекватные, у некоторых из них наблюдаются немотивированные страхи. По особенностям нарушений эмоциональной сферы больные с фенилкетонурией могут напоминать детей с аутизмом.

Нарушения поведения у детей с фенилкетонурией проявляются в виде общей расторможенности, аффективной возбудимости, часто с приступами гнева и агрессивности. Во всех случаях наблюдаются резко выраженные нарушения регуляции своего поведения и функции активного внимания.

Диагноз заболевания ставится на основе исследования содержания фенилаланина в плазме крови и определения избыточного выделения с мочой кетокислот.

Основу лечения составляет специальная диета с ограничением белков, с добавлением углеводов, минеральных солей и витаминов. Широко применяются специальные белковые гидролизаты: лофе-нолак, кетонил, цимогран, минафен и др. Из рациона питания исключаются все продукты с большим содержанием белка: мясо, яйца, сыр, творог, орехи и др. В строго ограниченном количестве даются молоко и картофель. В питание ребенка включаются такие продукты, как морковь, капуста, помидоры, салат, яблоки, апельсины, мед, варенье. В ходе лечения постоянно проводятся биохимические исследования.

Если в семьях кроме детей с фенилкетонурией имеются и здоровые братья и сестры, то рекомендуется, чтобы они с раннего возраста находились под наблюдением педиатра и детского невропатолога или психиатра.

Существуют и другие наследственные нарушения обмена аминокислот, приводящие к умственным и речевым аномалиям. Так, в основе *гистидинемии* лежит врожденное отсутствие или резкая недостаточность фермента гистидазы, что приводит к повышению содержания в крови гистидина, а последний оказывает токсическое воздействие на центральную нервную систему. При полном отсутствии фермента заболевание проявляется в первые месяцы жизни и быстро прогрессирует, часто приводя к смертельному исходу.

При малой активности фермента заболевание развивается постепенно и проявляется в виде отставания в умственном и речевом развитии; кроме того, у этих детей часто наблюдаются нарушения слуха. У многих детей отмечаются эмоционально-поведенческие расстройства в виде повышенной возбудимости, агрессивности, страхов.

Внешний облик детей несколько напоминает больных с фенилкетонурией: дети также светловолосые и голубоглазые. Диагноз подтверждается биохимическими исследованиями.

Основу лечения составляет диетическое питание. Грудное молоко рекомендуется сочетать со специально адаптированными смесями «Малютка», «Малыш», показано добавление в рацион фруктовых соков, затем пюре, киселя. Более старшим детям показан безбелковый хлеб, говяжьи почки, кукурузная мука, картофель, растительное масло, треска. Все продукты животного происхождения включаются в рацион питания очень осторожно, с учетом содержания гистидина в крови.

Выраженные отклонения развития могут наблюдаться и при многих других обменных заболеваниях. Так, в 1952 г. описано врожденное обменное нарушение, при котором глубокая умственная отсталость сочетается с дефектами зрения и почечными аномалиями. Заболевание называется по имени описавшего его автора: *синдром Лоу,*или *глазно-почечно-мозговой синдром*(см. рис. 16). Его основными признаками являются: умственная отсталость; глазные дефекты в виде врожденной катаракты, врожденной глаукомы, необратимых изменений сетчатки и других расстройств, приводящих, как правило, к полной слепоте; резкая мышечная гипотония и нарушения функции почек.

 

Рис. 16. Ребенок с синдромом Лоу

Заболевание проявляется с рождения в виде выраженной мышечной гипотонии со снижением сухожильных рефлексов, которая часто сочетается с врожденной катарактой. Постепенно развиваются почечная недостаточность и особая почечная форма рахита. Первые признаки рахита обычно появляются уже к году. Больные отстают в росте, у них выражены костные и суставные изменения, характерны своеобразные позы.

Обращает на себя внимание вид больных: большая голова с выступающими лобными буграми, удлиненное лицо, большие уши и крючковатый нос, узкие зрачки.

Умственная отсталость с возрастом прогрессирует и часто сочетается с нарушениями поведения в виде двигательной расторможенности; изредка наблюдается судорожный синдром.

Синдром Лоу можно заподозрить по представленным выше клиническим проявлениям, однако окончательный диагноз ставится на основе лабораторного подтверждения.

**Синдромальные формы умственной отсталости с неуточненным типом наследования**

Среди многих описанных к настоящему времени наследственных заболеваний, характеризующихся умственной отсталостью, наибольшее значение для клинической и дефектологической практики имеют те синдромы, диагностика которых возможна по совокупности множественных врожденных аномалий лица и конечностей, соматоневрологических и психопатологических особенностей. Тип наследования при многих из этих генетических синдромов до сих пор не ясен. Высказываются предположения, что они могут возникать под влиянием целого ряда неблагоприятных факторов, различных сочетаний генетических и средовых влияний; кроме того, иногда выявляются очень тонкие изменения небольших участков хромосом.

Степень выраженности интеллектуальных нарушений при этих синдромах широко варьируется, однако чаще — это глубокая умственная отсталость в степени имбецильности. Как исключение могут наблюдаться относительно легкие формы интеллектуальной недостаточности.

Во всех случаях у детей раннего возраста интеллектуальная недостаточность сопровождается тяжелыми нарушениями речи. При отсутствии ранней коррекционной работы сочетание интеллектуального и речевого дефекта создает крайне неблагоприятные условия для использования компенсаторных возможностей мозга, что отрицательно сказывается на психическом развитии ребенка.

*Синдром Вильямса*(синонимы: синдром «лицо эльфа», синдром надклапанного стеноза аорты и умственной отсталости и др.). Заболевание впервые описано в 1952 году, изначально оно связывалось с повышением уровня кальция в сыворотке крови.

Частота синдрома неизвестна. Поражаются оба пола. Одним из характерных признаков синдрома является внешний облик больных (см. рис. 1). Прежде всего, обращает на себя внимание своеобразие лица: опущенные вниз полные щеки, большой рот, полные губы, особенно верхняя, маленький подбородок, широкий, сдавленный в висках лоб, своеобразный разрез глаз с припухлостью вокруг орбит, сходящееся косоглазие, звездчатая картина радужки, плоское переносье, своеобразная форма носа с закругленным тупым концом. Часто наблюдаются ярко-голубые радужки и синеватые склеры.

Следует помнить, что ни один из этих признаков не является постоянным, но их сочетание создает неповторимый облик больных. Сходство лиц усиливает улыбка, которая еще более подчеркивает своеобразие в строении рта и отечность век.

Характерным признаком считаются также редкие, удлиненные зубы. Родители обращают внимание на позднее прорезывание зубов, повышенную подверженность кариесу. При осмотре отмечается общее их недоразвитие (гипоплазия), уменьшение размеров корней, а также нарушения прикуса и изменения складчатости слизистой оболочки щек.

Характерна специфическая возрастная динамика в изменении лица: нежное детское лицо с возрастом становится все более и более грубым.

При данном синдроме наблюдаются также определенные особенности строения тела и различные нарушения опорно-двигательного аппарата.

В раннем возрасте дети отличаются выраженной соматической ослабленностью, отстают в росте и массе тела. В дальнейшем у многих из них может развиваться тучность. Во всех случаях обращает на себя внимание удлиненная шея, узкая грудная клетка, низкая талия, Х-образные ноги.

Уже у детей раннего возраста наблюдается выраженное плоскостопие с плоско-вальгусной установкой стоп, иногда имеет место косолапость, типична повышенная разгибаемость суставов.

Частыми признаками синдрома являются врожденные пороки сердца и сосудов.

Во всех случаях интеллектуальная недостаточность сочетается с нарушениями умственной работоспособности, недоразвитием памяти и внимания. Характерны трудности в формировании пространственных представлений, а также специфические особенности эмоционально-волевой сферы и поведения. Некоторые дети отличаются склонностью к аффективным и импульсивным поступкам, аутоагрессивному поведению.

Примерно в 20—25% случаев заболевание осложняется судорожным синдромом. У детей с судорожным синдромом нарушения поведения и степень снижения интеллекта обычно более выражены.

Однако в большинстве случаев дети характеризуются благодушным, веселым нравом, они чрезвычайно внушаемы, доверчивы, дружелюбны, направлены на общение с окружающими. В то же время поведение их мало организованно, они некритичны, не учитывают ситуацию. Многие из них, особенно мальчики, отличаются пугливостью, несамостоятельностью, медлительностью в сочетании с импульсивностью и возбудимостью. Дети с данным заболеванием чрезвычайно чувствительны к одобрению и ласке со стороны взрослых. Опираясь на эти особенности, у них можно сформировать социально принятые нормы поведения.

Во всех случаях имеют место выраженные трудности обучения детей с синдромом Вильямса даже по специальным программам. Это связано не только со снижением интеллекта, но и с особенностями их эмоционально-волевой сферы, нарушениями речи, зрения.

Прогноз в отношении обучения ухудшается при выраженности сопутствующих, типичных для заболевания, разнообразных врожденных пороков внутренних органов и, прежде всего, сердца, мочеполовой и эндокринной (гипогенитализм) систем. Часто наблюдается надклапанный стеноз аорты или периферический стеноз легочной артерии. Сердечно-сосудистые аномалии наблюдаются у 75% больных с данным синдромом. Отдаленный прогноз заболевания зависит в значительной степени от выраженности сердечно-сосудистой патологии.

Кроме того, для детей с синдромом Вильямса характерны зрительные аномалии: катаракта, колобома, атрофия зрительного нерва и другие, которые значительно снижают остроту зрения.

Для ранней диагностики заболевания наряду с характерным внешним видом ребенка, сердечно-сосудистыми аномалиями важное значение имеют особенности развития детей в первые два года жизни. Дети, как правило, отличаются общей соматической ослабленностью, отстают в физическом и психомоторном развитии. В первые годы у них отмечается резкое снижение аппетита, часто до полного отказа от еды; наблюдаются также упорные рвоты, жажда, запоры, сменяющиеся поносами, общее беспокойство. Это нередко сочетается с обменными нарушениями — повышением уровня кальция и холестерина в сыворотке крови.

К началу 3-го года жизни соматическое состояние детей обычно заметно улучшается и более отчетливо выявляется психомоторное недоразвитие. При большой направленности на общение характерно отставание в раннем речевом развитии. Общительность, дружелюбие ребенка, адекватность его поведения в первые годы жизни могут маскировать интеллектуальную недостаточность. Поэтому многие родители рассматривают своего ребенка как интеллектуально сохранного и объясняют его некоторое отставание недостаточностью речи и моторики, а также болезненностью и ослабленностью на первом году жизни. Наряду с отставанием в развитии речи обращает на себя внимание низкий, как бы охрипший голос ребенка.

Недоразвитие моторики сочетается с низким мышечным тонусом, нарушениями равновесия и координации движений, которые постепенно компенсируются. Однако наличие двигательной недостаточности и отставание в сроках развития статических и локомоторных функций иногда приводят к ошибочной постановке диагноза детского церебрального паралича.

Уже с первых лет жизни у детей с синдромом Вильямса отмечается неравномерная структура нарушенного психического развития. С рождения обращает на себя внимание задержанное развитие интегративных функций, непосредственно связанных с двигательным анализатором, и, прежде всего, зрительно-моторной координации. Характерна общая моторная неловкость, нарушения координации движений. Дети с трудом и с задержкой овладевают навыками самообслуживания.

В раннем возрасте наблюдается выраженное отставание темпа речевого развития. По наблюдениям специалистов, первые слова у детей, страдающих синдромом Вильямса, появлялись к 2,5—3 годам, а фразовая речь — к 4—5 годам. Уже в этом возрасте дети с интересом прислушиваются к звукам речи, музыке. В среднем и старшем школьном возрасте, располагая крайне ограниченным набором языковых средств, у них наблюдается достаточно высокая речевая активность, хорошая речевая память. Дети легко повторяют речь взрослых, говорят много, но часто невпопад. Характерны стойкие и полиморфные нарушения звукопроизносительной стороны речи, которые проявляются в виде сложной дислалии за счет дефектов зубно-челюстной системы, иногда в сочетании с не резко выраженными различными формами дизартрии.

По мере роста ребенка все более отчетливо проявляется несоответствие между нормальным развитием коммуникативной функции речи и резкой недостаточностью ее смысловой и регулирующей функций. Характерно, что высокая речевая активность детей, легкость повторения ими отдельных слов и фраз могут в ряде случаев маскировать их интеллектуальную недостаточность. Вместе с тем умственная отсталость различной степени выраженности наблюдается практически во всех случаях. Примерно у 50% больных с данным синдромом имеет место глубокая умственная отсталость (имбецильность), у остальных — дебильность различной степени выраженности. Обращает на себя внимание сочетание умственной отсталости с грубой незрелостью эмоционально-волевой сферы: даже в старшем дошкольном и школьном возрасте дети не учитывают ситуацию, у них отсутствует самокритика. Их поведение даже у учеников вспомогательной школы часто вызывает насмешки и недоумение, а высказывания с возрастом все больше и больше принимают характер пустого резонерства. Они непосредственны и наивны.

Эмоциональные особенности детей располагают к ним окружающих взрослых. Дети общительны, дружелюбны, обычно ласковы, подчиняются требованиям взрослого. Однако собственная деятельность даже в школьном возрасте остается неорганизованной.

Неравномерность их психического развития проявляется в школьном возрасте в виде различной усвояемости математики и навыков чтения. У всех детей старшего дошкольного и школьного возраста, имеющих умственную отсталость в степени дебильности, отмечены стойкие затруднения при овладении счетом даже на конкретном материале. Вместе с тем эти дети относительно легко усваивали навыки чтения. Удивительной кажется способность этих детей к усвоению чтения при наличии у них выраженной умственной отсталости, сочетающейся с нарушениями зрительно-моторной координации.

Диагностика этой синдромальной формы умственной отсталости обычно не вызывает выраженных затруднений. Характерные особенности строения лица в совокупности с особенностями физического и психического развития, соматической, неврологической и психопатологической симптоматикой являются основанием для постановки диагноза. Диагностика еще более облегчается при наличии врожденных пороков сердца и сосудов и повышенного уровня кальция в крови.

Этиология синдрома Вильямса остается неясной. В большинстве случаев синдром проявляется спорадически. Наследственный характер синдрома подтверждается описанием его у монозиготных (однояйцевых) близнецов, а также у братьев и сестер. Кариотип в большинстве случаев при данном синдроме нормальный, однако, имеются отдельные сообщения о возможности хромосомных перестроек при данном синдроме.

Вместе с тем высказываются также предположения о наследственной предрасположенности к данному синдрому и о его возникновении при участии неблагоприятных факторов внешней среды. В пользу этого предположения свидетельствует редкость семейных случаев синдрома и преобладание его отдельных случаев.

Существовала точка зрения и о постнатальном поражении нервной и костной систем в связи с особой реакцией ребенка на витамин Д в виде повышения уровня кальция в крови. Однако в последние годы преобладает представление о внутриутробном генезе данного синдрома. Такие признаки, как низкая масса тела при рождении, врожденные пороки, аномалии строения лица, подтверждают гипотезу о внутриутробном происхождении заболевания.

Дети с данным синдромом нуждаются в проведении ранних общеоздоровительных и лечебно-коррекционных мероприятий, которые в раннем возрасте сочетаются с ограничением потребления кальция и витамина Д. Это способствует снижению уровня кальция в крови и уменьшению общего возбуждения ребенка, улучшает его сон и аппетит. Лечебные мероприятия в первые годы жизни направлены на коррекцию системных сосудистых нарушений и стабилизацию обменных процессов.

Особо важное значение имеет стимуляция психомоторного развития ребенка и ранняя коррекция нарушенных двигательных функций. В связи с этим показаны общеукрепляющий массаж и лечебная физкультура, направленная на стимуляцию развития статических и локомоторных функций, равновесия и координации движений. Необходимы также специальные упражнения, развивающие тонкие дифференцированные движения пальцев рук и зрительно-моторную координацию.

Дети с синдромом Вильямса нуждаются в ранней логопедической помощи. В раннем возрасте необходимо обогащать их пассивный и активный словарь, стимулировать речевое общение. Однако в дошкольном возрасте основное внимание должно быть уделено развитию смысловой стороны речи; не следует поощрять механическое подражание и речевую активность, лишенную конкретного содержания.

Важно также как можно раньше развивать у ребенка умение действовать по инструкции взрослого. На протяжении раннего, дошкольного и школьного возраста необходимо стимулировать у детей познавательную активность.

Учитывая относительно хорошую способность к усвоению навыков чтения, уже в старшем дошкольном возрасте следует подбирать для детей специальные задания по соотнесению и запоминанию букв, проводить занятия с магнитной азбукой, а в школьном возрасте целесообразно составлять тексты более сложные, чем для глубоко умственно отсталых детей.

Необходимо уделять должное внимание коррекции косоглазия.

Многие дети с синдромом Вильямса нуждаются также в консультации ортодонта для коррекции зубно-челюстных аномалий.

*Синдром Корнелии де Ланге*(см. рис. 17). Заболевание впервые описано в Голландии в 1933 г. врачом Корнелией де Ланге. Она наблюдала двух девочек из неродственных семей со своеобразным строением лица, умственной отсталостью и избыточным ростом волос на теле (гипертрихоз). Синдром является редким, точная его частота в популяции неизвестна.

  
  
Рис. 17. Ребенок с синдромом Корнелии де Ланге.

Одним из характерных признаков заболевания является сочетание умственной отсталости со своеобразными чертами лица. Прежде всего, обращают на себя внимание густые, часто сросшиеся брови, длинные загнутые вверх ресницы, короткий нос с развернутыми вперед ноздрями и вдавленным переносьем, большее по сравнению с обычным расстояние между основанием носа и верхней губой, тонкие губы с опущенными углами; изменена форма черепа и уменьшены его размеры. Больные отстают в росте и массе тела.

Для диагностики синдрома важное значение имеет оценка костно-суставных деформаций. Частыми являются контрактуры или тугоподвижность в локтевых суставах, искривление мизинца, укорочение второго и отведение первого пальцев рук. Могут наблюдаться также более тяжелые дефекты в строении конечностей с недоразвитием их отдельных сегментов. В некоторых случаях встречаются деформации позвоночника и грудины. Среди пороков внутренних органов преобладают аномалии строения почек.

Как уже отмечалось, характерным признаком синдрома считается усиленный рост волос, особенно выраженный на спине и в поясничной области, а также на наружной поверхности предплечий. Часто наблюдается также мраморность кожи, краснота кончика носа и цианоз носогубной области.

Дети с данным заболеванием обычно рождаются с малым весом и ростом.

При синдроме Корнелии де Ланге нередки различные дефекты зрительной системы: косоглазие, миопия, астигматизм, атрофия зрительного нерва и др.

В первые годы жизни дети отличаются соматической ослабленностью, повышенной восприимчивостью к простудным и инфекционным заболеваниям верхних дыхательных путей; часто болеют бронхитами, пневмониями. С первых месяцев жизни они отстают в физическом и психомоторном развитии.

При данном синдроме во всех случаях наблюдается выраженная умственная отсталость, которая в ряде случаев осложняется судорожными припадками и нарушениями поведения.

Для заболевания характерны системное недоразвитие речи, не резко выраженные формы дизартрии. Иногда может наблюдаться длительная тенденция говорить о себе в 3-м лице.

Во всех случаях отмечаются выраженные нарушения умственной работоспособности, произвольной регуляции деятельности.

У детей с данным синдромом часто наблюдаются нарушения поведения в виде повышенной аффективной возбудимости, двигательной расторможенности, склонности к истероформным реакциям. У некоторых из них имеет место склонность к самоагрессии, а также к стереотипным формам поведения. В силу тяжести и осложненного характера интеллектуального дефекта обучаемость детей обычно низкая, но вместе с тем рано начатые с ними коррекционные занятия оказывают положительное влияние на дальнейшее психическое развитие ребенка.

Заболевание считается наследственным, но тип наследования окончательно не ясен. Дети с данным заболеванием с первых месяцев жизни нуждаются в общеоздоровительных мероприятиях, в стимуляции психомоторного развития. Учитывая частоту дефектов зрительной системы, необходима консультация врача-окулиста.

Коррекция поведения осуществляется в ходе воспитания ребенка.

*Синдром Рубинштейна*—*Тейби.*Заболевание впервые описано в 1963 г. Оно характеризуется множеством дефектов; наиболее частым является сочетание умственной отсталости различной степени выраженности с речевыми нарушениями, черепно-лицевыми и пальцевыми аномалиями, дефектами зрения. У мальчиков, кроме того, часто наблюдается половое недоразвитие. Родители детей с данным заболеванием считают себя здоровыми.

Обычно дети рождаются с нормальной массой и ростом. Однако с первых месяцев жизни у них выявляется значительное отставание в развитии статических и локомоторных функций, отмечается общая соматическая ослабленность, повышенная склонность к респираторным заболеваниям. У родителей с первых месяцев жизни возникают проблемы с кормлением: дети плохо сосут, часто срыгивают, в дальнейшем долго не могут научиться жевать, пить из чашки. Все они значительно отстают от сверстников по росто-весовым показателям. На первом году жизни им часто ставится диагноз рахита и задержки психомоторного развития.

Особо обращает на себя внимание выраженная задержка доречевого и ранних этапов речевого развития. Гуление у этих детей обычно выражено слабо, отдельные лепетные звуки появляются лишь после года. Родители обращают внимание на малую интонационную выразительность и грубость голоса ребенка.

Начальные этапы становления речи значительно задержаны: дети долго не понимают обращенной речи (при нормальном слухе), собственная их речь развивается с большим отставанием и обычно после интенсивных логопедических мероприятий.

У всех детей с синдромом Рубинштейна—Тейби наблюдаются характерные внешние признаки: микроцефалия; короткий, похожий на клюв вздернутый нос; густые, низко расположенные брови; низкий рост волос на лбу; антимонголоидный разрез глаз; гипертелоризм (*Гипертелоризм*- увеличенное расстояние между внутренними краями глазниц); недоразвитие верхней челюсти. Наблюдается также высокое нёбо, иногда его расщелина; высокий лоб; часто деформированные, асимметричные и низко расположенные ушные раковины (см. рис. 18).

  
Рис. 18. Ребенок с синдромом Рубинштейна — Тейби

Для диагностики синдрома важное значение имеет сочетание лицевых аномалий с широкими и короткими пальцами рук и ног. Особенно характерно расширение концевой фаланги первого пальца кисти и стопы (см. рис. 19). Может наблюдаться расширение концевых фаланг и других пальцев, а также синдактилия и полидактилия стоп, иногда и кистей. Характерны и другие костные аномалии: косолапость, врожденные вывихи бедра, а также различные изменения на коже. Среди последних наиболее часто встречаются гипертрихоз на спине и конечностях, гемангиомы на лбу, спине и затылке, а также различные нарушения пигментации.

    
Рис. 19. Лицевые и пальцевые аномалии при синдроме Рубинштейна — Тейби

Кроме того, для диагностики имеет значение и такой признак, как уплощение ногтей в виде чашечек.

При неврологическом обследовании у детей обычно выявляется косоглазие, снижение мышечного тонуса, нарушения равновесия и координации движений. Типичным признаком заболевания является задержка роста, которая становится очевидной уже в 2—3 года.

Интеллектуальная недостаточность бывает различной степени выраженности, чаще она глубокая, но следует иметь в виду, что описаны и более легкие формы умственной отсталости и даже случаи сохранного интеллекта.

*Синдром Дубовитца*является редким наследственным заболеванием, которое характеризуется микроцефалией, умственной отсталостью, аномалиями в строении лица, а также поражением кожи. При данном заболевании отмечается также внутриутробная и постнатальная задержка роста.

В 1965 году Дубовитц описал девочку с задержкой роста, микроцефалией, своеобразным лицом и экземой; у нее отмечалась умеренная умственная отсталость и двигательная расторможенность. В дальнейшем это заболевание было описано рядом других авторов.

Основные признаки заболевания проявляются уже с рождения. Это малый рост и вес, уменьшенная окружность головы при доношенной беременности; в среднем эти показатели соответствуют размерам плода на 34-й неделе беременности. Почти у половины обследуемых наблюдается низкий мышечный тонус (гипотония). Психомоторное развитие задержано в различной степени. В отдельных случаях может наблюдаться сохранный интеллект, но всегда имеют место нарушения поведения в виде двигательной расторможенности и повышенной эмоциональной возбудимости.

Типичными сопутствующими аномалиями при данном заболевании являются деформации зубов, высокое аркообразное твердое нёбо, а также характерные особенности лица: переносье и кончик носа широкие, подбородок как бы отодвинут назад, ушные раковины деформированы, верхние веки слегка опущены (птоз), волосы редкие, обычно белокурые, губы пухлые (см. рис. 20). У детей часто имеет место экзема нижней части лица, сгибательной поверхности рук и локтей. Еще одним диагностическим признаком является высокий пронзительный голос.

  
Рис. 20. Ребенок с синдромом Дубовитца

К характерным ранним признакам синдрома Дубовитца относятся трудности с кормлением вследствие слабости сосательного рефлекса и псевдобульбарных нарушений, общая соматическая ослабленность, нарушения сна, повышенная возбудимость, которая еще более усиливается за счет заболеваний кожи (экзема с сильным зудом). Характерна повышенная склонность к рецидивам респираторных инфекций. Могут наблюдаться врожденные пороки сердца, болезни почек, крипторхизм. Частыми являются глазные аномалии, в том числе и врожденные катаракты.

Задержанное развитие речи сочетается с достаточно стойкими нарушениями звукопроизношения за счет псевдобульбарной дизартрии.

Психическое развитие не соответствует возрастным нормативам. В большинстве случаев имеет место олигофрения различной степени выраженности (от умеренной дебильности до имбецильности). Олигофрения осложняется за счет нарушений речи, поведения, умственной работоспособности. Для детей в раннем и дошкольном возрасте характерны выраженные нарушения произвольной деятельности, эмоционально-волевая незрелость в сочетании с повышенной внушаемостью. Дети часто благодушны, у них хорошее настроение; как правило, они некритичны к своей несостоятельности.

Двигательная расторможенность нередко сочетается с импульсивностью, склонностью к аффективным вспышкам; иногда наблюдаются проявления аутоагрессивного поведения.

Имеются данные о недостаточности при данном заболевании иммунных функций, о склонности к злокачественным новообразованиям. В литературе описаны случаи анемии и гипоплазии костного мозга.

Во всех известных к настоящему времени случаях синдром наблюдался у представителей белой расы, соотношение полов 1:1. Имеются описания заболевания у братьев и сестер, а также у однояйцевых близнецов. Родители больных детей были здоровыми.

**Умственная отсталость при наследственных заболеваниях, сочетающихся с судорожным синдромом**

*Туберозный склероз*был описан в 1862 году и выделен в самостоятельную форму в 1880 году. Его частота среди умственно отсталых составляет 0,3%.

Это редкое заболевание обычно начинается в раннем детском возрасте, чаще на первом году жизни. Первыми его признаками могут быть судорожные припадки, которые сочетаются с выраженным отставанием в психическом развитии. Заболевание медленно прогрессирует, поэтому любой навык развивается с большим опозданием и одновременно начинает распадаться. Психический регресс наиболее выражен при частых судорожных припадках. Типично выраженное недоразвитие речи и интеллекта; нередки нарушения поведения с проявлениями агрессивности, злобности.

К характерным признакам заболевания относятся разнообразные кожные изменения, которые обычно появляются в возрасте от 2 до 6 лет. На щеках имеют место множественные или единичные бугорки (аденомы сальных желез), внешне напоминающие юношеские угри; они розового, желтого или красного цвета и располагаются в форме бабочки. Отмечаются и другие кожные изменения в виде пигментированных или депигментированных пятен. В поясничной области часто обнаруживается шероховатость кожи («шагреневая кожа»).

У детей наблюдаются изменения на глазном дне в виде тутовой ягоды и застойных сосков зрительных нервов. Для диагностики заболевания важное значение имеет электроэнцефалографическое обследование.

Во всех случаях дети с туберозным склерозом нуждаются в медикаментозном лечении: применяют противосудорожные, успокаивающие препараты, а также средства, снижающие внутричерепное давление.

Своеобразное нарушение психомоторного развития наблюдается у детей с *болезнью Стерджа*—*Вебера.*Характерным признаком этого заболевания является появление сосудистых опухолей (ангиом) на лице, а также в оболочках мозга. Кроме того, у больных наблюдаются глаукома и судороги (см. рис. 6).

Заболевание обычно проявляется с рождения. Сосудистая опухоль на лице чаще бывает односторонняя, в период новорожденности она бледно-розового цвета, потом постепенно становится более яркой. Рано возникающие судороги способствуют развитию двигательных нарушений. Глаукома образуется на более поздних стадиях заболевания.

Степень умственной отсталости находится в прямой зависимости от частоты судорожных приступов. Интеллектуальный дефект, как правило, сочетается с выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения. Больные легко возбудимы, злопамятны, импульсивны, мстительны. У них наблюдаются прогрессирующие ухудшения памяти, внимания, умственной работоспособности.

Лечение включает в себя применение противосудорожных и общеукрепляющих средств. Имеются данные о положительном влиянии рентгенотерапии на детей старшего возраста.

**ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Наряду с тяжелыми заболеваниями нервной системы, обуславливающими отклонения в развитии, у многих детей могут отмечаться лишь отдельные, нерезко выраженные двигательные нарушения в сочетании с повышенной возбудимостью, двигательным беспокойством, ухудшением сна, аппетита и т. п. Это дети с так называемой *минимальной мозговой дисфункцией.*

Все отклонения со стороны нервной системы у них отличаются изменчивостью. На первом году жизни у некоторых наблюдается отставание темпа психомоторного развития. К 2—3 годам четко выявляется речевое недоразвитие.

У многих детей уже в первые годы жизни обнаруживается двигательная расторможенность — гиперкинетическое поведение. Они крайне неусидчивы, постоянно находятся в движении, вся их деятельность нецеленаправленна, ни одно начатое дело они не могут довести до конца. Появление таких детей всегда вносит беспокойство, они бегают, суетятся, ломают игрушки. Кроме того, некоторые из них отличаются повышенной эмоциональной возбудимостью, драчливостью, агрессивностью, импульсивным поведением. Большинство детей не способно к игровой деятельности, они не умеют ограничивать свои желания, бурно реагируют на все запреты, отличаются упрямством.

Для многих детей характерна моторная неловкость, у них слабо развиты тонкие дифференцированные движения пальцев рук. Поэтому они с трудом овладевают навыками самообслуживания, долго не могут научиться застегивать пуговицы, зашнуровывать ботинки.

Таким образом, дети с легкой мозговой дисфункцией — это очень полиморфная группа. Их общим свойством является наличие в первые годы жизни так называемых «малых неврологических признаков», которые обычно сочетаются с проявлениями психического дизонтогенеза как в интеллектуальной, так и в эмоционально-волевой сфере, т. е. у детей с легкой мозговой дисфункцией часто имеет место *задержка психического развития (ЗПР).*

При ЗПР, в отличие от умственной отсталости, имеет место обратимость интеллектуального дефекта. Особенностью задержанного психического развития является неравномерность нарушений различных психических функций; при этом логическое мышление может быть даже более сохранным по сравнению с памятью, вниманием, умственной работоспособностью и т. п.

Кроме того, в отличие от олигофрении у детей с задержкой психического развития отсутствует инертность психических процессов; они способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные умственные навыки в другие ситуации. С помощью взрослого они могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне. Этим они качественно отличаются от детей с умственной отсталостью.

Для детей с ЗПР характерна низкая познавательная активность. Особенностью психического развития детей с задержанным развитием в дошкольном возрасте является недостаточность у них процессов восприятия, внимания, памяти.

Недостаточность восприятия обусловлена несформированностью интегративной деятельности мозга и прежде всего нескольких сенсорных систем (зрительной, слуховой, осязательной). Известно, что интегративность — взаимодействие различных функциональных систем — является основой психического развития ребенка.

В связи с недостаточностью интегративной деятельности мозга дети с задержкой психического развития затрудняются в узнавании непривычно представленных предметов (перевернутые или недорисованные изображения, схематичные и контурные рисунки); им трудно соединить отдельные детали рисунка в единый смысловой образ.

Эти специфические нарушения восприятия у детей с задержкой развития определяют ограниченность и фрагментарность их представлений об окружающем мире.

Недостаточность интегративной деятельности мозга при ЗПР проявляется и в так называемых сенсомоторных нарушениях, что находит свое выражение в рисунках детей. При рисовании по образцу геометрических фигур они не могут передать форму и пропорции, неправильно изображают углы, линии и их соединения.

При выполнении задания *нарисовать фигуру человека*старшие дошкольники допускают много ошибок. На их рисунках заметна диспропорция частей тела, некоторые важные детали изображены примитивно или вовсе отсутствуют.

Таким образом, одной из основных особенностей детей с задержкой психического развития является недостаточность образования связей между отдельными перцептивными и двигательными функциями. Так, ребенок может затрудняться в оценке идентичности форм предметов, воспринимаемых им с помощью осязания и зрения. Он также испытывает затруднения при воспроизведении ритма, воспринимаемого на слух, а также графически или моторно.

Одной из характерных особенностей детей с задержкой в развитии является отставание в развитии у них пространственных представлений, недостаточная ориентировка в частях собственного тела.

Кроме того, в дошкольном возрасте у них нередко наблюдается перекрестная или невыраженная латеральность. По мнению некоторых авторов, среди этих детей отмечается некоторое преобладание леворуких и детей с невыраженной латеральностью.

Характерным признаком детей с задержкой психического развития является недостаточность у них тонкой моторики.

При ЗПР часто наблюдается отставание в развитии речи, а также достаточно стойкие фонетико-фонематические нарушения и расстройства артикуляции. В артикуляционной моторике имеет место недостаточность тонких и дифференцированных движений. Некоторые дети затрудняются в восприятии на слух сходных по звучанию фонем (галка — палка), в результате чего недостаточно понимают обращенную речь.

Характерной особенностью детей с задержкой психического развития является выраженное нарушение у большинства из них функции активного внимания. Рассеянность внимания, усиливающаяся по мере выполнения задания, свидетельствует о повышенной психической истощаемости ребенка.

Кроме того, для многих детей характерен ограниченный объем внимания, его фрагментарность, когда ребенок в определенный момент времени воспринимает лишь отдельные части предъявляемой ему информации. Эти нарушения внимания могут задерживать процесс формирования понятий.

Одной из частых особенностей нарушений внимания у детей с задержкой психического развития является его недостаточная концентрация насущественных признаках. В этих случаях при отсутствии соответствующей коррекционной работы может отмечаться недоразвитие мыслительных операций.

Нарушения внимания особенно выражены при двигательной расторможенности, повышенной аффективной возбудимости, т. е. у детей с гиперактивным поведением. При гиперактивном поведении отмечается общее двигательное беспокойство, неусидчивость, недостаточная целенаправленность, импульсивность. Эти дети раздражительны, взрывчаты, проявляют агрессивность и негативизм, у них часто наблюдается ухудшение сна.

При нарушениях внимания особенно четко проявляется одна из характерных особенностей восприятия детей с задержкой психического развития — трудность выделения фигуры из фона.

Для многих детей с задержкой психического развития характерна своеобразная структура памяти. Это проявляется иногда в большой продуктивности непроизвольного запоминания. Однако и она всегда ниже, чем у нормально развивающихся сверстников, что связано с более низкой познавательной активностью этих детей.

Недостаточность произвольной памяти у детей с ЗПР в значительной степени связана со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной ее целенаправленностью, несформированностью функции самоконтроля. Этими же факторами объясняются характерные нарушения поведения у данной категории детей.

Дети с задержкой развития отличаются, как правило, эмоциональной неустойчивостью. Они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость.

Группа детей с задержкой психического развития крайне неоднородна. У одних из них на первый план выступает замедленность становления эмоционально-личностных характеристик и произвольной регуляции поведения, нарушения же в интеллектуальной сфере выражены нерезко. Это дети с различными формами *инфантилизма.*Наиболее отчетливо инфантилизм проявляется к концу дошкольного возраста и в начальной школе. У этих детей задержано формирование личностной готовности к обучению, с трудом формируется чувство долга, ответственности, критичности к своему поведению. Они, как правило, приветливы, общительны, часто повышенно оживлены, крайне внушаемы и подражательны, но эмоции их обычно поверхностны и неустойчивы.

При других формах задержки психического развития преобладает недоразвитие различных сторон познавательной деятельности. Наблюдаются также формы ЗПР, при которых эмоционально-волевая и личностная незрелость сочетается с недостаточностью различных компонентов познавательной деятельности.

 **ТЯЖЕЛЫЕ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ**

Под *алалией*понимается специфическое языковое недоразвитие, возникающее в результате поражения соответствующих отделов коры головного мозга в доречевом периоде.

Недоразвитие речи при моторной алалии всегда имеет системный характер: оно охватывает фонетико-фонематическую и лексико-грамматическую стороны речи и сочетается с выраженными нарушениями ее коммуникативной функции. При алалии не развито речевое подражание, вследствие чего нарушена отраженная речь, т. е. затруднено повторение слогов, слов и особенно предложений. Нарушение организации звуковых единиц в линейную последовательность проявляется в недостаточности или отсутствии лепета, а в дальнейшем — в своеобразных нарушениях слоговой структуры слов и в специфических трудностях при построении предложений. На каждом возрастном этапе в зависимости от уровня речевого развития эти нарушения проявляются в разных формах.

При моторной алалии на всех возрастных этапах отмечается выраженное недоразвитие произносительной (экспрессивной) речи при более сохранном ее понимании (импрессивная речь).

Для алалии характерно нарушение ритмической стороны речи: ребенок говорит медленно, с паузами между слогами и словами, слова часто произносит по слогам. Грубо нарушена речевая интонация. Дети не улавливают и не воспроизводят с помощью выстукивания или хлопков ритмический рисунок слова или предложения. Ребенок не может правильно повторять слышимые им слова, причем характерны различные варианты искажений одних и тех же слов.

Пассивный словарь увеличивается очень медленно, и долгое время он ограничен словами обиходно-бытовой тематики. Дети часто неправильно понимают значения слов.

Моторная алалия тормозит процесс формирования фразовой речи. Дети с большим трудом овладевают грамматическим строем родного языка.

Такое системное недоразвитие речи при алалии не может не отразиться на психическом развитии ребенка.

Психическое развитие детей, страдающих моторной алалией, характеризуется своей неравномерностью. В раннем и дошкольном возрасте эти дети обычно проявляют интерес к игрушкам, играм, хорошо ориентируются в быту, владеют навыками самообслуживания, их эмоции достаточно дифференцированы. Вместе с тем уже в дошкольном возрасте отмечается ограниченный запас знаний и представлений об окружающем, задерживается развитие словесно-логического мышления.

Дети с моторной алалией отличаются неравномерным развитием мышления. Практически-действенное и наглядно-образное мышление у них значительно преобладают над абстрактно-логическим. Поэтому чем младше ребенок, тем он больше производит впечатление интеллектуально сохранного; его интеллектуальная недостаточность маскируется тяжестью речевого дефекта. Однако с возрастом все более выявляется неспособность детей к абстракциям и преобладание конкретно-образного мышления над словесно-логическим. Поэтому у них с трудом формируются понятия о форме и величине предметов, операции сравнения, обобщения по существенным признакам, навыки счета.

Характерны нарушения умственной деятельности в виде замедленности мышления, его трудной переключаемости, выраженной истощаемости и пресыщаемости. Кроме того, эти дети отличаются малой психической активностью, слабостью побуждений, повышенной тормозимостью, склонностью к негативизму. Они отказываются от выполнения заданий, требующих от них интеллектуального напряжения. Частыми являются также нарушения функций активного внимания и памяти, при этом в первую очередь страдает словесная (вербальная) память.

В регуляции произвольной деятельности ведущая роль принадлежит речи. Поэтому при моторной алалии всегда имеет место нарушение произвольной регуляции психических процессов и ребенок постоянно нуждается в организующей помощи взрослого.

*Судорожный синдром и острая сенсомоторная афазия и алалия (синдром Ландау*— *Клеффнера).*Синдром впервые описан в 1957 году. Он характеризуется сочетанием эпилепсии с острой сенсомоторной афазией или с алалией.

При афазии заболевание возникает остро, без видимой причины и проявляется в утрате возможности понимать обращенную речь и говорить. Судорожные приступы в, одних случаях предшествуют афазии, в других — возникают через определенный срок после потери речи. Они могут также проявляться атипично, и их эпилептическая структура может быть определена лишь с помощью ЭЭГ. Речевой дефект отличается стойкостью и сочетается со специфическими трудностями обучения, нарушениями поведения и интеллектуальной деятельности. Кроме того, у детей часто проявляются двигательная расторможенность, аффективная возбудимость, расстройства внимания и речевой негативизм.

При алалии с первых лет жизни выявляется стойкое системное недоразвитие речи, сочетающееся с нарушениями поведения и умственной работоспособности. Речевой дефект сопровождается судорожными приступами, которые характеризуются большим полиморфизмом.

Диагностика синдрома всегда основывается на данных ЭЭГ-обследования.

Ранняя диагностика данного синдрома имеет важное значение для эффективной реабилитации этих детей.

Синдром Ландау — Клеффнера следует отличать от глухоты, раннего детского аутизма, деменции.

**СЕНСОРНЫЕ И ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ**

Недоразвитие органов слуха или зрения лишает ребенка одного из важных источников информации, что обуславливает его отставание в психическом развитии. Степень выраженности отставания в значительной степени зависит от тяжести и времени возникновения сенсорных дефектов, а также от начала специальной коррекционной работы.

Основной причиной, обуславливающей отставание в умственном развитии ребенка с *аномалиями слуха,*является нарушенное развитие речи. Характер отставания в развитии речи непосредственно зависит от степени снижения слуха и времени возникновения слухового дефекта. При отсутствии ранней коррекционной работы недоразвитие речи сочетается с недостаточностью абстрактно-логического мышления. Это определяет специфику вторичной задержки психического развития этих детей.

Что касается умственного развития детей с нарушениями слуха, то среди них есть дети с нормальным интеллектом, с вторичной задержкой психического развития и дети с умственной отсталостью. Такое неравномерное развитие интеллекта обусловлено не только степенью тяжести слухового дефекта и временем начала коррекционной работы, но и причинами поражения слуха. При некоторых наследственных формах дефекты слуха могут иметь парциальный характер, т. е. не сочетаться с другими первичными отклонениями в нервно-психической сфере ребенка. В этих случаях при ранней коррекционной работе умственное развитие ребенка может быть нормальным. Вместе с тем имеются синдромальные наследственные аномалии слуха, сочетающиеся с дефектами зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и другими нервно-психическими и соматическими нарушениями. Дефекты слуха, возникшие у детей в связи с родовой травмой, гемолитической болезнью новорожденных, менингоэнцефалитом и другими поражениями центральной нервной системы, обычно сочетаются с различными неврологическими и психопатологическими синдромами, диапазон проявления которых достаточно широк — от нарушений умственной работоспособности различной степени выраженности при нормальном интеллекте до умственной отсталости, нередко в сочетании с двигательным и другими расстройствами. Социальная адаптация детей с нарушениями слуха часто осложняется эмоциональными и поведенческими расстройствами, которые формируются как вторичные за счет сенсорной и социальной депривации, возникающей в неадекватных условиях воспитания ребенка как в детском учреждении, так и в семье. Кроме того, поведенческие и эмоциональные нарушения могут быть обусловлены и органическим поражением центральной нервной системы.

Особенно неблагоприятное влияние на психическое развитие ребенка оказывают прогрессирующие дефекты слуха.

Степень выраженности отставания в психическом развитии у слепых и слабовидящих детей зависит от причин, тяжести и времени возникновения *нарушений зрения,*а также от своевременного начала коррекционной работы. Особенностями умственного развития слепых и слабовидящих детей являются слабость абстрактного мышления, ограниченность знаний и представлений об окружающем с преобладанием общих, неконкретных знаний; при достаточном формальном словарном запасе нередко наблюдается неточная предметная соотнесенность слов. Дефекты зрения часто тормозят развитие двигательных навыков и умений и определяют малую моторную активность ребенка, общую медлительность. На этом фоне у детей нередко возникают двигательные стереотипно-однообразные движения в виде потряхивания рук перед глазами, похлопывания и др.

Для детей с дефектами зрения характерны также медлительность, малая психическая активность, повышенная истощаемость. Эти нарушения явно выражены у детей с органическими поражениями центральной нервной системы.

Психическое развитие детей, страдающих *церебральными параличами,*имеет типичные особенности. Оно не только замедлено, но и нарушено. Особенно характерна непропорциональность в развитии высших психических функций, а также мышления. При некоторых формах заболевания отмечается несоответствие между удовлетворительным общим уровнем развития абстрактного мышления и недостаточностью пространственных представлений, что в дальнейшем обуславливает специфические трудности в усвоении ребенком счетных операций.

При детском церебральном параличе имеют место нарушения речи, внимания, памяти, умственной работоспособности, а также эмоционально-поведенческие и личностные расстройства. Уровень интеллектуального развития широко варьируется — от нормального интеллекта до различных по структуре и степени выраженности форм олигофрении.

У большинства детей с церебральным параличом имеет место специфическая задержка психического развития.

**НАРУШЕНИЯ ОБЩЕНИЯ**

*Ранний детский аутизм (РДА)*представляет собой особый вариант аномального развития, который чаще всего проявляется в первые 2—3 года жизни ребенка. Основным его признаком является нарушение контакта ребенка с окружающим миром и прежде всего с людьми. Ребенок с аутизмом погружен в мир собственных переживаний, отгорожен от внешнего мира. Он замкнут и избегает общения с детьми, не смотрит в глаза окружающих, отстраняется от телесного контакта и ласки близких. Он как бы не замечает других людей; предоставленный сам себе, может однообразно потряхивать руками, подпрыгивать на месте или бегать на пальцах по кругу, нашептывать, выкрикивать отдельные слова или звукосочетания и т. п.

Для этих детей характерна однообразная, как бы нецеленаправленная двигательная активность, которая проявляется в прыжках, хлопках, беге на цыпочках, своеобразных движениях пальцев рук около наружных углов глаз и других. Их двигательное беспокойство чередуется с периодами заторможенности, застываний в одной позе. Для детей с аутизмом характерны своеобразные страхи.

Несмотря на то что детский аутизм был описан Л. Каннером почти полвека назад (1943), многие аспекты этого заболевания до сих пор остаются невыясненными. В настоящее время РДА изучается во всем мире на основе комплексного междисциплинарного подхода с учетом современных достижений нейрофизиологии, психологии, фармакологии, генетики, психиатрии и неврологии. Большое внимание уделяется ранней диагностике аутизма. Основу диагностики этого своеобразного отклонения в развитии составляют следующие группы основных признаков: нарушение контактов с окружающими, специфические речевые и эмоциональные отклонения, общие специфические отклонения в психомоторном развитии. Характерной особенностью развития ребенка при аутизме является неравномерность развития в целом, а также отдельных психомоторных функций.

Одним из первых признаков аутизма является отсутствие зрительного контакта, «толчкообразный» взгляд, преобладание периферического зрения над центральным при сохранности зрительной функции как таковой. Отмечаются также особенности и слухового восприятия: малыш не реагирует на речевое общение с ним, хотя слух его является нормальным.

Кроме того, на первом году жизни обращают на себя внимание нарушения жизненно важных функций при отсутствии явных соматических и неврологических расстройств. Так, уже с первых месяцев жизни может возникнуть проблема с кормлением за счет недостаточной координации сосательных и глотательных движений, очень рано ребенок начинает отказываться от груди, в дальнейшем он плохо жует, долго держит пищу во рту, крайне избирателен в еде, отказывается от всех новых видов пищи; у него также выражены нарушения сна, с большим трудом формируются навыки опрятности. Но больше всего у него нарушено эмоционально-личностное развитие. Важным критерием ранней диагностики аутизма является нарушение довербального коммуникативного поведения.

Умственные способности детей, страдающих аутизмом, могут быть различными. В одних случаях интеллект сохранен, но развит негармонично, в других — отмечается умственная отсталость, и, наконец, среди таких детей встречаются одаренные. Однако во всех случаях, как это уже подчеркивалось выше, имеет место своеобразная неравномерность их психомоторного развития.

Аутизм возникает под влиянием различных причин. Но во всех случаях ведущее значение имеет наследственная предрасположенность к подобной своеобразной форме аномального развития. Аутизм наблюдается во всех социальных классах и этнических группах. Его средняя частота 1:10 000 с явным преобладанием лиц мужского пола (4 мальчика и 1 девочка).

При воспитании детей с аутизмом родители должны быть психотерапевтами, действующими совместно с педагогом, психологом и врачом.

Отдельные проявления аутизма могут наблюдаться у различных категорий детей с отклонениями в развитии. Например, возможно сочетание аутизма с болезнью Дауна, фенилкетонурией и другими формами умственной отсталости. Особый интерес в этом плане представляет наличие аутистических форм поведения при так называемой Х-сцепленной умственной отсталости и в первую очередь при *синдроме ломкой Х-хромосомы.*

Интенсивные исследования, проводимые в последние годы во многих странах, показали высокую частоту этого заболевания, сопоставимую лишь с частотой болезни Дауна — самой распространенной формой умственной отсталости. По данным зарубежных авторов, его частота среди умственно отсталых мальчиков составляет 1,9—5,9%. В среднем в общей популяции частота этого заболевания составляет 1:1350 среди мальчиков и 1:2033 среди девочек, или 1:1634 среди детей обоего пола.

Раннее выявление детей с ломкой Х-хромосомой имеет важное значение для своевременной психолого-педагогической коррекционной работы и лечения. В связи с этим специалистам и родителям важно знать ранние признаки этого заболевания.

Характерными признаками данного заболевания являются нормальные или превышающие норму вес и длина при рождении в сочетании с некоторым увеличением окружности головы; обычно это блондины со светлыми глазами. У них удлиненное лицо, высокий лоб, уплощенная средняя часть лица и некоторое увеличение нижней челюсти (см. рис. 21). Отмечается повышенная частота подслизистых расщелин нёба или язычка. Обращают на себя внимание большие оттопыренные уши, деформации зубов, несколько увеличенные кисти рук, повышенная подвижность суставов и растяжимость кожи. У некоторых мальчиков уже при рождении можно отметить увеличение размеров яичек при нормально развитом половом члене.

  
Рис. 21. Внешний вид детей с синдромом ломкой Х-хромосомой

Ранняя диагностика этой формы умственной отсталости имеет важное значение для своевременного проведения лечебно-коррекционных мероприятий и для медико-генетического консультирования семьи, что позволяет предупредить дальнейшее рождение детей с данным заболеванием. Однако отсутствие выраженных врожденных пороков развития при этом синдроме затрудняет его раннюю диагностику. Поэтому для диагностики заболевания большое значение имеет раннее выявление специфических отклонений в физическом, психомоторном и речевом развитии.

При этом к характерным признакам относятся следующие.

1. Тенденция к более интенсивному внутриутробному росту плода и ускоренному физическому развитию в первые годы жизни в сочетании с выраженным отставанием в моторном, умственном и речевом развитии.

2. Среди отставаний в развитии различных моторных навыков особенно обращает на себя внимание нерезко выраженная задержка в развитии сидения и самостоятельной ходьбы.

3. Одним из наиболее характерных признаков является отставание в развитии речи. Часто это первая жалоба, с которой родители обращаются к врачу. Первые слова у этих детей появляются в среднем к 2—2,5 годам, фразовая речь формируется после 3,5 лет. На протяжении всего дошкольного периода обращает на себя внимание выраженное нарушение звукопроизношения. Кроме того, у некоторых детей отмечаются грубый голос, тенденция к повторению отдельных звуков, слогов, слов; иногда имеют место признаки своеобразного заикания.

4. Интеллектуальная недостаточность различной степени выраженности сочетается с нарушениями внимания, памяти, поведения. Кроме того, у детей даже при нерезко выраженной интеллектуальной недостаточности с большим трудом формируется право-левая ориентация, задержано развитие пространственных представлений, конструктивной деятельности. В дальнейшем эти дети с трудом овладевают навыками счета и письма.

5. Для детей типичны нарушения поведения в виде двигательной расторможенности, импульсивности. Кроме того, их поведение иногда напоминает аутистическое: они, как и дети с РДА, избегают глазного контакта, производят различные стереотипные движения руками в виде потряхиваний, похлопываний, испытывают  
страхи и т. п. Однако структура их эмоциональной сферы качественно иная, чем у детей с аутизмом. Дифференциальный диагноз этих заболеваний осуществляется детским психиатром.

**Комплексная методика наблюдения и обследования развития ребенка первого года жизни по линиям развития и критерии его оценки**

Методология психолого-педагогического обследования основывается на целостности и конкретности педагогической диагностики. Обязательно на первом этапе оценивается уровень психического развития, определяется зона ближайшего развития (Л.С. Выготский), оценивается возможность усвоения задач и способов действий – обучаемости. Комплексная методика психолого-педагогической диагностики включает наблюдение за поведением ребенка, коммуникативным поведением, игрой, адекватностью реакций на поощрение и замечания взрослого в процессе работы и др. Однако, для оценки уровня познавательного развития целесообразно использовать разнообразные адаптированные психометрические тесты, задания и др.

В процессе наблюдения и обследования за задачами качества психофизического развития по линиям развития (см. таблица 1) используются основные методы педагогической диагностики, которые выявляют реальные достижения ребенка, сложившиеся в процессе воспитания, а именно метод педагогической оценки уровня психического развития. Он включает метод педагогического анализа (разработан Е. Хейссерманом) самого процесса выполнения задачи и выяснения причин успеха или неудачи при диагностировании детей с отклонениями в развитии. При этом следует иметь в виду, что в случаях серьезных недостатков в развитии необходимо применить и метод психолого-педагогического эксперимента (констатирующий и обучающий эксперименты) и другие методы: изучение анамнеза развития ребенка, клиническое, нейрофизиологическое, патопсихологическое изучения ребенка и др.

Основными параметрами оценки деятельности детей первого года жизни по линиям развития считаются:

- контактность, принятие и понимание задания;

- способы выполнения задания;

- способность к подражанию, обучение в процессе обследования;

- отношение к результату своей деятельности.

*Контактность, принятие и понимание задачи* предусматривает согласие ребенка выполнять предложенное задание, взаимопонимание и взаимодействие со взрослым, что является основным условием выполнения задания и психолого-педагогического эксперимента. При этом ребенок проявляет интерес к задачам и к общению со взрослым.

*Способы выполнения задания*. При наблюдении и обследовании детей первого года жизни начинается самостоятельное выполнение задания; выполнения задачи с помощью взрослого (возможно диагностическое обучение); самостоятельное выполнение задания после учебы.

При обследовании могут наблюдаться такие способы деятельности, определенные Н. Серебряковой:

1 уровень - силовым способом;

2 - способ хаотических действий, метод удачной попытки, случайный успех, который пытается повторить;

3 - поисковые действия, метод проб и ошибок, пока не достигнет результата;

4 - метод практической примерки и зрительного ориентирования (перцептивные способы), свидетельствующие об оперировании не реальными предметами, а их образами, предвидя переход от наглядно-действенного к наглядно-образному мышлению.

Под адекватными действиями понимают: соответствие действий ребенка цели данной задачи, характера дидактического материала и требованиям инструкции взрослого. Примитивными считаются силовые или хаотические действия без учета свойств предметов и инструкций. Неадекватные действия при выполнении задания свидетельствуют о нарушении развития ребенка.

Способность к обучению в процессе обследования выявляется только в пределах тех задач, которые рекомендуются для детей данного возраста. Допустимыми являются следующие виды помощи: выполнение действий по подражанию; выполнение задания по подражанию с использованием указательных жестов; выполнение задач за демонстрацией с использованием голосовой инструкции.

Ребенок может освоить способ выполнения того или иного задания на уровне элементарного подражания взрослому, действуя с ним одновременно. Но важно придерживаться следующих условий:

- количество показов выполнение задачи не должно превышать трех раз;

- речь взрослого служит показателем достижения цели данной задачи и оценки результативности действий ребенка;

- обучение, т.е. переход ребенка от неадекватных действий к адекватным, свидетельствует о сохранности интеллектуальных способностей, ее потенциальные возможности познавательного развития; отсутствие результата в отдельных случаях может быть связана с нарушениями интеллекта, эмоционально-волевой сферы.

*Отношение к результату своей деятельности*. Заинтересованность в собственной деятельности и интерес к конечному результату характерны для детей, которые нормально развиваются; безразличное отношение к тому, что ребенок делает, и к полученному результату характерны для ребенка с нарушениями интеллекта.

*Количественная оценка*. Все указанные выше параметры нашли отражение в балльной оценке линий развития ребенка. При анализе результатов наблюдения за линиями развития основное внимание уделяется оценке возможностей ребенка в плане отношения к помощи, восприятие помощи, т.е. его обучаемость.

Количественная оценка выполнения задач по линиям развития в баллах производится следующим образом:

0 баллов - ставится в тех случаях, когда ребенок не взаимодействует со взрослым, ведет себя неадекватно по отношению к заданию и не понимает его цели.

0,25 балла - ставится в тех случаях, если ребенок воспринимает задачи, начинает сотрудничать со взрослым, стремится достичь цели, но самостоятельно выполнить задание не может, в процессе диагностического обучения действует адекватно, но после обучения не переходит к самостоятельному выполнению задачи.

0,5 балла - ребенок получает, если взаимодействует со взрослым, принимает задание, понимает его цели, но самостоятельно задачу не выполняет; в процессе диагностического обучения действует адекватно, а затем переходит к самостоятельному способу выполнения задания.

1 балл - ребенок получает в том случае, если сразу начинает взаимодействовать со взрослым, принимает и понимает задание и самостоятельно находит способ его выполнения.

Суммарное количество баллов, полученных при наблюдении и выполнении восьми задач, является показателем физического, психического и познавательного развития, который сравнивается с нормальным для данного возраста развитием детей.

Важно отметить, что в случаях выявления отставания в развитии ребенок должен быть обследован психоневрологом или невропатологом.

Таблица 1.

Комплекс методик для наблюдения и обследования и определения качества физического и психического развития ребенка первого года жизни

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Линии развития | Задачи | Срок  проведения |
| 1. | Физическое развитие | Наблюдения и задачи соответствия физического развития ребенка общепринятым показателям.  Задача для обследования: № 1, 2, 3, 4, 7, 8. | В течение года. |
|  | общая моторика | Наблюдение за движениями тела и его частей в обыденной жизни. |  |
|  | мелкая моторика | Наблюдение за движениями рук, правой руки, кисти рук в обыденной жизни. |  |
|  | артикуляция | Наблюдение за природными движениями артикуляционного аппарата в обыденной жизни. |  |
| 2. | Эмоционально-социальное развитие | Наблюдение с целью выявления контакта, реакции на взгляд и голос взрослого, активность, эмоции, участие в игре, понимание запрета и их становления.  Задача для обследования: № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. | В течение года. |
| 3. | Познавательное развитие | Наблюдение с целью выявления качества режима дня, особенностей восприятия, внимания, характера деятельности во время бодрствования.  Задача для обследования: № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. | В течение года. |
|  | сон и бодрость | Наблюдение за сном ребенка, качество и продолжительность сна, активность в часы бодрствования в повседневной жизни. |  |
|  | тактильно-зрительные реакции | Наблюдение за характером деятельности во время бодрствования: фиксирует взгляд на предметах, лице взрослого, захватывает игрушки, предметы, удерживает и действует с ними. |  |
| 4. | Развитие речи | Наблюдение с целью выявления реакции на звуки окружающего, голос взрослого, имя, инструкции. Произнесения звуков, слов.  Задача для обследования: № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. | В течение года. |
|  | слуховые ориентировочные реакции | Наблюдать за способностью воспринимать отдельные инструкции и исполнять их, понимать названия отдельных предметов или игрушек в обыденной жизни. |  |
|  | активное вещание | Наблюдать за криком в различных ситуациях, гуления, лепетом, повторением слогов и слов, употреблением слов в повседневной жизни. |  |
| 5. | Экологическое развитие | Наблюдение с целью выявления реакции на явления, предметы окружения и деятельности с ними в повседневной жизни.  Задача для обследования: № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. | В течение года. |
| 6. | Художественно-эстетическое развитие | Наблюдение с целью выявления реакции на качества предметов (цвет, форму, фактуру и др.), музыку и варианты деятельности с ними в повседневной жизни.  Задача для обследования: № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. | В течение года. |

**Комплекс методик для наблюдения и определения качества физического и психического развития ребенка первого года жизни**

Результаты наблюдения психологов, педагогов и родителей, а так же их педагогическая оценка проявлений ребенка заносятся в "Дневник психолого-педагогического наблюдения и обследования психофизического развития детей раннего возраста".

**1. Комплекс методик для наблюдения и текущего контроля за физическим развитием ребенка первого года жизни**

***1.1. Общее моторное развитие***

**Методика № 1**

Цель: выяснить развитие движений рук ребенка (параметры изучения 1, 2, 8, 19)

Инструкция для выполнения: ребенка укладывают в кроватке на спину, обращают внимание на произвольные движения малыша. Можно активизировать движения рук ребенка собственными движениями. После чего продолжить наблюдения.

Методический комментарий: выполнение упражнения ребенком фиксируется в таблице.

Выполнил ребенок упражнение самостоятельно - 1 балл.

Выполнил ребенок упражнение самостоятельно после стимуляции - 0,5 балла.

Выполнил ребенок упражнение самостоятельно в неполном объеме - 0,25 балла.

Не выполнил ребенок упражнение самостоятельно - 0.

**Методика № 2**

Цель: выяснить способность ребенка держать голову (параметры изучения 3, 4, 5, 6, 7, 11)

Инструкция для выполнения: 1.Ребенка укладывают на живот на твердую плоскую поверхность, ее руки согнуты в локтях и находятся под грудью (параметры 4, 5).

2. Ребенка поднимают на руки и поддерживают под спинку (параметры 3, 6, 7, 11)

Методический комментарий: выполнение упражнения ребенком фиксируется в таблице.

Ребенок, находясь в вертикальном положении на руках у взрослого:

Держит голову больше 10 сек. - 1 балл.

Поднимает головку после стимуляции на 5-10 сек. - 0,5 балла.

Выполнил ребенок упражнение самостоятельно не в полном объеме - 0,25 балла.

Ребенок не пытается самостоятельно поднять голову - 0.

**Методика № 3**

Цель: выяснить умение ребенка подниматься на локтях (параметры 9, 13)

Инструкция для выполнения: ребенка выкладывают на живот на твердую плоскую поверхность, ее ручки согнуты в локтях и находятся под грудью. Перед глазами ребенка снизу вверх перемещают звенящую игрушку (колокольчик ), провоцируя подъем ребенка на локтях.

Методический комментарий: выполнение упражнения ребенком фиксируется в таблице.

Поднимается и держится более 30 сек. - 1 балл.

Поднимается после стимуляции - 0,5

Держится кратковременно - 0,25

Неудачные кратковременные попытки - 0

**Методика № 4**

Цель: выяснить умение ребенка двигать ногами, лежа на спине (параметр 10)

Инструкция для выполнения: ребенка укладывают на спину на твердую поверхность. Перед глазами ребенка снизу вверх перемещают звенящую игрушку ( погремушка ), провоцируя его к активным движениям.

Методический комментарий: выполнение упражнения ребенком фиксируется в таблице.

Реагирует движениями ног, поднимая их вверх - 1 балл

Двигает ногами после стимуляции - 0,5 балла.

Кратковременны, единичные движения ногами - 0, 25 балла.

Не реагирует и не двигает ногами - 0балив.

**Методика № 5**

Цель: выяснить умение ребенка переворачиваться со спины на бок (параметры 12, 16)

Инструкция для выполнения: ребенка выкладывают на спину на твердую поверхность. Сбоку от ребенка перемещают звенящую игрушку (погремушку). Если ребенок не может перевернуться, взрослый берет ее за левую ручку и левую ножку и переворачивает в правую сторону и наоборот.

Методический комментарий: выполнение упражнения ребенком фиксируется в таблице.

Ребенок медленно переворачивается на звон игрушки - 1 балл.

Переворачивается после стимуляции - 0,5 балла.

Делает попытки перевернуться - 0,25 балла.

Не переворачивается - 0.

**Методика № 6**

Цель: выяснить умение ребенка сидеть (параметры 14, 15, 17, 18, 21, 22)

Инструкция для исполнения: лежащего на спине ребенка подтягивают за руки, пытаясь посадить.

Методический комментарий: выполнение упражнения ребенком фиксируется в таблице.

Удается добиться сидячей позы с поддержкой в течение 10 сек. - 1 балл.

Ребенок напрягает мышцы, удерживает голову, пытается опереться на руки взрослого, однако не может сохранить положения сидя и заваливается в сторону - 0,5 балла.

Сохраняет сидячее положение при поддержке взрослого - 0,25 балла.

Мышцы тела остаются расслабленными, головка откинута назад - 0.

**Методика № 7**

Цель: выяснить умения ребенка ползать (параметры 20, 23)

Инструкция для выполнения: наблюдая за поведением ребенка в манеже или на полу, оценивают умение ребенка ползать, обращая ее внимание на яркую игрушку. При затруднении взрослый подставляет под ступни свои ладони.

Методический комментарий: умение ребенка ползать фиксируется в таблице.

Может проползти, опираясь на колени и руки, не менее 50см. - 1 балл.

Начинает ползти после подталкивания - 0,5 балла.

Ползет с помощью взрослого - 0,25 балла.

Не ползет, а только поднимает голову и пытается встать на четвереньки - 0.

**Методика № 8**

Цель: выяснить умение ребенка ходить с поддержкой и самостоятельно (параметры 24, 25, 26)

Инструкция для выполнения: ребенка ставят на ровную твердую поверхность, придерживая за пальцы рук так, чтобы помочь ей сохранять равновесие. Следует слегка потянуть ребенка за руки вперед.

Методический комментарий: умение ребенка ходить фиксируется в таблице.

Уверенно шагает, с придерживаннием взрослого - 1 балл.

Движения неуверенные - 0,5 балла.

Легко теряет равновесие - 0,25 балла.

Не оказывает шаговых движений - 0.

**Методика № 9**

Цель: выяснить умение ребенка самостоятельно приседать (параметр 27).

Инструкция для выполнения: ребенок лежит на спине на ровной твердой поверхности. Слегка потянув ребенка за руки, следует слегка поднять ее туловище над поверхностью, зафиксировать руки в таком положении и не пытаться больше помочь ребенку.

Методический комментарий: умение ребенка приседать фиксируется в таблице.

Подтягиваясь за руки взрослого, ребенок самостоятельно приседает -1 балл.

В результате усилий туловище ребенка подается вперед, однако она еще не может принять устойчивое сидячее положение - 0,5 балла.

Мышцы туловища напрягаются, ребенок совершает очевидные попытки сесть, но корпус ее остается неподвижным - 0,25 балла.

Ребенок зависает в таком положении, откинувшись назад - 0.

***1.2. Развитие мелкой моторики***

**Методика № 1**

Цель: выяснить умение ребенка держать ручки в кулачках на уровне груди (параметры 1, 4)

Инструкция для выполнения: внимание лежащего на спине ребенка привлекается яркой звенящей игрушкой ( погремушка ). Провоцирующими действиями, взрослый касается игрушкой в руки ребенка, пытаясь вызвать реакцию.

Методический комментарий: умение ребенка фиксируется в таблице.

Протягивает руку к игрушке - 1 балл.

Возникают целеустремленные движения руками - 0,5 балла.

Удается добиться увеличения активности - 0,25 балла.

Руки ребенка остаются неподвижными - 0.

**Методика № 2**

Цель: выяснить умение ребенка прикасаться к объекту. Реакция вызывается аналогично предыдущей (параметры 2, 3)

Методический комментарий: умение ребенка фиксируется в таблице

"Установление контакта с ребенком"

**Методика № 3**

Цель: выяснить умение ребенка захватить игрушку. Реакция вызывается аналогично 1.3. (параметры 5, 6, 7, 8, 12)

Методический комментарий: умение ребенка держать игрушки фиксируется в таблице.

Захватывает игрушку точным движением руки, берет ее ладонью - 1 балл.

Захватывает игрушку после нескольких движений рукой - 0,5 балла.

Протягивает ручку к игрушке - 0,25 балла.

У ребенка не возникает реакции ручек в направлении к игрушке - 0.

**Методика № 4**

Цель: выяснить умение ребенка владеть ведущей рукой (параметр 10)

Инструкция к выполнению: 1.Ребенок лежит на спинке на твердой ровной поверхности. Внимание ребенка привлекают новой яркой погремушкой, которая прикасается к обеих рукам ребенка. 2. Перед ребенком кладут разные яркие игрушки и фиксируют, какой рукой ребенок будет к ним тянуться. Если ребенок не проявляет интереса к работе, нужно вложить ему игрушку сначала в одну руку, затем в другую и зафиксировать, какой рукой действия ребенка медленнее.

Методический комментарий: умение ребенка держать игрушки фиксируется в таблице.

Малыш обладает правой или левой рукой и удерживает игрушку более 15сек. - Активизируется только одна рука ребенка - 1 балл.

В начале возникает движение в обеих руках, но потом к игрушке направляется лишь одна из них - 0,5 балла.

Хватает игрушки двумя руками - 0,25 балла.

Пытается взять игрушку двумя руками, но она выпадает - 0.

**Методика № 5**

Цель: выяснить умение ребенка обладать умением брать в руку мелкие предметы (параметры 11, 13)

Инструкция к выполнению: перед ребенком на столе кладут яркое мелкое ожерелье или в мисочке крупную фасоль. Ребенок вытягивает руку, чтобы взять себе такие яркие предметы.

Методический комментарий: умение ребенка захватывать мелкие предметы фиксируется в таблице.

Берет пальчиками - 1 балл.

Берет пальчиками после стимуляции - 0,5 балла.

Загребает ладонью - 0,25 балла.

Не тянет руку - 0.

**Методика № 6**

Цель: выяснить наличие манипуляционных умений с игрушками (параметры 9, 14, 15)

Инструкция к выполнению: перед ребенком кладут погремушку, машинку, банку с крышкой. Взрослый показывает, что можно с ними делать.

Методический комментарий: умение ребенка манипулировать с игрушками фиксируется в таблице.

Ребенок самостоятельно манипулирует с игрушками: трясет, стучит, колышет - 1 балл.

Ребенок манипулирует после стимуляции - 0,5 балла.

С интересом касается игрушек - 0,25 балла.

Не проявляет интереса к игре - 0.

**Методика № 7**

Цель: выяснить умение ребенка работать с книгой (параметр 16)

Инструкция к выполнению: перед ребенком кладут книгу с яркими страницами. Взрослый показывает, как можно листать страницы.

Методический комментарий: умение ребенка перелистывать страницы книжки фиксируется в таблице.

С интересом листает страницы сразу по 2-3, если страницы тонкие, и по одной, если страницы толстые - 1 балл.

Перелистывает страницы после стимуляции - 0,5% балла.

Трясет книгой и стучит по ней - 0,25 балла.

Не реагирует на задание - 0.

**Методика № 8**

Цель: выяснить умение ребенка держать в руке карандаш (параметр 17)

Инструкция к выполнению: перед ребенком кладут карандаш и чистый лист. Если ребенок не поняла задачу, цвета дают в руки ребенку. Фиксируется, сможет ли ребенок рисовать карандашом.

Методический комментарий: умение ребенка удерживать карандаш и рисовать фиксируется в таблице.

Ребенок держит карандаш и пытается рисовать - 1 балл.

Ребенок рисует после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок берет карандаш, но он все время выпадает из рук - 0,25 балла.

Ребенок внимательно смотрит, как взрослый рисует карандашом - 0.

***1.3. Развитие артикуляционной моторики***

**Методика № 1**

Цель: выяснить умение ребенка смыкать губы (вариант 1)

Инструкция к выполнению: Во время кормления следить, чтобы ребенок плотно захватывал сосок матери или соску губами и молоко не выливалось.

Методический комментарий: Умение ребенка сжимать губы во время сосания фиксируется в таблице.

Плотно захватывает губами сосок - 1 балл.

Плотно захватывает после стимуляции - 0,5 балла.

Молоко подтекает с одной стороны, ребенок может похлебнуться - 0,25 балла.

Ребенок не может сосать - 0.

**Методика № 2**

Цель: выяснить положение языка ребенка (параметры 2, 4)

Инструкция к выполнению: ребенок лежит на твердой ровной поверхности. Взрослый следит за положением языка во рту во время сосания, во время крика, во время разговора с ребенком.

Методический комментарий: форма и положение языка фиксируется в таблице.

Кончик языка имеет четкие контуры и лежит посередине рта - 1 балл.

Язык лежит посередине рта, но кончик не дрожит только после того, как по нему похлопали ложечкой - 0,5 балла.

Кончик языка напряженный и отклоняется вправо или влево, нужна длительная стимуляция - 0,25 балла.

Язык вялый, кончик языка не выражен, дрожит, все рефлексы быстро истощаются - 0.

**Методика № 3**

Цель: выяснить активность мимических мышц ребенка (параметры 3, 5, 6, 11)

Инструкция к выполнению: взрослый наклоняется над ребенком и начинает с ним разговаривать, поглаживать кусочками мягкой ткани лица, дотрагивается к нему.

Методический комментарий: мимические реакции малыша фиксируется в таблице.

Ребенок проявляет резкое оживление мимики - 1 балл.

Ребенок проявляет мимическую активность после стимуляции - 0,5 балла.

Слабая мимическая активность, изо рта течет слюна - 0,25 балла.

Ребенок не реагирует даже на тактильные стимулы - 0.

**Методика № 4**

Цель: выяснить умение ребенка самостоятельно есть (параметры 7, 8, 10, 14)

Инструкция к выполнению: 1.Взрослый касается губ малыша маленькой ложечкой с пищей. Можно немного постучать ложечкой по верхней и нижней губе, если ребенок не поймет, что делать (параметры 7,8) 2. Взрослый дает ребенку корку хлеба (параметры 10, 14)

Методический комментарий: умение самостоятельно кушать и работа жевательных мышц фиксируется в таблице.

Ребенок активно делает жевательные движения - 1 балл.

Ребенок жует после стимуляции - 0,5 балла.

Жует, но пища выпадает изо рта - 0,25 балла.

Не жует - 0.

**Методика № 5**

Цель: выяснить умение ребенка самостоятельно пить из чашки (параметры 9, 12)

Инструкция к выполнению: ребеноку подносят чашечку с водой и, поддерживая руками, прижимают ее к нижней губы. Если глотание не получается, можно прижать чашечку до языка, или капнуть из пипетки капельку водички на язык.

Методический комментарий: умение самостоятельно пить и делать глотательные движения фиксируется в таблице.

Самостоятельно пьет из чашки с поддержкой и без поддержки взрослого - 1 балл.

Пьет из чашки после стимуляции - 0,5 балла.

Пытается пить, но водичка выливается изо рта - 0,25 балла.

Не может сделать глотательные движения из чашки - 0.

**II. Комплекс методик для наблюдения и текущего контроля за эмоционально-социальным развитием ребенка первого года жизни**

**Методика № 1**

Цель: выяснить умение ребенка вступать в контакт со взрослым (параметр 1)

Инструкция к выполнению: сытый и сухой ребенок лежит в своей постели. Мать наклоняется над ней и тихонько что-то рассказывает. Ребенок останавливает на ней свой взгляд, появляется реакция сосредоточения и первая улыбка.

Методический комментарий: умение ребенка вступать в контакт со взрослым фиксируется в таблице.

В ответ на ласковый голос появляется сосредоточения и первая улыбка - 1 балл.

Первая улыбка появляется после стимуляции - 0,5 балла.

Появляется только попытка улыбнуться - 0,25 балла.

При общении со взрослым не появляется соответствующая улыбка - 0.

**Методика № 2**

Цель: выяснить присутствие положительного эмоционального фона у ребенка (параметр 2)

Инструкция к выполнению: сытый и сухой ребенок, находящийся в состоянии биологического комфорта, имеет положительный эмоциональный фон настроения.

Методический комментарий: наличие положительного эмоционального фона ребенка фиксируется в таблице.

Ребенок имеет интонационную выразительность голосовых реакций, радостно оживляется на ласковый голос матери, сопровождающейся улыбкой, широким открытием и блеском глаз - 1 балл.

Появление улыбки после длительной стимуляции - 0,5 балла.

Кратковременные позитивные проявления - 0,25 балла.

Устойчивое преобладание отрицательных эмоций над положительными - 0 балла.

**Методика № 3**

Цель: выяснить умение ребенка активизироваться во время купания (параметры 3, 10, 13)

Инструкция к выполнению: ребенка кладут в ванночку с теплой водой, бросают туда яркую игрушку и начинают купать.

Методический комментарий: умение ребенка активизироваться во время купания фиксируется в таблице.

Ребенок бьет ножками по воде, отталкивается в ванне, хлопает рукой по воде, толкает игрушку - 1 балл.

Ребенок делает активные движения в воде после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок спокойно лежит в воде - 0,25 балла.

Ребенок боится воды и плачет - 0 баллов.

**Методика № 4**

Цель: выяснить умение ребенка успокаиваться под воздействием взгляда и голоса матери (параметр 4)

Инструкция к выполнению: сытый и сухой ребенок находится в своей кровати и плачет, мать склоняется над ней и начинает спокойно разговаривать или петь нежную песенку, может показать игрушку, и ребенок успокаивается.

Методический комментарий: умение ребенка успокаиваться под воздействием взгляда и голоса матери фиксируется в таблице.

Ребенок сразу успокаивается под влиянием голоса и взгляда - 1 балл.

Ребенок не сразу успокаивается - 0,5 балла.

Ребенок становится более спокойной, но продолжает плакать - 0.25 балла.

Сытый и сухой ребенок продолжает кричать - 0 балла.

**Методика № 5**

Цель: выяснить умение ребенка играть погремушкой (параметры 5, 12)

Инструкция к выполнению: ребенок находится в своей постели или на руках у матери. Перед ней лежит погремушка, которую ребенок пытается схватить и потрясти.

Методический комментарий: умение ребенка играть погремушкой фиксируется в таблице.

Ребенок активно трясет погремушкой - 1 балл.

Ребенок трясет погремушкой после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок трясет погремушкой, но оно выпадает из рук - 0,25 балла.

Ребенок не пытается играть погремушкой - 0 баллов.

**Методика № 6**

Цель: выяснить умение ребенка разглядывать свою руку при игре (параметр 6)

Инструкция к выполнению: ребенок лежит на ровной поверхности или сидит в манеже и играется игрушкой. Взрослый берет руки ребенка и соединяет их ладонями. Можно надеть на ручку носочки или привязать на пальчик яркую ленту.

Методический комментарий: умение ребенка разглядывать свою руку при игре фиксируется в таблице.

Ребенок с интересом рассматривает свою руку - 1 балл.

Ребенок рассматривает свою руку после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок кратковременно рассматривает свою руку - 0,25 балла.

Ребенок не интересуется своей рукой, а смотрит в другую сторону - 0 баллов.

**Методика № 7**

Цель: выяснить умение ребенка напрягать свое тельце, когда ее пытаются поднять (параметр 11)

Инструкция к выполнению: ребенок лежит на своем месте, а взрослый подходит и поднимает ее на руки.

Методический комментарий: умение ребенка напрягать свое тельце фиксируется в таблице.

Ребенок напрягает свое тельце, когда видит, что его пытаются поднять - 1 балл.

Ребенка напрягает свое тельце, когда видит, что ее пытаются поднять после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок не сразу понимает, что с ней пытаются сделать - 0,25 балла.

Тело ребенка мягкое и голова не держится - 0 баллов.

**Методика № 8**

Цель: выяснить реакцию ребенка на новое лицо и умение дифференцировать людей на своих и чужих (параметры 14, 17, 26, 29)

Инструкция к исполнению: в комнату заходят знакомые (близкие родственники) и незнакомые люди (гости). Ребенок внимательно их рассматривает и реагирует на своих оживлением, а при появлении чужих возникает реакция страха.

Методический комментарий: реакция ребенка на новое лицо и умение дифференцировать людей на своих и чужих фиксируется в таблице.

Ребенок реагирует на своих оживлением и отличает своих от чужих - 1 балл.

Ребенок реагирует на своих оживлением и отличает своих от чужих после стимуляции - 0,5 балла.

Слабо выражена ориентировочная реакция на новое лицо - 0,25 балла.

Не интересуется окружающими - 0 баллов.

**Методика № 9**

Цель: выяснить способность ребенка к совместной игровой деятельности (параметры 15, 16, 24, 30, 32)

Инструкция к выполнению: взрослый эмоционально играет с ребенком игрушками, сопровождаемый яркими эмоциями ребенка, разными голосовыми реакциями, смехом. Ребенок стучит ножкой и бьет ладонью по столу во время игры, радостно отвергает игрушки, многократно по просьбе взрослых повторяет игру "Ку-ку", "Пока - пока", повторяет все за действиями взрослого т.д.

Методический комментарий: способность ребенка к совместной игровой деятельности фиксируется в таблице.

Ребенок стремится к совместной игровой деятельности и повторяет все за взрослым - 1 балл.

Ребенок общается со взрослым после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок кратковременно играет со взрослым в активные эмоциональные игры и не всегда повторяет действия взрослого - 0,25 балла.

Ребенка не привлекают активные игры - 0 баллов.

**Методика № 10**

Цель: выяснить способность ребенка использовать во время игры листок бумаги или шнурок, чашку или кубик для комбинированной игры (параметры 18, 25, 22).

Инструкция к выполнению: ребенку дают листок бумаги, который она радостно мнет и пытается порвать или взять в рот; дают банка, в которой через дырочку в крышечке надо вытащить шнурок; наматывают шнурок на пальчик, чтобы ребенок его размотала, дают мисочку, в которую надо сложить кубики и т.п. Ребенок с радостью выполняет эти упражнения.

Методический комментарий: способность ребенка использовать во время игры листок бумаги или шнурок и другие предметы фиксируется в таблице.

Ребенок сосредоточенно выполняет все упражнения - 1 балл.

Ребенок выполняет упражнения после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок начинает выполнять упражнения, но быстро отвлекается - 0,25 балла.

Ребенок отталкивает все предметы или не реагирует на них - 0 баллов.

**Методика № 11**

Цель: выяснить интерес ребенка к своему изображению в зеркале (параметры 19, 27)

Инструкция к выполнению: ребенка подносят к зеркалу или ставят на тумбочку перед зеркалом. Ребенок начинает разглядывать в отражение, тянуть к нему ручки и играть с ним.

Методический комментарий: интерес ребенка к своему изображению в зеркале фиксируется в таблице.

Ребенок внимательно рассматривает себя в зеркале, тянет к нему ручки и пытается играть - 1 балл.

Ребенок рассматривает себя в зеркале, тянет к нему ручки и пытается играть после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок рассматривает себя в зеркале, но отворачивается и отвлекается другими раздражителями - 0,25 балла.

Не интересуется окружающим - 0 баллов.

**Методика № 12**

Цель: выяснить старания ребенка привлечь к себе внимание взрослого (параметры 20, 23)

Инструкция к выполнению: взрослый играет с ребенком, но вдруг отходит от нее. Ребенок начинает тянуть к нему руки, пытается привлечь его внимание криками.

Методический комментарий : старания ребенка привлечь к себе внимание взрослого фиксируется в таблице.

Ребенок проявляет активное старания привлечь внимание взрослого - 1 балл.

Ребенок проявляет старания привлечь внимание взрослого после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок проявляет старания привлечь внимание взрослого не эмоционально и не долговременно - 0,25 балла.

Ребенок не проявляет интереса к общению со взрослым - 0 баллов.

**Методика № 13**

Цель: выяснить способность ребенка понимать запрет (параметр 21)

Инструкция к выполнению: когда ребенок собирается бросить книгу или чашку, взрослый говорит: "Не делай этого!". Ребенок слушается.

Методический комментарий: способность ребенка понимать запрет фиксируется в таблице.

Ребенок слушается взрослых - 1 балл.

Ребенок начинает понимать запрет после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок не всегда слушается взрослых - 0,25 балла.

Ребенок не реагирует на взрослых - 0 баллов.

**Методика № 14**

Цель: выяснить умение ребенка держать чашку при поении (параметр 31)

Инструкция к выполнению: ребенку дают чашку - непроливайку с соком или водичкой.

Методический комментарий: умение ребенка держать чашку при поении фиксируется в таблице.

Ребенок самостоятельно держит чашку - 1 балл.

Ребенок держит чашку после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок держит чашку с помощью взрослого - 0,25 балла.

Ребенок не держит чашку и выпускает ее из рук - 0 баллов.

**III. Комплекс методик для наблюдения и текущего контроля за познавательным развитием ребенка первого года жизни**

***3.1. Соотношение сна и бодрствования***

**Методика № 1**

Цель: выяснить отношение сна к активной деятельности ребенка (параметры 1,2)

Инструкция к выполнению: зафиксировать, сколько ребенок спит, когда он сухой и накормлен, и какое время ребенок может играть.

Методический комментарий: соотношение сна и активной деятельности фиксируется в таблице.

Сытый и сухой ребенок засыпает не сразу, а что-то рассматривает, прислушивается - 1 балл.

Активная бодрость кратковременная (редко в состоянии бодрости ищет предметы для рассматривания), или спокойная бодрость вместо активной - 0,5 балла.

Нечеткий ритм сна и бодрствования или неполноценная бодрость - 0,25 балла.

Ритм сна и бодрствования не устанавливается: очень трудно разбудить для кормления, или не спит, или постоянно кричит - 0 балл.

**Методика № 2**

Цель: выяснить умение ребенка разглядывать предметы во время бодрствования (параметр 3)

Инструкция к выполнению: повесить на расстоянии яркую игрушку, чтобы она была в поле зрения ребенка. Фиксирует или рассматривает ребенок игрушку, смотрит в другую сторону. Место игрушки надо постоянно менять.

Методический комментарий: умение рассматривать игрушку фиксируется в таблице.

Ребенок рассматривает предметы, находящиеся в поле ее зрения - 1 балл.

Ребенок рассматривает предметы, находящиеся в поле ее зрения, после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок кратковременно разглядывает яркие игрушки - 0,25 балла.

Внимание ребенка не привлекают игрушки, находящиеся перед ней. - 0 баллов.

**Методика № 3**

Цель: выяснить умение ребенка находить игрушки и тянуть их в рот, как проявление активной познавательной деятельности (параметры 4,5)

Инструкция к выполнению: держать ребенка на коленях. Перед ним положить яркие, звенящие игрушки (погремушка). Если ребенок не смотрит на них, нужно привлечь ее внимание, постучав игрушкой о стол и др.

Методический комментарий: умение находить игрушку и тащить ее в рот фиксируется в таблице.

Ребенок берет первую яркую игрушку, рассматривает ее, ощупывает и тянет ее в рот - 1 балл.

Ребенок берет игрушку после стимуляции - 0,5 балла.

Берет игрушку, но отвлекается на другой раздражитель - 0,25 балла.

Не имеет интереса к игрушке, не тянет к ней руки, пассивно лежит - 0 баллов.

**Методика № 4**

Цель: выяснить умение ребенка двигать ногой и стучать рукой во время активной бодрости (параметры 6, 7, 8)

Инструкция к выполнению: ребенок лежит на твердой поверхности, мать наклоняется над ней, разговаривает, проявляя при этом выразительные эмоции. Ребенок внимательно прислушивается и начинает стучать рукой по поверхности и покачивать ногой, стучать предметом о предмет и прислушиваться к новым звукам.

Методический комментарий: умение ребенка двигать ногой и стучать рукой во время активной бодрости фиксируется в таблице.

Ребенок прислушивается к матери и предпринимает активные двигательные действия и прислушивается к новым звукам - 1 балл.

Ребенок прислушивается к матери, предпринимает активные двигательные действия после обновленной стимуляции - 0,5 балла.

Проявляет двигательную активность, но действия могут прерываться посторонними раздражителями - 0,25 балла.

На лице ребенка не проявляются никакие эмоции, не сосредоточивает свой взгляд на поданном объекте, тянет руку к матери, но сразу ее опускает, имеет невнятную реакцию на новый предмет - 0 баллов.

**Методика № 5**

Цель: выяснить умение ребенка брать в руку мелкие предметы (параметр 9)

Инструкция к выполнению: перед ребенком на столе кладут яркие мелкие вещи, или в мисочке крупную фасоль. Ребенок протягивает руку, чтобы взять себе такие яркие предметы.

Методический комментарий: умение ребенка захватывать мелкие предметы пальчиками фиксируется в таблице.

Берет пальчиками - 1 балл.

Берет пальчиками после стимуляции - 0,5 балла.

Загребает ладонью - 0,25 балла.

Не тянет руку - 0 баллов.

**Методика № 6**

Цель: выяснить умение ребенка делать последовательные действия (параметр 10)

Инструкция к выполнению: ребенку предоставляют различные игрушки, баночки, шарики. Ребенок должен открыть баночку и закрыть, бросить в баночку шарик и вытащить его. Перечисленные действия малыш может повторять многократно. Деятельность малыша начинает носить характер целенаправленных действий.

Методический комментарий: умение ребенка делать последовательные действия фиксируется в таблице.

Выполнив задание, малыш активно добивается его повторения - 1 балл.

Целенаправленные действия только начинают развиваться - 0,5 балла.

Активная манипуляционно-исследовательская деятельность отсутствует - 0,25 балла.

Манипуляционная деятельность выражена слабо - 0 баллов.

**Методика № 7**

Цель: выяснить умение ребенка выбрасывать игрушки из кровати (параметр 11)

Инструкция к выполнению: Ребенок находится в кровати или манеже, где лежит несколько игрушек. Ребенок манипулирует ими, а потом выбрасывает.

Методический комментарий: умение ребенка выбрасывать игрушки из кровати фиксируется в таблице.

Выбрасывает игрушки из кровати - 1 балл.

Выбрасывает игрушки после стимуляции - 0,5 балла.

Редко выбрасывает игрушки из кровати - 0,25 балла.

Слабо выражена манипуляционная деятельность 0 баллов.

**Методика № 8**

Цель: выяснить умение вкладывать один предмет в другой (параметр 12)

Инструкция к выполнению: перед ребенком кладут формочки разного размера и показывают, как вложить один предмет в другой.

Методический комментарий: умение ребенка вкладывать один предмет в другой фиксируется в таблице.

Вкладывает маленький предмет в большой - 1 балл.

Редко вкладывает предмет в предмет - 0,5 балла.

Делает манипуляционные движения с предметами - 0,25 балла.

Разглядывает предметы - 0 баллов.

***3.2. Тактильно-зрительные реакции***

**Методика № 1**

Цель: выяснить умение ребенка фиксировать взгляд на неподвижном предмете (параметры 1, 3)

Инструкция к выполнению: повесить на расстоянии яркую игрушку, но в поле зрения ребенка. Фиксировать рассматривает ли ребенок игрушку, или смотрит в другую сторону. Место игрушки нужно постоянно менять.

Методический комментарий: умение рассматривать игрушку фиксируется в таблице.

Ребенок рассматривает предметы, находящиеся в поле ее зрения - 1 балл.

Ребенок рассматривает предметы, находящиеся в поле ее зрения, после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок кратковременно разглядывает яркие игрушки - 0,25 балла.

Внимание ребенка не привлекают игрушки, находящиеся перед ней, - 0 баллов.

**Методика № 2**

Цель: выяснить умение ребенка фиксировать движущийся предмет (параметры 2, 4)

Инструкция к выполнению: повесить на расстоянии от ребенка яркую игрушку, чтобы она была в поле ее зрения, и передвигать ее перед глазами ребенка. Фиксировать рассматривает ли ребенок игрушку, или смотрит в другую сторону. Направление движения игрушки надо постоянно менять.

Методический комментарий: умение рассматривать игрушку фиксируется в таблице.

Ребенок рассматривает предметы, которые двигаются - 1 балл.

Ребенок рассматривает предметы, движется после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок кратковременно разглядывает яркие игрушки, которые двигаются - 0,25 балла.

Ребенок не фиксирует взгляд на игрушке, что движется, - 0 баллов.

**Методика № 3**

Цель: выяснить умение ребенка касаться и ощупывать свое тело (параметры 5, 8)

Инструкция к выполнению: ребенка кладут на ровную поверхность и соединяют ладони обеих рук, чтобы они могли касаться друг друга.

Методический комментарий: умение ребенка касаться и ощупывать свое тело фиксируется в таблице.

Ребенок касается своего тела и ощупывает его - 1 балл.

Ребенок выполняет упражнение после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок частично и случайно прикасается к своему телу - 0,25 балла.

Ребенок случайно прикасается к своему телу - 0 баллов.

**Методика № 4**

Цель: выяснить реакцию ребенка на прикосновение (параметры 6, 10)

Инструкция к исполнению: в темной комнате мама гладит раздетого ребенка, касаясь тела различными мягкими клочками, руками и губами

Методический комментарий: реакцию ребенка на прикосновение фиксируют в таблице.

Ребенок закрывает глаза и показывает удовольствие - 1 балл.

Показывает удовлетворение после многократной стимуляции - 0,5 балла.

Показывает кратковременное удовольствие - 0,25 балла.

Не реагирует или плачет - 0 баллов.

**Методика № 5**

Цель: выяснить реакцию ребенка на появление мамы или других близких людей (параметры 7, 14)

Инструкция к выполнению: мама заходит в комнату: - "А я здесь! Ку-ку! " Ребенок должен радостно реагировать. При появлении других, незнакомых людей ребенок внимательно их рассматривает.

Методический комментарий: реакция ребенка на появление мамы или других близких людей фиксируется в таблице.

Ребенок радуется матери и внимательно рассматривает незнакомых людей - 1 балл.

Ребенок показывает удовлетворение после многократной стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок плачет при появлении чужих людей - 0,25 балла.

Ребенок реагирует на появление матери и других людей одинаково - 0 баллов.

**Методика № 6**

Цель: выяснить умение ребенка хватать предмет и тащить его в рот (параметр 9)

Инструкция к выполнению: перед ребенком кладут разные яркие игрушки и фиксируют, как она их хватает или тянет в рот. Если ребенок не обращает внимания на игрушку, взрослый сам вкладывает ее в руку ребенка.

Методический комментарий: функция хватание предмета фиксируется в таблице.

Тянется к игрушке, хватает ее двумя руками и тянет в рот - 1 балл.

Тянется к игрушке и берет ее в рот после проведенной стимуляции - 0,5 балла.

Тянется к игрушке, но хватает ее неуверенно - 0,25 балла.

Не тянется к игрушке, не тянет ее в рот - 0 баллов.

**Методика № 7**

Цель: выяснить реакцию ребенка на щекотку (параметр 11, 16)

Инструкция к выполнению: ребенка выкладывают на ровную поверхность и начинают щекотать.

Методический комментарий: умение ребенка реагировать на щекотку фиксируется в таблице.

Ребенок реагирует на щекотку - 1 балл.

Ребенок реагирует на щекотку после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенку не нравится такая игра - 0,25 балла

Ребенок не реагирует на щекотку - 0 баллов.

**Методика № 8**

Цель: выяснить умение ребенка выбирать и брать игрушку (параметр 12)

Инструкция к выполнению: перед ребенком выкладывают много ярких игрушек и предлагают взять любую из них.

Методический комментарий: умение ребенка выбирать игрушку фиксируется в таблице.

Взглядом выбирает игрушку и берет ее в руки - 1 балл.

Берет себе игрушку после стимуляции - 0,5 балла.

Хватает все предметы, но удерживает только один - 0,25 балла.

Не хватает игрушку, не рассматривает, где они лежат - 0 баллов.

**Методика № 9**

Цель: выяснить умение ребенка переводить взгляд с одной игрушки на другую (параметр 13)

Инструкция к выполнению: перед ребенком выкладывают 2 игрушки и активизируют к игре.

Методический комментарий: умение ребенка переводить взгляд с одной игрушки на другую фиксируется в таблице.

Рассматривает две игрушки, переводя взгляд с одной на другую - 1 балл.

Выполняет упражнение после стимуляции - 0,5 балла.

При зрительном контроле за предметами не может принять сразу две игрушки, отмечается легкое косоглазие - 0,25 балла.

Не следит за игрушками и не переводит их из рук в руки - 0 баллов.

**Методика № 10**

Цель: выяснить умение ребенка скрываться и находить (параметр 15)

Инструкция к выполнению: прикрыть платком игрушку, или накрыть платком отца: - "Найди предмет". Если ребенок не может найти, взрослый открывает платок: - "Вот где он!"

Методический комментарий: умение ребенка скрываться и находить фиксируется в таблице.

Ребенок сразу находит предмет и эмоционально на это реагирует - 1 балл.

Ребенок находит предмет после стимуляции и эмоционально на это реагирует - 0,5 балла.

Не ищет скрытый предмет - 0, 25 балла.

Не проявляет интереса к игрушке - 0 баллов.

**Методика № 11**

Цель: выяснить умение ребенка находить предметы, которые были спрятаны у нее на глазах (параметр 17)

Инструкция к выполнению: взрослый прячет предмет на глазах ребенка (может вложить его в карман).

Методический комментарий: умение ребенка находить предмет фиксируется в таблице.

Ребенок находит предметы, если видит, куда они попали - 1 балл.

Ребенок находит предмет после стимуляции - 0,5 балла.

Не всегда находит предмет - 0,25 балла.

Не проявляет интереса к игре - 0 баллов.

**Методика № 12**

Цель: выяснить умение ребенка показывать части тела на себе и других (параметры 18, 19)

Инструкция к выполнению: ребенка подносят к зеркалу и просят показать разные части тела в зеркале и на себе, а потом на маме.

Методический комментарий: умение ребенка показывать части тела на себе и других фиксируется в таблице:

Показывает все части тела - 1 балл.

Показывает части тела после стимуляции - 0,5 балла.

Показывает не все части тела - 0,25 балла.

Смотрит в зеркало и смеется - 0 баллов.

**Методика № 13**

Цель: выяснить умение ребенка рассматривать книгу и манипулировать с ней (параметр 20)

Инструкция к выполнению: перед ребенком кладут книгу и фиксируют интерес к ней.

Методический комментарий: умение ребенка рассматривать книгу и манипулировать с ней фиксируется в таблице.

Ребенок внимательно разглядывает книгу, царапает ее, стучит по ней - 1 балл.

Ребенок работает с книгой после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок бросает книгу - 0,25 балла.

Ребенок не проявляет интереса к книге - 0 баллов.

**IV. Комплекс методик для наблюдения и текущего контроля за речевым развитием ребенка первого года жизни**

***4.1. Слуховые ориентировочные реакции***

**Методика № 1**

Цель: выяснить умение ребенка прислушиваться к звукам и рассматривать предметы (параметры 1, 2, 3, 4, 7, 8)

Инструкция к выполнению: ребенок лежит в своей кроватке, в это время нужно поднести к ней звенящую игрушку ( колокольчик ).

Методический комментарий: умение ребенка прислушиваться к звукам и рассматривать предметы фиксируется в таблице.

Появляется кратковременное, а позже длительное сосредоточение на игрушке - 1 балл.

Появляется кратковременное, а позже длительное сосредоточение на игрушке после стимуляции - 0,5 балла.

Слуховое сосредоточение в единичных случаях - 0,25 балла.

Отсутствие слухового сосредоточения - 0 баллов.

**Методика № 2**

Цель: выяснить умение ребенка реагировать на звуки разной силы (параметр 5)

Инструкция к выполнению: над головой ребенка размещают звенящую игрушку или звонок. Ребенок в это время находится или в постели, или на руках матери.

Методический комментарий: умение ребенка реагировать на звуки разной силы фиксируется в таблице.

Поворачивает голову на звук, который раздается над ухом. При громком звучании звука вздрагивает - 1 балл.

Поворачивает голову на звук, слышный на ухо, после стимуляции - 0,5 балла.

Не поворачивает голову и глаза к источнику звука - 0,25 балла.

Не реагирует на звук - 0 баллов.

**Методика № 3**

Цель: выяснить способность ребенка реагировать на голос матери (параметры 6, 8)

Инструкция к выполнению: мама склоняется над ребенком и разговаривает с ним с разной интонацией (ласковой, сердитой, требовательной). Ребенок поворачивает к матери голову и реагирует на ее голос радостно или неспокойно.

Методический комментарий: способность ребенка реагировать на голос матери фиксируется в таблице.

Ребенок реагирует на голос матери - 1 балл.

Ребенок реагирует на голос матери после проведенной стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок прислушивается к голосу матери, но быстро устает - 0,25 балла.

Ребенок не прислушивается и не реагирует на голос матери - 0 баллов.

**Методика № 4**

Цель: выяснить умение ребенка откликаться на свое имя (параметр 9)

Инструкция к выполнению: мать находится на расстоянии от ребенка и зовет ее по имени. Если ребенок не реагирует, мать заглядывает в глаза ребенку и снова называет ее имя.

Методический комментарий: умение ребенка откликаться на свое имя фиксируется в таблице.

У ребенка развита функция активного внимания и ребенок отзывается на свое имя - 1 балл.

Ребенок отзывается на свое имя после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок иногда отзывается на свое имя - 0,25 балла.

Нет реакции на обращение взрослого - 0 баллов.

**Методика № 5**

Цель: выяснить умение ребенка воспринимать отдельные инструкции в знакомых звукосочетаниях, которые соответствуют действиям: просьба "дай ручку", "прощай", "ладушки", "принеси", "найди", "залежи", "отдай" (параметры 10 , 11, 13, 16).

Инструкция к выполнению: взрослый обращается к ребенку с просьбой выполнить какое-то действие. Если ребенок не реагирует, нужно усилить свою просьбу нужным жестом.

Методический комментарий: умение ребенка воспринимать отдельные инструкции в знакомых звукосочетаниях фиксируются в таблице.

Ребенок отвечает действиями на инструкции взрослого - 1 балл.

Ребенок отвечает действиями на инструкции после стимуляции - 0,5 балла.

Реагирует и не предоставляет действиями на инструкцию в знакомой ситуации - 0,25 балла.

Не реагирует на Речевое обращение взрослого - 0 баллов.

**Методика № 6**

Цель: выяснить умение ребенка понимать односложные инструкции (параметр 14)

Инструкция к выполнению: играя с ребенком, взрослый предлагает ему покачать куклу или покормить собаку.

Методический комментарий: умение ребенка понимать односложные инструкции фиксируется в таблице.

Ребенок выполняет 5-10 односложных инструкций - 1 балл.

Отвечает действиями на речевые инструкции, но не всегда - 0,5 балла.

Не отвечает на речевые инструкции - 0,25 балла.

Не реагирует на обращение взрослого - 0 баллов.

**Методика № 7**

Цель: выяснить способность ребенка понимать названия отдельных предметов или игрушек более обобщенно (параметры 12, 15)

Инструкция к выполнению: мать носит по комнате ребенка и просит представить различные предметы или игрушки. Если ребенок не угадывает предмет или игрушку, мама показывает их и говорит, например: "Это стул".

Методический комментарий: способность ребенка понимать названия отдельных предметов или игрушек более обобщенно фиксируется в таблице.

Ребенок понимает названия отдельных предметов или игрушек - 1 балл.

Ребенок понимает названия отдельных предметов, игрушек после стимуляции - 0,5 балла.

Не понимает названия игрушек и предметов обобщенно; в знакомой ситуации отдельные предметы не всегда узнает - 0,25 балла.

Понимание отдельных инструкций - 0 баллов.

***4.2. Развитие активной речи***

**Методика № 1**

Цель: выяснить умение ребенка прислушиваться к разным звукам и голосам людей (параметры 1, 3)

Инструкция к выполнению: ребенок лежит в своей постели, поднести к ней яркую звенящую игрушку или, наклонившись над ребенком, поговорить с ней.

Методический комментарий: умение ребенка прислушиваться к звукам и голоса людей фиксируется в таблице.

Ребенок поворачивает голову и прислушивается. Появляется кратковременное, а позже длительное сосредоточение на звуках - 1 балл.

Появляется кратковременное, а позже длительное сосредоточение на звуках после стимуляции - 0,5 балла.

Слуховое сосредоточение в единичных случаях, но быстро устает - 0,25 балла.

Отсутствие слухового сосредоточения - 0 баллов.

**Методика № 2**

Цель: выяснить умение ребенка по-разному кричать при различных ситуациях (при голоде, при неудобствах, если болит живот, когда хочет общения и привлечь к себе внимание) (параметры 2, 6, 11)

Инструкция к выполнению: обращать внимание на характер крика в отдельных жизненных ситуациях.

Методический комментарий: умение ребенка по-разному кричать при различных ситуациях фиксируется в таблице.

Крик набирает инструментального характера, характеризует тип интонации (плачущие, просительные вокализации), что указывает на качественные изменения психики - 1 балл.

Иногда появляется интонационный крик - 0,5 балла.

Однотипный тихий крик - 0,25 балла.

Отсутствие крика, вместо крика выражение недовольства на лице - 0 баллов.

**Методика № 3**

Цель: выяснить способность ребенка к гулению (параметры 4, 9)

Инструкция к выполнению: сытый и сухой ребенок способен к общению. Протяженные голосовые реакции в сочетании с согласными представляют собой начальное гуление (гуканье), которое позже превращается в певучее гуление.

Методический комментарий: способность ребенка к гулению фиксируется в таблице.

Голосовые реакции представляют начальное гуление (гуканья), затем появляется гуление с цепочками звуков - 1 балл.

Маловыразительный крик или начальное гуление, не всегда проявляется в процессе контакта - 0,5 балла.

Слабо выраженное гуление или плач - 0,25 балла.

Отсутствует гуление или начальные краткие гласные звуки 0 баллов.

**Методика № 4**

Цель: выяснить умение ребенка реагировать на общение улыбкой или громким смехом (параметры 5, 7)

Инструкция к выполнению: мама общается с ребенком и смешит его. В состоянии комфорта ребенок смеется.

Методический комментарий: умение ребенка реагировать на общение улыбкой или громким смехом фиксируется в таблице.

Ребенок с удовольствием улыбается или радостно смеется - 1 балл.

Ребенок с удовольствием улыбается или радостно смеется после стимуляции - 0,5 балла.

Недостаточность интонационных проявлений - 0,25 балла.

Ребенок не смеется и не улыбается - 0 баллов.

**Методика № 5**

Цель: выяснить желание ребенка подавать голос при появлении взрослого (параметры 8, 10)

Инструкция к выполнению: ребенок спокойно находится в своей постели. Появляется взрослый и радостно говорит, обращаясь к ребенку: - "А вот и я!"

Методический комментарий: желание ребенка подавать голос при появлении взрослого фиксируется в таблице.

Ребенок с радостью начинает общаться со взрослым - 1 балл.

Ребенок с радостью начинает общаться со взрослым после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок не активно реагирует на появление взрослого и неохотно начинает общаться - 0,25 балла.

Ребенок не реагирует на появление взрослого - 0 баллов.

**Методика № 6**

Цель: выяснить умение ребенка говорить цепочки складов (лепет) (параметры 12, 13, 14, 16)

Инструкция к исполнению: в процессе общения со взрослым у ребенка появляются цепочки складов, взрослый стремится повторять за ребенком.

Методический комментарий: умение ребенка говорить цепочки складов фиксируется в таблице.

Лепет появляется постоянно в ответ на общение с взрослым - 1 балл.

Малоактивный лепет или лепет без четкой интонационной выразительности - 0,5 балла.

Редко эхолалично (многоразовое повторение одного итого же услышанного звука или слова) ребенок повторяет цепочки звуков - 0,25 балла.

Отсутствие лепет - 0 баллов.

**Методика № 7**

Цель: выяснить умение ребенка выражать удовольствие при завладении необходимым предметом (параметр 15)

Инструкция к исполнению: любимая игрушка лежит на расстоянии и ребенок старается ее достать. После достижения цели ребенок громко восклицает различные звукосочетания и возгласы ( "ах!", "Ух!", "Ой!", "Ай!")

Методический комментарий: умение ребенка выражать удовольствие при достижении необходимого предмета фиксируется в таблице.

Малыш подражает звуки, склады, возгласы - 1 балл.

Бедность проявлений - 0,5 балла.

Отсутствие лепечущих звукосочетаний в значении слова при проявлении удовлетворенности - 0,25 балла.

Отсутствие реагирования на действие - 0 баллов.

**Методика № 8**

Цель: выяснить умение ребенка произносить слова (параметры 17, 18, 20)

Инструкция к выполнению: мама рассматривает с малышом картинки, или поднимает его к знакомым людям и повторяет за ребенком простые слова "мама, дядя, бабушка, папа".

Методический комментарий: умение ребенка произносить слова фиксируется в таблице.

Ребенок говорит 5-6 лепечущих слов, соотносит их с лицами и предметами - 1 балл.

Ребенок говорит 1-2 лепечущих слов - 0,5 балла.

Фрагментарный лепет, своеобразие звукового состава - 0,25 балла.

Отсутствие или неполноценность составляющих цепочек - 0 баллов.

**Методика № 9**

Цель: выяснить умение ребенка прислушаться к произношению новых и знакомых слов, употребление слов, понятных только маме (параметры 19, 21)

Инструкция к выполнению: мама, общаясь с ребенком, повторяет его слова в радостной, утвердительные и вопросительной интонации, чем побуждает его на активный разговор.

Методический комментарий: умение ребенка прислушиваться к произношению новых и знакомых слов, употребление слов, понятных только маме, фиксируется в таблице.

Ребенок внимательно вглядывается в лицо матери и повторяет новые или знакомые слова - 1 балл.

Ребенок внимательно вглядывается в лицо матери и повторяет новые или знакомые слова после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок иногда повторяет слова - 0,25 балла.

Ребенок не повторяет слова - 0 баллов.

**V. Комплекс методик для наблюдения и текущего контроля за экологическим развитием ребенка первого года жизни**

**Методика № 1**

Цель: выяснить умение ребенка координировать движения и пытаться дотянуться до объекта (параметры 1, 2, 3, 7)

Инструкция к выполнению: мать держит ребенка на руках, а он медленно поворачивается в разные стороны, хорошо ориентируется в окружающем пространстве, выбирает себе объект и пытается дотянуться до него.

Методический комментарий: умение ребенка координировать движения и пытаться дотянуться до объекта фиксируется в таблице.

Ребенок рассматривает все вокруг и спокойно тянется к листьям или цветочкам, которые хочет сорвать - 1 балл.

Ребенок рассматривает все вокруг и спокойно тянется к объекту после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок не может выполнить упражнение, но старается проявить двигательную активность - 0,25 балла.

Ребенок не реагирует на окружающее - 0 баллов.

**Методика № 2**

Цель: выяснить умение ребенка наблюдать за действиями взрослых (параметр 4)

Инструкция к выполнению: ребенок наблюдает, как взрослые кормят домашних животных и ухаживают за комнатными и садовыми растениями.

Методический комментарий: умение ребенка наблюдать за действиями взрослых фиксируется в таблице:

Ребенок внимательно наблюдает за действиями взрослых - 1 балл.

Ребенок наблюдает за действиями взрослых после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок кратковременно наблюдает за действиями взрослых - 0,25 балла.

Ребенок не реагирует на то, что делают взрослые - 0 баллов.

**Методика № 3**

Цель: выяснить умение ребенка находить источник природных звуков (параметр 5).

Инструкция к выполнению: ребенок прислушивается, как жужжит муха, как льется вода, как гремит гром, лает собака и т.д.

Методический комментарий: умение ребенка находить источник природных звуков фиксируется в таблице.

Ребенок внимательно прислушивается к разным звукам и пытается увидеть их источник - 1 балл.

Ребенок прислушивается к разным звукам после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок кратковременно прислушивается к разным звукам - 0,25 балла.

Ребенок не проявляет внимания к тому, что происходит вокруг - 0 баллов.

**Методика № 4**

Цель: выяснить интерес ребенка к знакомству с различными овощами и фруктами (параметры 6, 10, 11)

Инструкция к выполнению: ребенок держит яблоко и пытается его понюхать, постучать, пощупать, откусить. Те же действия можно предложить с другими овощами и фруктами.

Методический комментарий: интерес ребенка к знакомству с различными овощами и фруктами фиксируется в таблице.

Ребенок с интересом изучает яблоко - 1 балл.

Ребенок с интересом изучает яблоко после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок некоторое время удерживает яблоко, а потом его отбрасывает - 0,25 балла.

Ребенок не проявляет интереса к исследовательской деятельности - 0 баллов.

**Методика № 5**

Цель: выяснить умение ребенка реагировать на вопрос взрослого (параметры 8, 9)

Инструкция к выполнению: мама держит ребенка на руках на улице или рассматривает с ним картинки или игрушки дома и спрашивает его: - "Где собака? Как собака разговаривает? ", " Где цветочек? Как цветочек пахнет? " Малыш показывает на картинки или предметы и воспроизводит различные звуки.

Методический комментарий: умение ребенка реагировать на вопрос взрослого фиксируется в таблице.

Ребенок с интересом выполняет просьбу взрослого - 1 балл.

Ребенок выполняет просьбу взрослого после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок не все может показать и сказать, кто как разговаривает - 0,25 балла.

Ребенок без эмоций рассматривает картинки, но на них не реагирует - 0 баллов.

**Методика № 6**

Цель: выяснить стремление ребенка к самостоятельным действиям с игрушечными животными (параметр 13)

Инструкция к выполнению: перед ребенком выкладывают игрушечных животных и побуждают к игре, рассказывая, что можно делать с животными. Ребенок должен их накормить, напоить, причесать, погладить.

Методический комментарий: стремление ребенка к самостоятельным действиям с игрушечными животными фиксируется в таблице.

Ребенок включается в самостоятельную игру - 1 балл.

Ребенок включается в самостоятельную игру после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок играется с помощью взрослого - 0,25 балла.

Ребенок прижимается к взрослому и не желает играть - 0 баллов.

**Методика № 7**

Цель: выяснить желание ребенка помочь взрослому (параметр 13)

Инструкция к выполнению: взрослый просит ребенка выполнить бытовые действия ( "найди", "залежи", "подними", "возьми"). Если ребенок не понимает просьбы, взрослый выполняет это действие сам и повторяет свою просьбу.

Методический комментарий: желание ребенка помочь взрослому фиксируется в таблице.

Ребенок с радостью выполняет бытовые просьбы взрослого - 1 балл.

Ребенок выполняет бытовые просьбы взрослого после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок выполняет действия совместно со взрослым - 0,25 балла.

Ребенок не реагирует на просьбу взрослого - 0 баллов.

**Методика № 8**

Цель: выяснить умение ребенка раскрывать руку в соответствии с размером плода (параметр 16)

Инструкция к выполнению: ребенку дают разного размера овощи и фрукты. Фиксируется умение ребенка раскрывать руку и брать плоды ладонью.

Методический комментарий: выяснен умение ребенка открывать руку в соответствии с размером плода фиксируется в таблице.

Ребенок раскрывает руку, чтобы взять плод - 1 балл.

Ребенок раскрывает руку, чтобы взять плод после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок не раскрывает руку достаточно, чтобы взять плод - 0,25 балла.

Ребенок не пытается взять плод - 0 баллов.

**Методика № 9**

Цель: выяснить умение ребенка ухаживать за животными и растениями (параметр 17)

Инструкция к выполнению: ребенку дают поливалку, чтобы поливать цветы, крошки хлеба, чтобы кормить птиц, пшеничную муку, чтобы кормить собаку, и т.п.

Методический комментарий: умение ребенка ухаживать за животными и растениями фиксируется в таблице.

Ребенок с радостью выполняет работу - 1 балл.

Ребенок с радостью выполняет работу после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок выполняет работу совместно с взрослым - 0,25 балла.

Ребенок отказывается кормить животных и поливать растения - 0 баллов.

**VI. Комплекс методик для наблюдения и текущего контроля за художественно-эстетическим развитием ребенка первого года жизни**

**Методика № 1**

Цель: выяснить умение ребенка следить за предметом, что движется (вариант 1)

Инструкция к выполнению: повесить на расстоянии от ребенка яркую игрушку, чтобы она была в поле ее зрения, и передвигать ее перед глазами ребенка Фиксировать или рассматривает ли ребенок игрушку или смотрит в другую сторону. Направление движения игрушки надо постоянно менять.

Методический комментарий: умение рассматривать игрушку фиксируется в таблице.

Ребенок рассматривает предметы, находящиеся в поле ее зрения - 1 балл.

Ребенок рассматривает предметы после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок кратковременно рассматривает игрушку, что движется - 0,25 балла.

Ребенок не фиксирует взгляд на игрушке, которая перед ней движется - 0 баллов.

**Методика № 2**

Цель: выяснить реакцию ребенка на яркую игрушку (параметр 2)

Инструкция к выполнению: ребенку показывают яркую игрушку, звенит, и касаются ею ребенка. Ребенок пытается дотянуться до игрушки руками.

Методический комментарий: реакция ребенка на игрушку фиксируется в таблице.

Ребенок рассматривает игрушку и пытается взять ее себе - 1 балл.

Ребенок рассматривает игрушку и пытается взять после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок проявляет к игрушке кратковременный интерес - 0,25 балла.

Ребенок не реагирует на игрушку - 0 баллов.

**Методика № 3**

Цель: выяснить реакцию ребенка на цвет (параметр 3)

Инструкция к выполнению: перед ребенком выкладывают игрушки разного цвета (красные, синие, желтые). Ребенок с увлечением рассматривает их.

Методический комментарий: реакция ребенка на цвет фиксируется в таблице.

Ребенок с интересом рассматривает яркие игрушки - 1 балл.

Ребенок рассматривает яркие игрушки после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок кратковременно обращает внимание на игрушки разного цвета - 0,25 балла.

Ребенок не обращает внимания на разноцветные игрушки - 0 баллов.

**Методика № 4**

Цель: выяснить реакцию ребенка на музыку различных жанров (колыбельную, народную, танцевальную) (параметр 4)

Инструкция к выполнению: включить или играть ребенку музыку различных жанров и петь песни.

Методический комментарий: реакция ребенка на музыку различных жанров фиксируется в таблице.

Ребенок радостно реагирует на звуки музыки - 1 балл.

Ребенок реагирует на звуки музыки после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок кратковременно прислушивается к звукам музыки - 0,25 балла.

Ребенок не реагирует на звуки музыки - 0 баллов.

**Методика № 5**

Цель: выяснить реагирование ребенка на тепло и холод (параметр 5)

Инструкция к выполнению: давать в руки ребенку кусочки замороженных продуктов из холодильника, теплое вареное яйцо, чашку - непроливайку с теплой водой. Ребенок должен прикоснуться к предмету и оторвать от него руку.

Методический комментарий: реагирование ребенка на тепло и холод фиксируется в таблице.

Ребенок с интересом касается предмета и отводит от него руку - 1 балл.

Ребенок касается предмета и отводит руку после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенку не понравилась игра и он отводит руку - 0,25 балла.

Ребенок не реагирует на подобные действия - 0 баллов.

**Методика № 6**

Цель: выяснить реакцию ребенка на фактуру поверхности (параметр 6)

Инструкция к выполнению: ребенку дают в руки апельсин, огурец, картошку и т.п. Ребенок касается их, берет плоды в руку, исследует их, кусает, играет ими.

Методический комментарий: реакция ребенка на фактуру поверхности фиксируется в таблице.

Ребенок с интересом касается плодов - 1 балл.

Ребенок с интересом касается плодов после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок касается плодов с помощью взрослого - 0,25 балла.

Ребенок не проявляет интереса к игре - 0 баллов.

**Методика № 7**

Цель: выяснить умение ребенка познавать музыкальные инструменты (параметр 7)

Инструкция к выполнению: перед ребенком кладут музыкальные инструменты или картинки с их изображением. Звучит музыка, и взрослый с ребенком рассматривают этот инструмент.

Методический комментарий: умение ребенка познавать музыкальные инструменты, музыку которых часто слышит, фиксируется в таблице.

Узнает музыкальный инструмент сразу - 1 балл.

Узнает музыкальный инструмент после стимуляции - 0,5 балла.

Узнает не все инструменты - 0,25 балла.

Не узнает ни одного инструмента - 0 баллов.

**Методика № 8**

Цель: выяснить интерес ребенка к театрализованным действиям (параметр 8)

Инструкция к выполнению: взрослый играет с ребенком в знакомые детские игры "Коза рогатая", "Гули-гули" и т.п.

Методический комментарий: интерес ребенка к театрализованным действиям фиксируется в таблице.

Ребенок радостно смеется и побуждает взрослого повторить игру - 1 балл.

Ребенку нравится игра, но долго играть она не может - 0,5 балла.

Ребенок играет 1 раз и переключается на другой вид деятельности - 0,25 балла.

Ребенок плачет - 0 баллов.

**Методика № 9**

Цель: выяснить умение ребенка вкладывать один предмет во второй (параметр 9)

Инструкция к выполнению: ребенку дают по 2 баночки разного размера и вызывают у него действия. Если ребенок не понимает, что надо делать, взрослый сам показывает.

Методический комментарий: умение ребенка вкладывать один предмет во - вторых фиксируется в таблице.

Ребенок самостоятельно вкладывает меньший предмет в больший - 1 балл.

Ребенок вкладывает предметы после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок вкладывает предметы вместе с взрослым - 0,25 балла.

Ребенок берет предметы и кладет их на место - 0 баллов.

**Методика № 10**

Цель: выяснить получение ребенком удовольствие от рисования кисточкой (параметр 10)

Инструкция к выполнению: ребенку дают кисть, бумагу и краски.

Методический комментарий: получение ребенком удовольствие от рисования кисточкой фиксируется в таблице.

Ребенок с удовольствием рисует кисточкой - 1 балл.

Ребенок рисует кисточкой после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок рисует кисточкой, но не долго - 0,25 балла.

Ребенок не пытается рисовать - 0 баллов.

**Методика № 11**

Цель: выяснить удовольствие ребенка от примерки на себя элементов костюма (параметр 11)

Инструкция к выполнению: приготовление к Новому году сопровождается покупкой костюма, и ребенок с радостью примеряет.

Методический комментарий: удовлетворение ребенка от примерки на себя элементов костюма фиксируется в таблице.

Ребенок с радостью примеряет на себя элементы костюма - 1 балл;

Ребенок примеряет на себя элементы костюма после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок начинает примерять, но потом отказывается - 0,25 балла.

Ребенок не хочет ничего на себя надевать - 0 баллов.

**Методика № 12**

Цель: выяснить желание ребенка слушать сказки, стихи, рассказы и т.п. (параметр 12)

Инструкция к выполнению: взрослый читает или рассказывает ребенку сказку.

Методический комментарий: желание ребенка слушать сказки фиксируется в таблице.

Ребенок внимательно и долго слушает сказку - 1 балл;

Ребенок слушает сказку после стимуляции - 0,5 балла.

Ребенок не может долго слушать сказку - 0,25 балла.

Ребенок не хочет слушать сказку - 0 баллов.

Таблица 2.

Результаты наблюдения и количественной оценки физического и психического развития ребенка первого года жизни

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п / п | Уровни  Линии развития | Высокий уровень | Достаточный  уровень | Средний уровень | Низкий уровень |
| 1. | Физическое развитие | 47-45 | 41-39 | 35-32 | 29-26 |
|  | общая моторика | 22 | 20 | 18 | 16 |
|  | мелкая моторика | 12 | 10. | 8 | 6 |
|  | артикуляция | 13 | 11 | 9 | 7 |
| 2. | Эмоционально-социальное развитие | 20-18 | 17-16 | 15-14 | 13-12 |
| 3. | Познавательное развитие | 30-28 | 26-24 | 22-20 | 18-16 |
|  | сон и бодрость | 12 | 10. | 8 | 6 |
|  | тактильно-зрительные реакции | 18 | 16 | 14 | 12 |
| 4. | Развитие речи | 36-34 | 33-32 | 30-28 | 24-22 |
|  | слуховые ориентировочные реакции | 16 | 14 | 12 | 10. |
|  | Активное вещание | 20 | 18 | 16 | 14 |
| 5. | Экологическое развитие | 16-14 | 13-12 | 11-10 | 9-8 |
| 6. | Художественно-эстетическое развитие | 14-12 | 11-10 | 9-8 | 7-6 |
|  | Всего баллов | 160-150 | 140-130 | 120-110 | 100-90 |

Обобщенные выводы по результатам наблюдения психологов, педагогов, родителей психического и физического развития детей первого года жизни

Высокий уровень:

- Психическое (познавательный, речевой и др.) и физическое развитие (указать возраст) ребенка в естественных условиях протекает с опережением на ... месяцев, что соответствует возрастной норме.

Достаточный уровень:

- Психическое (познавательный, речевой и др.) и физическое развитие (указать возраст) ребенка в естественных условиях протекает в соответствии с возрастной нормой;

- Психическое (познавательный, речевой и др.) и физическое развитие (указать возраст) ребенка в естественных условиях протекает в пределах возрастной нормы.

Средний уровень:

- Физическое развитие (указать возраст) ребенка в естественных условиях протекает в пределах возрастной нормы, психическое развитие (ориентировочно-познавательные, зрительные, слуховые реакции и др.) ребенка с небольшой задержкой на ... месяцев;

- Незначительная задержка темпов развития психических (ориентировочно-познавательные, зрительные, слуховые реакции и др.) и моторных функций в (указать возраст) ребенка на ... месяцев, в пределах возрастной нормы;

- Незначительная задержка темпов развития моторных функций в (указать возраст) ребенка на ... месяцев, в пределах возрастной нормы;

- Незначительная задержка темпов развития психических функций в (указать возраст) ребенка на ... месяцев, в пределах возрастной нормы.

Низкий уровень:

- Незначительное отставание в психическом (познавательный, речевой и др.) и физическом развитии (указать возраст) ребенка **в естественных для него условиях из-за ... ...** ... (указывается медицинский диагноз);

- Значительное отставание в психическом (познавательный, речевой и др.) и моторном развитии (указать возраст) ребенка **в естественных для него условиях обусловленно ... ...** (указывается медицинский диагноз);

- Выраженное отставание в психическом (познавательный, речевой и др.) и моторном развитии (указать возраст) в естественных для ребенка условиях обусловленного ... ... (указывается медицинский диагноз).

**Комплексная экспресс-методика обследования познавательного развития ребенка первого года жизни**

Для проведения обследования необходима диагностическая методика сундучок "BEBIK", просторное помещение, оформленное в соответствии с гигиеническими и эстетическими требованиями, две детские столики, стульчики, шкаф для дидактических пособий и дидактического материала для диагностических задач. При отборе методик для психолого-педагогической диагностики познавательного развития детей первого года жизни выходили из закономерностей нормального развития и для выявления уровня развития познавательных процессов детям предлагается 8 задач, а именно:

Задание № 1

Дидактическая игра № 1: "Установление контакта с ребенком".

Цель: установление контакта с ребенком, взаимодействия ребенка со взрослыми, знакомство со свойствами круглых предметов (их можно катить), выявление понимание ребенком словесной инструкции "лови", "кати", умение следить за предметом, движущейся поймать его.

Дидактический материал: шарик (красного или желтого, синего, зеленого цвета) и желобок.

Проведение обследования: взрослый кладет шарик в желобок и просит ребенка: "лови шарик". Потом возвращает желобок и просит прокатить шарик по желобку: "Кати". Взрослый ловит шарики. Так повторяется 2-3 раза в медленном темпе.

Обучение: если ребенок не ловит шарик, взрослый показывает ей 2-3 раза, как это надо делать, то есть обучение идет за демонстрацией и подражанием действий взрослого.

Оценка действий ребенка: понимание и восприятие задания; понимание речевой инструкции; адекватная реакция на шарик (ловит); хочет играть со взрослыми; отношение к игре положительное эмоциональное; ребенок владеет правой или левой рукой или активизируется только правая рука и ребенок ловит и катит шарик правой рукой - 1 балл; сначала возникает движение в обеих руках, но потом к шарику направляется только одна из них и ловит, катит после стимуляции - 0,5; захвата шарики двумя руками, действия "лови", "коати" не самостоятельны - 0,25; пытается взять шарик руками, но он выпадает, не катится - 0; итог игры согласно цели; отношения ребенка к результату.

Задание № 2

Дидактическая игра № 2: "Положи шарик в коробку".

Цель: выявить понимание ребенком словесной инструкции, умение практического ориентирования в предметах и наличия соответствующих действий с крышкой и шариком, стимулировать поисковые действия и действия подражания взрослого.

Дидактический материал: коробочка четырехугольной формы, с соответствующей крышкой; шарик красного цвета.

Проведение обследования.

Первый вариант: перед ребенком кладут коробку, крышку к ней, шарик. Взрослый кладет шарик в коробочку и просит ребенка накрыть коробку крышкой, спрятать шарик. При этом ребенку не объясняют, как крышку надо брать и какой рукой. Так повторяется 2-3 раза в медленном темпе.

Второй вариант: взрослый показывает коробку с крышкой и просит ребенка открыть крышку, достать шарик. Потом просит сложить все как было. Так повторяется 2-3 раза.

Обучение: если ребенок (в первом варианте) не берет шарик, крышку, взрослый показывает и объясняет: "Берем шарик и кладем в коробку", "Крышкой закрываем коробку"; если ребенок (во втором варианте) не открывает коробку, взрослый показывает ему 2 -3 раза, как это надо делать, то есть обучение идет за демонстрацией и подражанием действий взрослого. После обучения ребенку предлагается выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: понимание и восприятие задания; понимание речевой инструкции; адекватная реакция; активность; отношение к заданию; ребенок выполняет правой или левой рукой, или только правой рукой - 1 балл; действует не последовательно выполняет после стимуляции - 0,5; действует обеими руками, действия не самостоятельные - 0,25; пробует - 0; итог игры согласно цели; ребенка к результату.

Задача № 3

Дидактическая игра № 3: Собери 2-3-составляющую пирамидку.

Цель: выявление понимание ребенком словесной инструкции, умение практического манипулирования с предметами, подражание действиям взрослого и наличие соответствующих по инструкции действий.

Дидактический материал: пирамидка из двух, трех разновеликих колец одного (красного) цвета.

Проведение обследования.

Первый вариант: перед ребенком ставят пирамидку Взрослый просит ребенка разобрать пирамидку. При этом ребенку не объясняют, как надо брать и какой рукой. Если ребенок не начинает действовать, то взрослый разбирает пирамидку сам, просит повторить. Так повторяется 2-3 раза.

Второй вариант: взрослый показывает пирамидку и просит ребенка разобрать. Потом просит ребенка сложить все как было. Если ребенок не начинает действовать, то взрослый разбирает и составляет пирамидку сам, просит повторить. Так повторяется 2-3 раза в медленном темпе.

Обучение: если ребенок не начинает действовать, то взрослый сам снимает по одному колечку, а затем дает ей по одному колечку, каждый раз указывая жестом, что их нужно надеть на стержень. Затем предлагает ребенку выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: понимание и восприятие задания; понимание речевой инструкции; адекватная реакция; активность; отношение к заданию; ребенок выполняет правой или левой рукой, или только правой рукой и надевает на стержень 1-2 колечка - 1 балл; действует после стимуляции - 0,5; действует обеими руками, действия не самостоятельные - 0,25; пытается действовать - 0; итог игры в соответствии к цели задания; отношение ребенка к результату.

Задание № 4

Дидактическая игра № 4: "Кубики".

Цель: выявление понимание ребенком словесной инструкции, практического умения брать предметы и манипулировать с ними, последовать действия взрослого и наличие соответствующих по инструкции действий.

Дидактический материал: два кубика красного цвета.

Проведение обследования: взрослый показывает один кубик и просит ребенка: "Бери". Потом просит ребенка: "Дай мне". Так повторяется 2-3 раза в медленном темпе. Потом взрослый показывает два кубика и просит: "Бери".

Обучение: если ребенок не начинает действовать, то взрослый сам вкладывает кубик в руку, а потом просит: "Дай мне" - и каждый раз жестом указывает, что нужно делать. Затем предлагает ребенку выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: понимание и восприятие задания; понимание речевой инструкции; адекватная реакция; протягивает руку, открывает руку в зависимости от величины объекта, хватает кубик; отношение к заданию; ребенок выполняет правой или левой рукой, или только правой рукой и берет 1-2 кубики - 1 балл; действует после стимуляции - 0,5; действует обеими руками, действия не самостоятельные - 0,25; пытается действовать - 0; итог игры согласно цели; отношения ребенка к результату.

Задача № 5

Дидактическая игра № 5: "Кубик и шарик".

Цель: выявление понимание ребенком словесной инструкции, практического умения выбирать предмет (кубик и шарик), ориентируясь на форму, манипулировать ими, распознавать и дифференцировать их по форме и величине, последовать действия взрослого и наличия соответствующих инструкции действий.

Дидактический материал: кубик и шарик красного цвета.

Проведение обследования: взрослый показывает поочередно кубик и шарик и просит ребенка: "Бери". Потом просит ребенка: "Дай мне". Так повторяется 2-3 раза в медленном темпе. Далее взрослый показывает кубик и шарик и просит: "Бери кубик, бери шарик, дай кубик, дай шарик". Так повторяется 2-3 раза.

Обучение: если ребенок не начинает действовать, то взрослый сам заключает поочередно кубик или шарик в руку и просит: "Дай мне" и жестом указывает, что нужно делать. Затем предлагает ребенку выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: понимание и восприятие задания; понимание речевой инструкции; адекватная реакция распознавание по форме и величине; протягивает руку, открывает руку в зависимости от величины объекта, хватает кубик или шарик; отношение к заданию; ребенок выполняет правой или левой рукой, или только правой рукой, принимает в обе руки кубик и шарик - 1 балл; действует после стимуляции - 0,5; действует обеими руками, действия не самостоятельны, хаотичны - 0,25; пытается действовать - 0; итог игры согласно цели; отношение ребенка к результату.

Задание № 6

Дидактическая игра № 6: "матрешка".

Цель: выявление понимания ребенком словесной инструкции, практического умения принимать матрешку и манипулировать с ней (раскрывать, закрывать и др.), наследовать действия взрослого за соответствующей инструкцией действий.

Дидактический материал: двухсоставная матрешка.

Проведение обследования: взрослый показывает двухсоставную матрешку и просит ребенка: "Бери", затем просит ребенка: "Дай мне".Далее взрослый показывает, как раскрыть матрешку и получить еще одну, а затем составить ее и спрятать маленькую матрешку. Просит ребенка это сделать самостоятельно. Так повторяется 2-3 раза в медленном темпе.

Обучение: если ребенок не начинает действовать, то взрослый сам вкладывает матрешку в руку, а потом просит: "Дай мне" и каждый раз жестом указывает, что нужно делать. Затем предлагает ребенку раскрыть матрешку и получить еще одну, положить обратно и закрыть, "спрятать матрешку". Предлагает ребенку выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: понимание и восприятие задания; понимание речевой инструкции; адекватная реакция; протягивает руку, открывает руку в зависимости от величины объекта; эмоциональное отношение к заданию; ребенок выполняет правой или левой рукой или только правой рукой, и берет матрешку - 1 балл; действует после стимуляции - 0, 5; действует обеими руками, действия не самостоятельные - 0,25; пытается действовать - 0; итог игры в соответствии с целью задания; отношения ребенка к результату.

Задание № 7

Дидактическая игра № 7: "Предметные картинки".

Цель: выявление понимания ребенком словесной инструкции, изображенного на картинке, практических умений звукоподражания, способности следовать действия взрослого и наличии соответствующих по инструкции действий.

Дидактический материал: предметные картинки животных (кошки, собачки), транспорта и др.

Проведение обследования: взрослый показывает поочередно не более 2-3 предметных картинок и просит ребенка: "Бери, посмотри". Потом спрашивает ребенка: "Кто это? Как говорит котик (собачка)? ", Просит ребенка:" Дай мне ".Так повторяется 2-3 раза.

Обучение: если ребенок не берет картинку, то взрослый сам вкладывает ей в руку, а потом просит: "Посмотри, кто это? Как говорит котик (собачка)? Дай мне "- и каждый раз жестом подсказывает, что нужно делать. Предлагает выполнить задание ребенку самостоятельно.

Оценка действий ребенка: понимание и восприятие задания; понимание речевой инструкции; адекватная реакция; протягивает руку, берет в руки, рассматривает; эмоциональное отношение к заданию; ребенок выполняет правой или левой рукой или только правой рукой берет картинку и называет - 1 балл; действует после стимуляции - 0,5; действует обеими руками, действия не самостоятельные - 0,25; пытается действовать - 0; итог игры согласно цели; отношения ребенка к результату.

Задание № 8

Дидактическая игра № 8: "Что звучит".

Цель: выявление понимание и восприятие ребенком звуков окружающей среды и наличия соответствующих действий.

Дидактический материал: колокольчик, погремушка и резиновый мячик.

Проведение обследования: взрослый поочередно создает звуки колокольчиком, погремушкой и резиновым мячиком и просит сказать ребенка: "Где звучит? Что звучит? " Так повторяется 2-3 раза.

Обучение: если ребенок не реагирует, то взрослый показывает, что звучит, дает в руку и просит: "Слушай, что это?" и каждый раз жестом подсказывает, что нужно делать, чтобы возникал звук. Предлагает ребенку выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: восприятия звуков; понимание речевой инструкции; адекватная реакция на звук; эмоциональное отношение к заданию; ребенок реагирует на звук и показывает, где звучит - 1 балл; слышит и различает звуки после стимуляции - 0,5; реагирует на звук - 0, 25; пытается действовать - 0; итог игры согласно цели; отношение ребенка к результату.

Таблица 2.3.

Результаты обследования и количественной оценки познавательного развития ребенка первого года жизни

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п / п | Уровни развития  Задачи  Дидактические игры | Высокий уровень | Достаточный  уровень | Средний уровень | Низкий уровень |
| 1. | "Установление контакта с ребенком" | 1 балл | 0,5 баллов | 0,25 балла | 29-26 |
| 2. | "Собери 3-составляющую пирамидку. | 1 балл | 0,5 баллов | 0,25 балла | 0 |
| 3. | "Положи шарик в коробку" | 1 балл | 0,5 баллов | 0,25 балла | 0 |
| 4. | "Кубик" | 1 балл | 0,5 баллов | 0,25 балла | 0 |
| 5. | "Кубик и шарик" | 1 балл | 0,5 баллов | 0,25 балла | 0 |
| 6. | "Матрешка" | 1 балл | 0,5 баллов | 0,25 балла | 0 |
| 7. | "Предметные картинки" | 1 балл | 0,5 баллов | 0,25 балла | 0 |
| 8. | "Что звучит" | 1 балл | 0,5 баллов | 0,25 балла | 0 |
|  | Всего баллов | 8 баллов | 4 балла | 2 балла | 0 баллов |

Допустимые выводы по результатам обследования познавательного развития детей первого года жизни:

Высокий уровень:

- Развитие ориентировочно-познавательных, зрительных, слуховых реакций и предпосылок развития понимания речи в ... ... .. (указать возраст) ребенка формируется со значительным опережением, что соответствует возрастной норме.

Достаточный уровень:

- Развитие ориентировочно-познавательных, зрительных, слуховых реакций и предпосылок логико-математического развития, понимания речи в ... (указать возраст) ребенка соответствует возрастной норме;

- Неравномерное развитие ориентировочно-познавательных, зрительных, слуховых реакций и предпосылок развития понимания речи в ... ... .. (указать возраст) ребенка формируется в пределах возрастной нормы;

- Неравномерное развитие ориентировочно-познавательных, зрительных, слуховых реакций и предпосылок логико-математического развития, развития понимания речи в ... ... .. (указать возраст) ребенка формируется в пределах возрастной нормы.

Средний уровень:

- Незначительная задержка темпов развития ориентировочно-познавательных, зрительных и слуховых реакций и предпосылок развития понимания речи в ... ... .. (указать возраст) ребенка на ... ... .. месяцев в пределах возрастной нормы;

- Незначительная задержка темпов развития ориентировочно-познавательных, зрительных, слуховых реакций и предпосылок логико-математического развития, развития понимания речи в ... (указать возраст) ребенка на ... месяцев в пределах возрастной нормы.

Низкий уровень:

- Незначительное отставание в развитии ориентировочно-познавательных, зрительных, слуховых реакций и развития понимания речи в ... .. (указать возраст) ребенка обусловлена ... ..... (указать клинический диагноз);

- Значительное отставание в развитии предпосылок логико-математического развития и развития понимания речи в ... .. (указать возраст) ребенка обусловлено ... ... (указать клинический диагноз);

- Выраженное отставание в развитии ориентировочно-познавательных, зрительных, слуховых реакций и предпосылок логико-математического развития, развития понимания речи в ... .. (указать возраст) ребенка обусловлено ... .. (указать клинический диагноз);

- Глубокое отставание в развитии ориентировочно-познавательных, зрительных, слуховых реакций и предпосылок логико-математического развития, развития понимания речи в ... (указать возраст) ребенка обусловлено ... (указать клинический диагноз).

**4. Коррекционное воспитание детей с отклонениями в развитии.**

Что такое коррекционное воспитание

Сущность коррекционного воспитания состоит в формировании психических функций ребенка и обогащении его практического опыта наряду с преодолением имеющихся у него нарушений речи, моторики, сенсорных функций, поведения и др.

Коррекционное воспитание направлено на предупреждение и коррекцию аномалий психического развития, подготовку ребенка к обучению и жизни в обществе.

Оно предполагает сочетание педагогических и лечебных мероприятий, а также учет специфики аномального развития и возрастных особенностей ребенка.

В каждом случае важно оценить не только степень отставания в развитии по сравнению с возрастными нормами, но и учесть качественные особенности этого отставания, клинический диагноз, а также потенциальные возможности развития.

Решающим фактором, от которого зависит положительная динамика психомоторного развития, выступают адекватные условия воспитания в семье и раннее начало комплексных лечебно-коррекционных и коррекционно-педагогических мероприятий.

Коррекционное воспитание предполагает как преодоление имеющихся отклонений в развитии, так и предупреждение возможных нарушений, связанных с перенапряжением нервной системы ребенка, а также различных психических травм, приводящих к возникновению особых болезненных состояний нервной системы — неврозов. Чем младше ребенок, тем менее значительные раздражители могут привести к психической травме. Для ребенка раннего возраста это могут быть незнакомые предметы и резкие звуки (гром, гудок автомобиля, лай собаки и т. п.). Особенно тяжелой травмирующей ситуацией является отрыв от родителей вследствие помещения в больницу, ясли или детский сад. У детей с поражением центральной нервной системы психические травмы могут оказывать острое неблагоприятное влияние на весь организм: отрицательные переживания сочетаются с повышением температуры, резким побледнением или покраснением кожных покровов, нарушением сердечной деятельности, рвотой и т. п. В особо тяжелых случаях такие состояния могут представлять угрозу для жизни ребенка. Результатом психической травмы может быть утрата сформированных навыков, например навыка опрятности, возникновение мутизма (активного отказа от речевого общения) с последующим развитием заикания и т. п. Кроме того, у ребенка могут появиться страхи. Некоторые дети с отклонениями в развитии особенно склонны к образованию страхов. Это, прежде всего, дети с аутизмом, детским церебральным параличом, дефектами зрения.

Система лечебно-педагогических мероприятий, направленных на предупреждение и лечение отклонений в развитии у детей раннего возраста, которые еще не адаптированы к социальной среде, носит название абилитации. Об абилитации говорят в тех случаях, когда отклонение в развитии возникло в раннем детстве за счет внутриутробного или перинатального поражения мозга.

Коррекционное воспитание включает ряд специальных абилитационных мероприятий. При этом учитываются резервные возможности мозга и пораженных анализаторов, а также сензитивные периоды развития.

**Воспитание ребенка с нарушениями речи**

Дети с отставанием в развитии речи нуждаются в особом подходе. В первые годы жизни любое отклонение в развитии проявляется, прежде всего, в речевом отставании. Исключение могут составлять лишь некоторые дети с гидроцефалией, у которых достаточно рано формируется способность повторять слова и предложения. Однако и эти дети нуждаются в специальных коррекционных занятиях, направленных, прежде всего, на развитие смысловой стороны речи.

Речь является основой формирования социальных связей ребенка с окружающим миром. Поэтому при отставании в развитии речи у ребенка всегда возникают дополнительные проблемы, связанные с общением.

У детей с отклонениями в развитии, которые в первые годы своей жизни находятся в специальных лечебных учреждениях, отставание в развитии речи особенно выражено по сравнению с теми детьми, которые воспитываются дома. То есть само пребывание малыша в домашних условиях является благоприятным фактором для развития его речи. Однако этот фактор действует лишь в том случае, если родители, особенно мать, уделяют достаточно внимания речевому общению с ребенком, стимулируя его к использованию слов и предложений. Первой задачей матери является формирование у ребенка потребности в общении. А для этого малышу надо прежде всего ощутить реальное преимущество речевого общения с окружающими. Например, если малыш хочет, чтобы мать взяла его на руки, он тянет к ней руки, стремится криком привлечь ее внимание и, наконец, ему удается произнести звукосочетания, похожие на слово «неси»,— мать тут же берет его на руки.

Такие же ситуации возникают при манипуляциях с игрушками, когда ребенок связывает произнесение первых слов или звукосочетаний со значимыми для него действиями или предметами.

Практически каждый ребенок с отклонениями в развитии, за исключением детей с тяжелыми нарушениями речи и слуха, может научиться говорить первые слова с помощью матери. Но для этого матери полезно получать консультации у специалиста — логопеда или дефектолога, а также придерживаться нескольких основных общих правил. Прежде всего, не следует немедленно удовлетворять каждое желание ребенка, надо давать ему возможность выражать свою просьбу любыми доступными ему речевыми средствами. При этом нельзя заставлять ребенка ожидать слишком долго; мать может сама произнести нужное слово, а затем делается небольшая пауза, пока ребенок сам не повторит это слово.

Как только ребенок произнес нужное слово, мать награждает его радостной улыбкой и выполняет просьбу. Если не удается сразу добиться успеха, следует повторять указанный прием изо дня в день.

Обучение ребенка с отклонениями в развитии требует очень большого терпения от родителей, и это, прежде всего, относится к стимуляции его речи. Речь ребенка можно стимулировать посредством подражания звукам. Во время таких игровых занятий важно, чтобы выражение лица матери, ее улыбка, голос вызывали у малыша положительные эмоции и он бы испытывал радость от общения с нею. Если же мать озабочена или огорчена, успех занятий может быть невелик. Неудача в свою очередь еще больше расстраивает мать, усиливает у нее чувство безнадежности; естественно, в этом случае занятия с ребенком малоэффективны.

Речь играет главную роль в регуляции поведения. Словесная регуляция поведения у здорового малыша начинает развиваться очень рано, уже в первые 2—3 года жизни. У ребенка с отклонениями в развитии ее формирование значительно задержано. Такой ребенок игнорирует речевые обращения и инструкции взрослого, в связи с чем его деятельность хаотична и не организована.

Здоровый малыш уже в возрасте 7 месяцев поворачивается на голос матери, смотрит ей в глаза, узнает голоса других близких, а к 9 месяцам отвечает действием на словесные инструкции.

Многие дети с отклонениями развития длительное время не реагируют на голос матери и тем более на речевую инструкцию. В связи с этим нередко создается впечатление, что ребенок не слышит. Однако специальное обследование выявляет у него сохранность слуха.

Следует иметь в виду, что многие словесные инструкции могут быть просто не понятны ребенку с отклонениями в развитии. Поэтому мать должна, прежде всего, научиться правильно давать инструкции своему ребенку: говорить громко, четко и твердо, сопровождая вначале свою речь жестом. Все инструкции должны быть максимально конкретны и основываться на имеющихся у ребенка знаниях и представлениях. Выполнение инструкции надо всегда поощрять.

ногие дети с отклонениями в развитии, как правило, очень восприимчивы к ритму, музыке, пантомиме. Поэтому для развития речи очень полезны специальные игры по звукоподражанию. Например, раскачивая малыша на колене, как на лошадке, повторяют вместе с ним: «Но-но-но!»; или играют в машину и произносят: «Би-би-би».

Однако такие занятия представляют собой лишь подготовительный этап к обучению ребенка речи. При обучении речи важно, чтобы ребенок усвоил значение слов. Для детей с отставанием в умственном развитии это обучение должно быть максимально конкретным и наглядным. Значения слов такой ребенок может усвоить в том случае, если в процессе называния предмета он видит и ощупывает его, производит с ним какие-либо действия. Постепенно ребенок должен научиться понимать назначение предмета, обозначаемого определенным словом.

Только после этого конкретно-наглядного этапа обучения у ребенка развивают простые обобщения. Например, он учится понимать, что слово «чашка» обозначает не только конкретный предмет — его собственную чашку, но и любую другую чашку. Он знает, что этот предмет может быть большим, маленьким, легким, тяжелым, красным, синим, но это все равно чашка, и предназначена она для того, чтобы пить. Затем аналогично формируют обобщающие понятия: «посуда», «игрушки», «одежда» и т. п.

Многие дети с отклонениями в развитии имеют неплохую память. Они могут повторять многие услышанные слова, но не понимать их смысла. Ни в коем случае не следует стимулировать и поощрять ребенка к бессмысленному повторению слов.

Дети с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых методах обучения и воспитания. Эти дефекты могут выступать как основные и являются главной причиной нарушения психического развития ребенка. Кроме того, они могут сочетаться с умственной отсталостью, а также с описанными выше аномалиями развития. Во всех случаях очень важно, чтобы они были как можно раньше выявлены и ребенок получил бы весь комплекс лечебно-коррекционных мероприятий, а также правильное воспитание в семье.

**Воспитание детей со зрительными аномалиями**

Нарушения зрения выражаются как в тотальной (слепота), так и неполной (слабовидение) потере зрения, причем в настоящее время число слабовидящих значительно больше, чем тотально слепых.

Среди основных клинических форм дефектов зрения у детей отмечается преобладание поражений проводящих нервных путей и корковой зоны зрительного анализатора, а также поражения хрусталика глаза (катаракта). Среди различных форм преобладают врожденные катаракты, обусловленные наследственными факторами (в частности, обменными заболеваниями), внутриутробными инфекциями плода. Катаракта бывает и у детей с наследственными формами умственной отсталости, а также у детей, страдающих хромосомными заболеваниями, например болезнью Дауна.

Особой формой патологии зрения у детей, нередко приводящей к полной слепоте, является ретролентальная фиброплазия. Она развивается у недоношенных детей, которые длительное время находятся в кювезах вследствие асфиксии. Повышенное содержание кислорода в воздухе приводит к тяжелым изменениям сосудов, сетчатки, а также стекловидного тела. Заболевание можно обнаружить уже на второй-третьей неделе после рождения путем обследования глазного дна. Для предупреждения этой формы патологии органа зрения акушеры и микропедиатры должны тщательно следить за концентрацией кислорода в воздухе кислородной палаты.

Слепота и слабовидение часто развиваются при различных аномалиях и заболеваниях зрительного нерва. Наиболее часто патология зрительного нерва является следствием общих заболеваний, особенно центральной нервной системы. В детском возрасте выявление заболеваний зрительного нерва, особенно односторонних, затруднено, так как ребенок может не осознавать этого дефекта. Поэтому родителям следует быть особенно внимательными к детям раннего возраста и прежде всего к детям, страдающим гидроцефалией. При прогрессирующей гидроцефалии может развиваться отек зрительного нерва, что при отсутствии лечебных мероприятий вызывает его атрофию и приводит к слепоте. Поэтому, если у ребенка имеются признаки прогрессирующей гидроцефалии, если он перенес тяжелую родовую травму, нейроинфекцию или если у него наблюдаются различные деформации черепа типа «башенного» черепа, необходимо обследование глазного дна. В таком обследовании нуждаются также дети с наследственными заболеваниями нервной системы.

Одной из частых проблем, беспокоящей родителей детей с отклонениями в развитии, является косоглазие. Оно представляет собой не только недостаток внешности. При косоглазии часто нарушается зрительное восприятие, а именно бинокулярное зрение, т. е. возможность одновременно воспринимать обоими глазами все особенности предмета. Бинокулярное зрение имеет важное значение в психическом развитии ребенка.

Различают две основные формы косоглазия — содружественное и паралитическое. От истинного косоглазия следует отличать мнимое, или кажущееся, косоглазие. Ложное впечатление о наличии косоглазия может создаваться, если у ребенка имеет место асимметрия лица и глазниц. Для разграничения истинного и мнимого косоглазия необходимо обследование врача — невропатолога и окулиста.

Истинное косоглазие часто сочетается со снижением остроты зрения.

Выделяют две формы содружественного косоглазия: сходящееся и расходящееся. Наиболее частой причиной содружественного косоглазия являются поражения центральной нервной системы.

При наличии у ребенка косоглазия необходимо определение остроты зрения каждого глаза и обоих глаз вместе, без коррекции и с коррекцией, обследование глазного дна, а также в ряде случаев требуются и специальные электрофизиологические исследования органа зрения.

В настоящее время разработаны разнообразные методы лечения косоглазия, включающие как специальные тренировочные упражнения, назначение очков, так и хирургические методы, а также лазерное лечение. Во всех случаях лечение проводится дифференцированно по назначению и под наблюдением врача-окулиста.

Для детей с отклонениями в развитии особенно важное значение имеет гигиена зрения и общее укрепление здоровья начиная с самого раннего возраста. Родителям следует знать, что любое общее заболевание и в первую очередь детские инфекции (корь, скарлатина и др.) ослабляют детский организм в целом, в том числе и мышечный аппарат глаз, что способствует появлению косоглазия. Во время этих заболеваний следует избегать зрительной нагрузки, не разрешать ребенку рассматривать мелкие предметы, смотреть телевизор.

При наличии у ребенка глазной патологии проводится также комплексное медикаментозное лечение, направленное главным образом на улучшение питания сетчатки и стимулирование ее функции. Применяются комплексы витаминов, АТФ, алоэ, сосудорасширяющие и другие препараты.

Для предупреждения тяжелых дефектов зрения, связанных с недоразвитием зрительных центров коры головного мозга, важное значение имеет раннее лечение, включая по показаниям и хирургическое, а также комплекс коррекционно-воспитательных мероприятий, проводимых в семье.

Родителям ребенка, страдающего дефектами зрения, необходимо четко представлять себе характер зрительного нарушения, степень снижения зрения, состояние интеллекта. Естественно, что психическое развитие ребенка протекает различно в зависимости от того, является ли он слепым или слабовидящим, сочетается ли у него зрительный дефект со снижением интеллекта и в какой степени. Во всех случаях психическое развитие протекает неравномерно. С самого раннего возраста необходимо активизировать функционирование всех сохранных анализаторов, а также постоянно стимулировать остаточное зрение.

Для психического развития ребенка с дефектами зрения решающее значение имеет организация его активной, самостоятельной деятельности, способствующей познанию окружающего мира. Для этого необходимо развитие процессов предметного восприятия на основе двигательно-кинестетических ощущений, речи, памяти, т. е. в основе развития на первом этапе работы лежит комплексный характер восприятия окружающего.

Одной из основных форм общения с маленьким ребенком, имеющим тяжелые дефекты зрения, является тесный физический контакт. Надо чаще брать его на руки, его ручками ощупывать части тела у него самого и у взрослого, тут же называть их, учить его различать отдельные игрушки и предметы обихода на ощупь, одновременно называя их и объясняя их назначение. Важно научить ребенка различать голоса, шаги, прикосновения близких для него людей, развивать у него эмоциональные привязанности.

Особое значение имеет развитие моторики, ручных игровых действий со звучащими игрушками. Слепого и слабовидящего ребенка необходимо специально обучать действиям с предметами и игрушками. Игрушки подбираются с учетом возможности их использования. В настоящее время разработаны специальные приемы воспитания слепых детей раннего возраста в семье.

**Воспитание детей с нарушениями слуха**

**В**особом подходе и методах воспитания нуждаются дети с нарушениями слуха. Нарушения слуха в детском возрасте являются довольно частым дефектом (примерно 16—17 случаев на 1000 человек населения).

Нарушения слуха в зависимости от поражения различных участков слуховой системы делятся на две группы: кондуктивные, обусловленные нарушением проведения звука в наружном или среднем ухе, и перцептивные, при которых нарушено восприятие слухового сигнала. Перцептивные нарушения могут быть связаны как с поражением внутреннего уха, слухового нерва, его ядер, так и слуховых зон коры головного мозга.

По степени снижения слуха различают глухих и слабослышащих детей. К глухим относятся дети с порогом восприятия выше 80 децибелов.

Для нормального психического развития глухого и слабослышащего ребенка ведущее значение имеет раннее (желательно в первые месяцы жизни) начало коррекционной работы, направленной на стимуляцию и развитие слухового восприятия, с использованием сурдологической техники в сочетании с развитием речи. В обучении используется как стимуляция дефектного слухового анализатора, так и подключение сохранных: зрительного, тактильного, двигательного. Особое значение придается раннему включению речи в общение ребенка с окружающими, что открывает перед ним возможности участия в коллективных видах деятельности.

Для детей с дефектами слуха очень большое значение имеет правильное семейное воспитание. Родители должны больше разговаривать со своим ребенком, находясь в поле его зрения. Говорить следует громко, выразительно, сопровождая речь активной жестикуляцией, привлекая внимание ребенка к артикуляции говорящего.

**Воспитание детей с моторными нарушениями**

В особом подходе нуждаются дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Среди них основную группу составляют дети с церебральными параличами.

Детский церебральный паралич обусловлен поражением двигательных зон и проводящих путей головного мозга, поэтому у этих детей наряду с двигательными обычно наблюдаются и речедвигательные расстройства, а также отклонения психического развития.

Степень выраженности и характер проявлений двигательных нарушений различны. При одних формах заболевания больше страдают ноги, при других — руки; недостаточность движений может проявляться на одной стороне тела.

Двигательная недостаточность может быть обусловлена нарушениями равновесия и координации движений или насильственными движениями — гиперкинезами, которые как бы блокируют возможность выполнения произвольных движений. Некоторые дети с церебральным параличом оказываются не в состоянии овладеть навыками ходьбы, самообслуживания, у других наблюдаются более легкие формы заболевания. Однако и они, передвигаясь самостоятельно, испытывают затруднения в развитии целенаправленных, практических действий.

У многих детей имеется сочетание различных форм двигательных нарушений.

Независимо от степени двигательных дефектов у детей с церебральными параличами могут быть нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, умственного развития. Психическое развитие ребенка с церебральным параличом отличается неравномерностью: одни психические функции могут развиваться соответственно возрасту, другие — значительно отстают.

Для большинства детей с церебральным параличом характерно отставание речевого развития. Это связано как с характером самого заболевания, так нередко и с ошибками родителей. Речь развивается только в процессе общения и совместной деятельности, а деятельность ребенка с церебральным параличом ограничена двигательной недостаточностью. Контакты же со сверстниками и окружающими нередко ограничивают сами родители из-за опасения, что малыш может заболеть, а иногда и из-за ложного стыда. Кроме того, если родители стремятся предугадать все желания ребенка, они тем самым препятствуют формированию мотивации к речевому общению.

Важное значение для развития речи у ребенка имеет овладение ходьбой и манипулятивной деятельностью. Неправильное и запоздалое формирование этих функций у детей с церебральным параличом также является одной из причин позднего развития у них речи.

Кроме того, нарушения слуха, которые наиболее характерны для детей с насильственными движениями, также определяют нарушения речевого развития.

**Ранняя стимуляция речевого развития при ДЦП**

У детей с церебральными параличами отставание в развитии речевого общения часто является следствием нарушений речевой моторики. К этим нарушениям относятся ограниченная подвижность мышц языка и губ, насильственные движения, затрудняющие звукопроизношение, расстройства дыхания и голосообразования. У многих детей с церебральным параличом рот полуоткрыт, усилено слюнотечение, наблюдаются затруднения при жевании, иногда при кусании, глотании, питье из чашки и т. п.

Нарушения звукопроизношения усиливаются за счет общих двигательных расстройств. Так, при ярко выраженных насильственных движениях в конечностях усугубляются насильственные движения в мышцах лица и языка, голосового и дыхательного аппарата. При общем повышении мышечного тонуса возникает и напряжение мышц речевого аппарата.

Стимуляция речевого развития у детей раннего возраста с церебральным параличом имеет специфические особенности. Прежде всего, она тесно взаимосвязана с развитием предметной и игровой деятельности. Ребенка учат умению манипулировать предметами и игрушками, поскольку овладение действиями стимулирует и предваряет усвоение значений слов. При проведении этих занятий особенно важен учет двигательных возможностей ребенка. Перед проведением игр-занятий ребенку делают массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику, активизируют внимание, восприятие и произнесение доступных ему звуков, звукосочетаний или простых слов. Массаж и артикуляционная гимнастика зависят от характера поражения артикуляционной моторики. По особенностям их проведения родителям следует получить консультацию у детского невропатолога или логопеда.

Далее мать показывает малышу игрушки, выполняет с ними определенные действия, сопровождая их словами и предложениями. Затем она подключает к игре ребенка и играет вместе с ним, обучая его при этом различным умениям: надевать и снимать кольца с пирамиды, строить дома из кубиков и других деталей, катать шарики и складывать их в коробки, раскладывать предметы по цвету и т. п.

Взрослый показывает и кратко комментирует свои действия. Таким образом у ребенка накапливаются речевые впечатления и развивается способность подражать действиям и речи окружающих. Не следует принуждать к речи и торопить с ответом детей, особенно находящихся на начальных этапах речевого развития. Инструкции типа «скажи», «повтори» могут вызвать у них повышение мышечного тонуса, усиление насильственных движений, что резко затруднит произвольное подключение голоса. В дальнейшем это может способствовать выработке негативизма и возникновению страха речевого общения. Поэтому детей с церебральными параличами побуждают к речи другими приемами. Можно, например, повторять за ребенком только что произнесенные им звуки или вести односторонний «диалог», во время которого взрослый спрашивает и сам отвечает на заданные вопросы.

Поощряя любые звуковые реакции, взрослые не должны повторять за ребенком аморфные слова-корни или искаженные и сокращенные слова. Дети должны слышать только правильно произносимые слова и предложения.

Стимуляции речевого развития способствует звукоподражание. Поскольку период лепета у детей с церебральными параличами часто рудиментарен или вовсе отсутствует, полезно использовать лепетные звуки и так называемую вокальную игру, которые целесообразно сопровождать определенным музыкальным ритмом. Это способствует мышечному расслаблению и координации дыхания, фонации и артикуляции.

Важное значение для стимуляции речевого развития имеют занятия по формированию речевого слуха, звуковысотного и фонематического внимания, восприятия темпа и ритма речи. Развивая звуковысотный слух, малыша учат дифференцировать вариации голоса взрослого по высоте в соответствии с эмоциональной окраской речи. Это достигается выразительным чтением сказок по ролям.

Для развития слухового внимания проводят специальные игры: «Угадай, что звучит», «Чей это голос?», «Откуда слышится звук?». Ребенок должен сосредоточить свой взгляд на издающих те или иные звуки игрушках. Одновременно со взрослым он произносит звуки, слова, изменяет голос по высоте и тембру, регулирует громкость голоса и темп речи.

В дошкольном возрасте стимуляция речевого развития направлена на расширение словаря и развитие грамматического строя речи. Детей ежедневно знакомят с новыми предметами, их словесными обозначениями, и полученные представления закрепляют в процессе игровой деятельности. Занятия по развитию речи проводят поэтапно. В их основе лежит обучение составлению различных видов предложений с постепенным усложнением их синтаксической структуры. С ребенком постоянно разговаривают о том, что он видит в данный момент. Если он говорит неправильно, его не перебивают и не поправляют. Взрослый лишь повторяет эти слова несколько раз правильно и таким образом побуждает ребенка к подражанию. Полезны также специальные игры-занятия, во время которых взрослый просит ребенка называть предметы, действия и изображения на картинках.

Малыша следует также научить специальным приемам сенсорного обследования предметов с обязательным подключением движений, т. е. ребенок должен ощупывать предмет и узнавать его на ощупь, особенно пораженной рукой. Одновременно вводятся слова, обозначающие качества предмета. Для их освоения ребенка учат сравнивать предметы, противоположные по свойствам, например тяжелый с легким, твердый с мягким и т. п. Следует помнить, что качества и свойства предметов только тогда приобретут для ребенка определенную значимость, когда они будут включены в результативную практическую деятельность и игру.

Для закрепления и активизации словаря важное значение имеют игры-упражнения по описанию предметов, отгадыванию загадок, различные дидактические игры, а также повседневное общение с ребенком.

Общие направления стимуляции речевого развития детей с церебральными параличами должны быть индивидуализированы с учетом формы и тяжести заболевания, структуры речевого дефекта, состояния интеллекта, возраста. Однако во всех случаях при проведении специальных игровых занятий важное значение имеет поза ребенка. Ребенок должен находиться в той позе, которая в наибольшей степени способствует мышечному расслаблению, уменьшению насильственных движений. При выборе правильной позы следует прежде всего обращать внимание на положение головы: она не должна быть повернута в сторону, опущена на грудь или поднята вверх и откинута назад. Если ребенок не вполне способен контролировать положение головы, применяют специальные приспособления, прикрепленные к спинке стула. Кроме того, ребенку следует тщательно подобрать стул по высоте и ширине таким образом, чтобы стопы полностью опирались на опору, а также ширину сидения. Если у ребенка слабы мышцы спины и формируется сутулость, то ему под спину подкладывают плотную подушечку, а спереди придвигают стол, в котором имеется специальная выемка для опоры на руки. Во всех случаях надо следить за тем, чтобы поза ребенка была симметричной.

**Воспитание ребенка с нарушениями общения**

Ребенок, активно уклоняющийся от общения с окружающими, должен быть обследован врачом-психиатром и детским психологом. Таким путем будет уточнен диагноз, при необходимости назначено лечение и даны рекомендации родителям по коррекционной работе с малышом. Нарушения общения у детей могут возникать по разным причинам. В особом подходе нуждаются дети с ранним детским аутизмом, который в ряде случаев может сочетаться с органическим повреждением центральной нервной системы, а также иметь место при умственной отсталости, особенно при синдроме ломкой Х-хромосомы, некоторых формах детского церебрального паралича, при врожденных обменных заболеваниях (например, фенилкетонурии), при сенсорных дефектах и др.

При воспитании аутичного ребенка в семье надо стремиться установить с ним взаимодействие, развивать у него предпосылки для бытовой и социальной адаптации — навыки опрятности, самообслуживания, речевого общения, стимулировать у него психическую активность и целенаправленность поведения. При этом одновременно важно преодолевать целый ряд болезненных форм его поведения, таких, как негативизм, аффективная возбудимость, расторможенность влечений, агрессивность, страхи и т. п.

Одной из характерных особенностей детей с аутизмом является преобладание у них стереотипных форм движений, речи и поведения. Правильно используя эти стереотипы и насыщая их эмоциональным взаимодействием с ребенком, можно добиться положительного эффекта в аспекте бытовой и социальной адаптации, т. е. научить его соблюдать порядок, режим дня, освоить бытовые и трудовые навыки.

При работе с возбужденными детьми широко используется музыкальная терапия. Спокойная, мелодичная музыка и пение успокаивают ребенка, создают у него положительный эмоциональный настрой; активизируют его деятельность.

При проведении занятий с аутичным ребенком родителям следует иметь в виду его выраженную психическую пресыщаемость, т. е. невозможность целенаправленно заниматься каким-либо видом деятельности по инструкции взрослого. В тяжелых случаях внимание ребенка удается привлечь лишь на несколько секунд. Эти и другие особенности аутичных детей требуют от родителей большой выдержки и терпения. Большинство детей с аутизмом нуждаются также в специальном медикаментозном лечении и наблюдении у детского психиатра.

Родителям следует иметь в виду, что неконтактность ребенка может иметь множество различных причин и наблюдаться не только у детей с аутизмом. В каждом конкретном случае используются те или иные воспитательные приемы. Иногда неконтактность является единственной особенностью ребенка, отличающей его от сверстников. В этих случаях малая общительность может быть проявлением индивидуального психического склада малыша. Контакты такого ребенка очень избирательны и определяются направленностью его интересов. Родителям мягко и неназойливо следует использовать избирательные интересы ребенка для расширения его контактов со сверстниками.

Причиной неконтактности ребенка может быть психотравмирующая обстановка в семье, которая часто имеет место при распаде семьи, противоречивом подходе к воспитанию ребенка, при алкоголизме родителей, а также при эмоциональном стрессе у матери, возникшем в связи с рождением больного ребенка.

Эти нарушения общения у ребенка имеют вторичный — реактивный характер. Если психотравмирующая ситуация является затяжной, то и стремление уйти от общения со сверстниками и взрослыми приобретает более стойкий характер, постепенно становится личностной особенностью ребенка. Тяжелые переживания формируют у ребенка внутренний конфликт, который и обусловливает нарушения общения: ребенок становится замкнутым, у него наблюдается стойко пониженный фон настроения, он часто плачет, плохо спит, у него снижен аппетит. Иногда такой ребенок становится легковозбудимым, двигательно расторможенным, агрессивным по отношению к некоторым членам семьи или сверстникам. У него легко возникают различные невротические проявления: тики, ночное, а часто и дневное недержание мочи, страхи.

У таких детей иногда наблюдается мутизм — отказ от речевого общения. Это может быть протест против конфликтной ситуации в семье или против поступления в детское учреждение. Бывают случаи, когда ребенок не хочет разговаривать с определенными лицами.

Родителям важно помнить, что мутизм может возникнуть у ребенка с трудностями звукопроизношения, которого принуждают к речи, постоянно поправляют, заставляют говорить правильно. Это особенно часто наблюдается у детей с врожденной повышенной реактивностью центральной нервной системы — у детей с невропатией или врожденной детской нервностью. При воспитании такого ребенка родителям следует постоянно учитывать чрезмерную чувствительность, тревожность, пугливость ребенка. Следует иметь в виду, что эта повышенная чувствительность у ребенка с органическим поражением ЦНС всегда сочетается с ригидностью (негибкостью) нервных процессов. Поэтому любой отрицательный опыт общения фиксируется, и ребенок может длительно избегать общения со сверстниками, в результате чего он оказывается вне детского коллектива.

Одной из причин нарушений общения у детей с отклонениями в развитии может быть изначальная установка родителей на изоляцию ребенка от коллектива здоровых сверстников. Поэтому важно, чтобы родители всячески расширяли круг общения ребенка.

Правильное воспитание ребенка с отклонениями в развитии в семье возможно только в том случае, если родителям, особенно матери, удается сохранить душевное равновесие. Только такая мать становится активным помощником своему малышу. Она старается как можно лучше понять проблемы своего ребенка, внимательно прислушивается к советам специалистов. Такая мать часто ведет дневник наблюдений за своим ребенком. Ведение дневника очень важно не только для родителей, но и для специалистов, наблюдающих ребенка.

Необходимым условием правильного воспитания и наиболее благоприятного развития больного ребенка является адекватное отношение близких к его состоянию. Поэтому родители, имеющие детей с отклонениями в психическом развитии, нуждаются в квалифицированной помощи специалистов, моральной поддержке окружающих.

Для развития здорового и особенно больного ребенка большое значение имеет его общение с матерью, в ходе которого у ребенка формируется эмоционально-коммуникативное поведение, имеющее важное значение для всего дальнейшего психического развития.

Стресс матери, возникающий при рождении больного ребенка, мешает установлению нормальных взаимоотношений со своим малышом. Такая мать скована, напряжена, она редко улыбается, крайне непоследовательна и неровна в обращении с малышом. В результате ребенок растет нервным, возбудимым, у него в еще большей степени проявляется отставание в развитии, особенно задержано развитие речи. В дальнейшем у него нередко наблюдаются выраженные нарушения общения и поведения. Поэтому очень важно, чтобы мать с помощью специалистов — врача и психолога — смогла бы преодолеть свое стрессовое состояние и стать активным участником проведения коррекционной работы со своим ребенком.

Для того чтобы родители могли помочь своему больному ребенку максимально, важно, чтобы они не замыкались в своем горе, а, оставаясь активными членами общества, постепенно вводили в него малыша, постоянно расширяли его контакты с окружающим миром. Важно, чтобы больной ребенок не чувствовал своей исключительности или обделенности. Также необходимо, чтобы и мать не чувствовала себя виноватой или неполноценной, оставалась привлекательной и общительной, сохраняла свои интересы и увлечения, знакомых и друзей. Ни в коем случае не должны быть ущемлены и интересы здоровых братьев и сестер больного ребенка. Нередко здоровому ребенку в таких семьях уделяют мало внимания, требуют, чтобы он всегда уступал больному, не жаловался на его неадекватные поступки. Все это неблагоприятно отражается на развитии личности как больного, так и здорового ребенка, а также на психологическом климате семьи.

Совершенно недопустима и раздражительность взрослых по отношению к больному ребенку. Нельзя допускать, чтобы родители по пустякам кричали на ребенка, несправедливо наказывали его, ставя в пример здорового брата или сестру, не учитывая при этом ограниченные возможности больного малыша.

При воспитании ребенка с отклонениями в развитии очень важно своевременно развивать у него навыки самообслуживания, включать его в жизнедеятельность семьи. К сожалению, часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда родители, потрясенные горем, стараются оградить больного ребенка от всех трудностей, удовлетворяют любые прихоти. Это оказывает крайне неблагоприятное влияние на его психическое, и прежде всего личностное, развитие. Такой ребенок часто становится деспотом, и контакт его с окружающим миром еще более нарушается.

Родители больного ребенка должны быть в своей семье психотерапевтами. Особенно это относится к семьям, в которых имеются дети с церебральным параличом, ранним детским аутизмом, синдромом Ретта, эпилепсией, сложным дефектом, выраженными формами умственной отсталости. Специалисты объясняют родителям, как ухаживать за ребенком и проводить с ним коррекционные упражнения. Создать нормальную психологическую обстановку в каждой семье, имеющей ребенка с отклонениями в развитии, помогает объединение родителей в ассоциации. В настоящее время во всем мире, в том числе и в нашей стране, расширяется сеть ассоциаций родителей детей с отклонениями в развитии.

Воспитание ребенка с отклонениями в развитии — нелегкая задача. Очень важно, чтобы родители и окружающие относились к нему естественно, каков бы ни был у него дефект.

Известно, что душевное состояние ребенка зависит от его отношения к своему дефекту, а не от тяжести самого нервно-психического заболевания, обуславливающего отклонения в развитии. Поэтому главным условием, при котором ребенок с нарушениями развития вырастает общительным и счастливым,— это прежде всего правильное отношение к нему родителей. Если родители получают радость от общения со своим ребенком и любят его таким, какой он есть, не проявляют излишнего беспокойства, чрезмерно не суетятся вокруг него, не критикуют его, не стесняются его внешнего вида и поддерживают его общение с другими детьми, он вырастает уравновешенным, общительным и ему будет легче адаптироваться в коллективе здоровых сверстников. Особенно это относится к детям с физическими недостатками, и прежде всего с церебральным параличом. Жалость и чрезмерная опека родителями этих детей в значительной степени утяжеляет их дальнейшую социальную адаптацию.

Следует также иметь в виду, что все дети с отклонениями в развитии нуждаются в систематическом наблюдении врача (детского психоневролога). Желательно, чтобы ребенок находился под наблюдением одного врача, который знает динамику его развития и поэтому лучше понимает его проблемы. Родителям важно помнить, что постановка диагноза заболеваний, описанных в данном пособии, является только компетенцией врача, кроме того, все семьи, имеющие ребенка с отклонениями в развитии, нуждаются в медико-генетическом консультировании, что обезопасит их семью от повторного несчастья. При этом родителям следует иметь в виду, что полученная ими информация о генетическом риске никогда не бывает абсолютной. Важно, чтобы родители правильно понимали сообщаемую им информацию. Во всех случаях окончательное решение они принимают сами.

В последние годы расширились возможности внутриутробной диагностики многих наследственных заболеваний, при которых имеют место различные отклонения в развитии. Это позволяет получить достаточно достоверные данные о состоянии плода. Среди методов дородовой диагностики в настоящее время наиболее широкое применение получило ультразвуковое исследование плода и амниоцентез. Амниоцентез показан при риске рождения ребенка с тяжелой патологией. Этот риск устанавливается в медико-генетической консультации.

Существуют и другие методы дородовой диагностики аномалий развития, применение которых способствует предупреждению тяжелых врожденных дефектов и пороков развития.

**5.Психологический климат в семье, воспитывающей ребенка раннего возраста с ОВЗ.**

***Характеристика семей, имеющих детей с отклонениями в развитии***

Система социально-педагогической помощи должна быть направлена не на подмену семьи, а на развитие её собственных ресурсов и инициативы, так как только превращение семьи в активного субъекта социально-педагогической деятельности является решающим фактором эффективности процессов реабилитации и интеграции ребёнка. Во многом это зависит от типа внутрисемейных отношений и стиля семейного воспитания. По этим признакам семьи, имеющие детей со значительными отклонениями развития, можно разделить на четыре группы.

*Первая группа:* родители с выраженным расширением сферы родительских чувств. Характерный для них стиль воспитания – гиперопёка. Родители имеют неадекватные представления о потенциальных возможностях своего ребёнка, у матери отмечается гипертрофированное чувство тревожности и нервно-психической напряжённости. Стиль

поведения взрослых членов семьи характеризуется сверхзаботливым отношением к ребёнку, мелочной регламентацией образа жизни семьи в зависимости от самочувствия ребёнка, ограничением от социальных контактов. Этот стиль семейного воспитания характерен для большинства семей матерей – где воспитание полностью лежит на матери.

*Вторая группа* характеризуется стилем холодного общения – гипопротекцией, снижением эмоциональных контактов родителей с ребёнком, проекцией на ребёнка со стороны обоих родителей или одного из них собственных нежелательных качеств. Родители фиксируют излишнее внимание на лечении ребёнка, предъявляя завышенные требования

к медицинскому персоналу, пытаясь компенсировать собственный психический дискомфорт за счёт эмоционального отвержения ребёнка. Отношение к стрессовой ситуации накладывает сильный отпечаток на способ выхода из неё, который избирает семья.

*Третья группа* характеризуется стилем сотрудничества – конструктивная и гибкая форма взаимоответственных отношений родителей и ребёнка в совместной деятельности. Как образ жизни, такой стиль возникает при вере родителей в успех своего ребёнка и сильные стороны его природы, при последовательном осмыслении необходимого объёма помощи, развития самостоятельности ребёнка в процессе становления особых способов его взаимодействия с окружающим миром.

*Четвёртая группа:* репрессивный стиль семейного общения, который характеризуется родительской установкой на авторитарную лидирующую позицию. Как образ отношений проявляется в пессимистическом взгляде на будущее ребёнка, в постоянном ограничении его прав, в жестоких родительских предписаниях, неисполнение которых наказывается. В этих семьях от ребёнка требуют неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, не учитывая при этом его двигательных, психических и интеллектуальных возможностей. За отказ от выполнения этих требований нередко прибегают к физическим наказаниям.

**Адаптация семьи при рождении ребенка с ограниченными возможностями здоровья**

Благополучное будущее семьи и ребенка с особенностями развития зависит от умения родителей адаптироваться к создавшейся ситуации. У многих родителей возникают порой противоречивые чувства по отношению к своему ребенку, то есть иногда они любят его так, как если бы он был здоровым, а потом вновь начинают ощущать всю тяжесть обрушившегося на них горя. Так происходит потому, что в действительности они любят ребенка, но не принимают его болезни и от этого страдают. Родители попытаются решить проблему, посещая одного врача за другим и переходя из одной больницы в другую в поисках специалиста, который предложил бы их ребенку чудесное исцеление. Они испытывают огромное чувство вины, пытаются вернуть себе душевное равновесие и компенсировать болезнь ребенка двумя путями: начинают самоотверженно ухаживать за ним или же с горячностью обвиняют врачей, социальных работников и учителей в невнимании и безответственности. Часто у родителей прослеживаются обе эти тенденции.

Главная причина того, что родителям необходимо быстро прийти к обоюдному согласию, состоит в том, что в противном случае проблемы у ребенка будут возрастать с каждым днем, а счастье и социальные взаимоотношения семьи разрушатся полностью или станут возможными лишь отчасти.

Без правильной психологической поддержки большинство удрученных родителей пробует достичь хоть какого-то согласия, которое бы облегчило их страдания, но нередко это происходит путем нарушения отношений, как с больным ребенком, так и с остальными членами семьи. Наилучшим вариантом будет сохранение добрых нормальных отношений в семье, однако родителям потребуется развить у себя дополнительные качества для того, чтобы помогать ребенку преодолевать его проблемы.

Это значит, что ребенку нужно, чтобы его любили и относились к нему, как к здоровому, воспринимая его таким, каков он есть, независимо от его проблем Подобное отношение, способствующее установлению взаимного контакта между ребенком и остальными членами семьи, позволит ему развивать свои личностные качества в наиболее благоприятной среде. Не имеет значения, что в будущем он не станет физически полноценным, но сумеет без особых конфликтов и разногласий войти в мир, стать добрым, отзывчивым и полезным для окружающих, что, собственно, и делает человека человеком. Как здоровый, так и больной от рождения ребенок, став взрослым, гораздо легче сможет достигнуть своего благополучия и сыграть положительную роль в жизни общества, если растет в радостной, дружной и сплоченной семье. Даже учеба легче дается тому ребенку, который в раннем детстве чувствовал себя в семье спокойно и уверенно.

**Где решение этой проблемы**

Первое потрясение, которое получают родители, узнав о врожденной болезни ребенка, может быть во многом смягчено информацией, предоставляемой врачом в этот трудный для семьи период в осторожной и доступной форме. Многие семьи не имеют такой информации, а их трудности неуклонно возрастают. Если родители испытывают потребность в большей помощи, чем та, что им предоставляется врачом, они должны будут войти в контакт с какой-нибудь ассоциацией, которая могла бы предложить им помощь на соответствующем профессиональном уровне.

Когда родители станут обретать душевное равновесие, им нужно готовиться к тому, чтобы создать необходимые условия для своего ребенка. Наверное, самым важным качеством, которым должна обладать семья, является единство и согласие. Крайне важно, чтобы оба родителя в полной мере разделяли ответственность по воспитанию и уходу за своим ребенком. Любая тенденция к взаимным обвинениям или к меньшему участию в воспитании ребенка, или же, напротив, к взятию на себя одним из родителей всей ответственности может стать разрушительной (Рассказы). Матери склонны брать повышенную ответственность по уходу за больным ребенком. Отцы же считают это в порядке вещей. Матери девять месяцев носят ребенка под сердцем, потому им в первую очередь адресованы советы, что нужно делать для того, чтобы он родился здоровым, и как избежать различных вредностей. Поэтому чаще всего именно женщины испытывают чувство вины, если ребенок рождается с нарушениями развития. Они считают себя несостоятельными как жены и матери и думают, что теперь они одни должны заниматься воспитанием ребенка. К сожалению, врачи зачастую усиливают эту тенденцию, сообщая новости о состоянии малыша только его отцу, чтобы он как можно лучше передал их своей жене, как будто в действительности ее эта проблема нисколько не касается.

Лучше всего, чтобы оба родителя еще теснее сплотились и начали помогать друг другу, полностью разделяя между собой и радости и огорчения. Муж должен осознать, каким огромным утешением для жены является возможность открыто поговорить о ребенке, о них самих, почувствовать себя понятой. Родители с самого начала должны также отдавать себе отчет в том, что потребности есть не только у ребенка, но и у них, и нужно жить дальше. Родители еще нуждаются в том, чтобы побыть друг с другом наедине; им нужны развлечения, друзья, походы в кино, в театр; им нужно получать сексуальное удовлетворение и нужно общаться с другими детьми в семье. Любое ущемление нормальной семейной жизни пойдет во вред как ребенку, так и его братьям и сестрам и самим родителям. Не следует думать, что нужно пожертвовать всем на свете ради ребенка с особенностями развития, который является тяжким бременем для чересчур заботливых родителей. Ведь сам постоянно страдая, такой ребенок заставляет страдать и остальных членов семьи. И, в конце концов, семья от этого может разрушиться. Муж, лишенный внимания жены, может почувствовать ненависть к ребенку, на котором оно сконцентрировалось, и даже может покинуть дом, чтобы найти утешение на стороне. Братья и сестры могут искать выход вне домашнего очага, в котором все подчинено удовлетворению воображаемых потребностей братишки-инвалида. Не нужно впадать в это заблуждение. Больной ребенок испытывает такие же потребности в дружбе и понимании, как и здоровый. Ему необходима любовь, а не избалованность; внимание, а не сострадание, и прежде всего, возможности для развития, чтобы стать самостоятельным членом общества и со временем суметь достичь в нем определенного положения.

**Чувства родителей, воспитывающих ребенка с особенностями развития**

**Смятение, изолированность от общества**

Одной из проблем, с которой сталкиваются родители, узнав о нарушениях развития своего ребенка, является непонимание того, что они должны сказать родственникам, друзьям и соседям. Безусловно, нужно сказать правду. Вы ведь надеетесь, что ваш врач вас не обманет. Вы также не должны никого обманывать. Случается, что некоторые врачи совершают ошибку, скрывая от родителей правду о ребенке из страха повергнуть их в отчаяние. А родители, в свою очередь, скрывают ее от близких и знакомых, чтобы избежать неприятностей. Возможно, что друзья и соседи спросят о ребенке, как только мать возвратится с ним из роддома, и если не сказать им о том, что у малыша есть проблемы - это приведет в будущем к еще большим трудностям. Кто бы ни спросил вас о ребенке, даже если это его братья, скажите попросту и без утайки, что врачи считают, что у него слабые ручки и ножки, или, что есть некоторые задержки физического и умственного развития, или, что у малыша бывают приступы, и что его лечат. Вам не следует стыдиться, и тогда многие постараются оказать вам помощь и поддержку. Если же вы, напротив, скажете, что с малышом все в порядке, то заставите себя лгать и возводить стену отчуждения между собой и своими друзьями. Со временем вам станет все трудней и трудней встречаться с ними. И они, заподозрив неладное, будут задаваться вопросами, отдаете ли вы себе отчет в том, что ваш ребенок страдает дефектами развития или вам просто стыдно признаться в этом. Если вы, действительно, не замечаете либо не хотите замечать особенностей ребенка, подумают они, то лучше оставить все, как есть, и поменьше общаться с вами. Постепенно вы будете все больше изолированы в социальном плане, а сложность ситуации заставит вас в свою очередь избегать ваших друзей.

Разумеется, не у всех окажется достаточно такта, чтобы суметь правильно поддержать вас. Кое-кто будет пытаться убедить вас в том, что диагноз мог быть неверен. Вам скажут, например: "Ну что можно определить в таком раннем возрасте?" или "Когда малыш подрастет, все нормализуется". Вы должны относиться к подобным высказываниям как к проявлениям участия, но при случае постараться дать понять, что желание видеть ситуацию в розовом цвете не сможет помочь изменить ее к лучшему.

Если вы станете говорить с людьми искренне, то очень скоро у вас появится широкий круг друзей, знакомых и соседей, чьи заинтересованность и деятельное участие послужат огромным подспорьем, как для вас, так и для вашей семьи. В противном случае ваше социальное общение будет с каждым разом все более затруднительным, вам будет трудно сталкиваться с внешним миром, а изолированность вашей семьи от общества, которая наступит вслед за этим, окажется, вредна уже сама по себе. Если вы сумеете поддерживать и даже расширять и укреплять ваши социальные контакты, то почувствуете себя достаточно уверенными, для того, чтобы противостоять разного рода наветам и клевете со стороны несведущих людей. Пусть эти люди остаются при своих заблуждениях, а не вы. Не злитесь, когда они оскорбляют вас, постарайтесь помочь им понять вашу ситуацию. Естественное поведение родителей детей-инвалидов в обществе создает лучшие условия для информированности общества о нуждах этих детей и для преодоления существующих в нем предрассудков.

**Помощь**

Родители детей старшего возраста часто жалуются на то, что никто не хочет им помочь. Однако многие люди согласились бы делать это, если бы им предоставили такую возможность. Нужно лишь попросить заранее. Отбросьте излишнюю гордость и не отказывайтесь просить помощь или принять таковую, если вам ее предлагают. Не откладывайте надолго очередную прогулку с мужем. Обратитесь к подруге, чтобы она побыла с ребенком, а сами тем временем сходите развлечься. Если же вы считаете, что никто не хочет вам помогать таким образом; что никто, кроме вас, не способен присмотреть за вашим ребенком; что никто не сможет оказать ему помощь в случае приступа, и что поэтому вы должны неотрывно находиться возле малыша, то вы сами создаете себе повод для беспокойства. Этим вы не только не принесете пользы ребенку, но дадите себе дополнительную нагрузку и поставите под сомнение благополучие всей семьи. Семья не может быть счастливой, если мать будет вечно усталой, измотанной и раздраженой (такие матери, как правило, обрекают себя на самоистязание). Разыщите кого-то, кто смог бы помогать ухаживать за ребенком, будь то медсестра из лечебного учреждения или социальный работник. Вполне вероятно, что местные родительские организации смогут предоставить вам такую помощь. Объясните тому, кто станет ухаживать за ребенком, что нужно вашему малышу, что может произойти в ваше отсутствие и что нужно делать в том или ином случае. Мальчики-подростки также способны справиться с такой работой и охотно будут помогать вам, если вы попросите их об этом. Но общество никогда не поймет проблем детей-инвалидов и не научится любить этих детей и помогать им, если не давать людям возможность ухаживать за ними.

**Конечная цель – социальная интеграция**

Когда пройдет время горьких переживаний и родители решат сделать все, что в их силах, чтобы помочь ребенку, им придется основательно подумать над тем, что же именно они должны делать. Ребенок вырастает. Когда он станет взрослым, его благополучие будет зависеть от того, насколько полно он может быть интегрирован в общество. Если у него есть друзья, если он может жить и работать в коллективе, пользоваться досугом и участвовать в делах этого коллектива - тогда он будет счастлив. Если же, напротив, у него нет друзей, а родные и близкие избегают его вследствие его агрессивности, инфантилизма, необычных черт поведения или просто из-за неумения себя держать в обществе - он будет несчастен. Поэтому самое важное для родителей - всегда помнить о том, что им нужно воспитать человека, умеющего и знающего, как себя вести с людьми в меру своих ограниченных возможностей, и что это, вопреки существующему мнению, вполне выполнимо. Любая неправильная форма поведения, а также поведение неадекватное возрасту сделает трудной или невозможной полную интеграцию в общество.

Однако вы можете спросить: "Что делать, если интеллектуальные возможности ребенка не позволяют ему понять, как правильно себя вести?" Ответ один - это совсем не так. Чтобы научиться социально приемлемым нормам поведения, нужно представлять себе, что вы от него ждете.

**Изменение отношений**

Обычно принято говорить о развитии ребенка, подчеркивая его важность, и лишь немногие понимают, что в равной степени важно развиваться родителям. Однако всем должно быть ясно, что нормальные отношения родителей с детьми со временем претерпевают изменения. То, что составляет основу родительского поведения с двухнедельным младенцем, не подходит для шестимесячного малыша и уж тем более для ребенка пяти лет. Избегайте говорить: "Это всего-навсего младенец" или "Ребенок не может понять" и т. п. Возможно, что эти фразы продиктованы желанием скрыть дефекты ребенка. В таком случае вскоре у вас появится стремление инфантилизировать ребенка, то есть всегда думать о нем как о грудном младенце (и соответственно вести себя с ним), чтобы оправдать его инвалидность. К сожалению, подобное поведение увеличивает беспомощность ребенка, задерживая развитие даже тех его сфер, в которых при достаточных усилиях может наступить улучшение.

У ребенка развиваются сохранные функции, и наряду с этим, все заметнее становятся его особенности. Ему нужны силы, чтобы постепенно входить в жизнь общества. С другой стороны, поддерживать в ребенке беспомощность, чтобы подольше скрывать его болезнь - означает лишать его возможности обрести большую независимость. Для того чтобы помочь ребенку максимально развиваться, вам следует постепенно менять свое отношение к нему, с любовью поощряя всякое его стремление говорить, наблюдать и осваивать окружающее пространство. Месяц за месяцем, год за годом ребенок должен, таким образом, учиться делать то, чего раньше он делать не мог, под чутким и умелым руководством своих родителей. В этом, а не в постоянной зависимости ребенка от вас, заключается истинная родительская любовь. Наступит день, когда ребенку придется жить отдельно от родителей, и даже при тяжелой инвалидности он будет лучше подготовлен к разлуке с вами, если, по крайней мере, достиг той ступени социальной интеграции, когда испытывает потребность и удовольствие от общения с другими людьми и уже психологически независим от родителей.  
 Конечная цель, то есть максимальная независимость ребенка с особыми образовательными потребностями от старших, складывается, таким образом, из уверенности, основанной на нежном, душевном и вдохновляющем внимании родителей и постепенном достижении самореализации, благодаря собственным усилиям и старанию.

**Формирование активной жизненной позиции ребёнка с ограниченными возможностями здоровья в условиях семьи**

Впроцессе воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья важную роль играет *правильное отношение* *родителей к ребенку*. Случается, что родители чрезмерно опекают ребенка, предугадывают его малейшие желания, выполняют любые требования и даже капризы. Такое отношение родителей создает почву для возникновения у детей капризности, упрямства, пассивности, безразличия и безучастности ко всему происходящему вокруг. В этих случаях у детей снижается потребность в речевом общении, в овладении навыками самообслуживания, желании заниматься игровой и любой другой деятельностью.

Другие родители, наоборот, занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании ребенка. Они требуют неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, распоряжений, не учитывая речевых, двигательных возможностей, прибегают к наказаниям. В результате у детей появляется излишняя плаксивость, раздражительность, повышенная возбудимость. Как следствие этого, отмечается расстройство сна, недержание мочи, подергивания в различных частях тела.

Для создания благоприятных условий воспитания в семье родителям, прежде всего, необходимо знать особенности заболевания и развития ребенка, его возможности выполнять те или иные задания, упражнения и т. д.

Большое значение имеет *правильный распорядок дня*: строгое соблюдение режима питания и сна, чередование занятий с отдыхом и прогулками, умеренный просмотр телепередач. Наличие определенного порядка создает условия, при которых у ребенка нет оснований для капризов, для отказа подчиняться ряду установленных требований. Постепенно он упражняется в умении сдерживаться и регулировать свое поведение. При упорядоченной жизни ребенка расширяется его кругозор, обогащается память, формируются наблюдательность и любознательность.

Огромное значение имеет *формирование у детей адекватной самооценки*, развитие у них необходимых в жизни волевых качеств. Родители должны умело формировать мотивационную сторону поведения и интерес к занятиям по овладению речевыми и двигательными навыками, другими видами деятельности. Формирование активных качеств личности в условиях семьи следует начинать с таких видов деятельности, как игра и элементарный труд.

В процессе игровой и трудовой деятельности дети научаются выполнять требования и инструкции взрослых, считаться с интересами окружающих, доводить начатое дело до конца. Если ребенок не хочет выполнять то или иное действие, важно добиться от него осознания цели выполняемого действия путем подсказки со стороны взрослых, разъяснить ребенку значение и смысл, наглядно демонстрировать конечный результат.

В ходе усвоения нового действия родители должны постоянно оказывать ребенку помощь. Варианты помощи меняются в зависимости от возраста ребенка. В младшем дошкольном возрасте родители в основном показывают, как надо выполнять действия или задания. Так, при обучении складывать целое изображение из частей родители сначала могут сами сложить картинку, а затем предложить ребенку собрать изображение по образцу. В старшем дошкольном возрасте рекомендуется сопровождать показ действия словесной инструкцией. Родители побуждают ребенка подумать, каким способом лучше выполнить то или иное задание.

Постепенно требования к ребенку повышаются, предъявляемые задачи усложняются, что способствует развитию у него волевых качеств. Переход к решению более сложных заданий возможен лишь при условии, что ребенок поверил в свои возможности и его не останавливают отдельные временные неудачи. Для формирования у детей адекватной самооценки взрослые должны постоянно оценивать результаты их деятельности, особенно в случаях, когда ребенок очень старался и приложил много усилий.

Существует необходимость *включения ребенка в повседневную* *жизнь семьи.* Ребенок должен в качестве равноправного члена семьи принимать посильное участие в домашних делах и заботах. Родительский такт в таких случаях выражается в умении предложить ребенку доступные и посильные дела. Такое распределение обязанностей в семье будет способствовать сглаживанию у ребенка ощущения ущербности и развитию положительных сторон его личности.

Оптимально организованные условия жизни в семье создадут ребенку с ОВЗ предпосылки для его успешного развития, обучения и дальнейшей социальной адаптации.

***Программа психолого-педагогической помощи родителям***

Сущность программы заключается в том, чтобы помочь родителям ребенка-инвалида перестроить жизненные ценности путем приобщения к работе с ребенком через максимально полное личное участие в его развитии и формирование новой установки на восприятие своих проблем и проблем своего ребенка. Для этого необходимо повысить психолого-педагогическую культуру родителей, это возможно путем индивидуальных консультаций родителей со специалистами. А также психологическая помощь родителям при установлении здорового контакта с ребенком. Кроме того, необходимо личное участие родителя в процессе занятий по формированию необходимых навыков. Содержание предлагаемой комплексной программы включает три блока.

*Первый блок* содержит работу по просвещению родителей:

• медико-социальные проблемы жизнедеятельности лиц с отклонениями в развитии;

• психолого-педагогические и социальные проблемы данной категории лиц;

• роль семейного воспитания в формировании толерантных установок общества на восприятие лиц с отклонениями в развитии.

*Второй блок* программы направляется на коррекцию конструктивного взаимодействия родителей с детьми, имеющими отклонения в развитии.

*Третий блок.* Помощь родителям путем терапевтических методов:

• методы арт-терапии;

• релаксация, транс.

С одной стороны, они испытывают трудности при выборе воспитательных и образовательных средств воздействия на своих детей, а с другой – глубокие, внутренние психологические проблемы, обусловленные рождением в семье аномального ребенка.

Данная программа помогает родителям детей-инвалидов помочь ребенку в освоении необходимых навыков. Работая с родителями поэтапно, можно вселить в них уверенность, выработать верный стиль воспитания, который поможет развиваться ребенку, а так же просветить родителей, познакомив их с необходимой литературой.

**Особенности коррекционной работы с семьями, имеющими ребенка-инвалида**

Семьи, имеющие детей с нарушениями развития, нуждаются в психолого-педагогической помощи с первых месяцев жизни ребенка. Это обстоятельство не так очевидно, как кажется. Хотя во многих случаях признаки неблагополучия можно заметить уже в первые недели жизни, зачастую проходят месяцы и годы, прежде чем с ребенком начинается коррекционная педагогическая работа. Между тем опыт подтвердил, что чем раньше начато оказание помощи, тем больших результатов удается достичь.

Обращение за психотерапевтической помощью – сложный и ответственный шаг для любого человека и для семьи в целом. Пугает опасность постороннего воздействия, необходимость изменения привычного уклада жизни. Обычно за помощью обращаются в крайних, кризисных ситуациях, когда отчаяние пересиливает этот страх. В случаях же не добровольного обращения, а тогда, когда на консультацию к психологу родителей направляют другие специалисты, мы зачастую сталкиваемся с сопротивлением и отсутствием необходимой мотивации для совместной работы. Решение этих проблем требует иногда длительного времени и значительных усилий. Логика воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья требует наличия специальных знаний, перестройки при необходимости межличностных отношений в семье, отказа от порочных

стилей взаимодействия с ним и выработки наиболее оптимальной стратегии и тактики воспитательной работы с учетом дефекта, типа семьи, условий жизни и других факторов. Но надо осознавать, что готовых рецептов воспитания на все случаи жизни никто дать не может. Родители должны сами познать закономерности развития ребенка и соотносить с ними свои действия. Технологии социальной реабилитации включают совокупность

методов и приемов, которые обеспечивают прогрессивное развитие ребенка, имеющего инвалидность. Различают следующие формы реабилитации, взаимосвязанные между собой:

***• Социальная реабилитация*** – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальную адаптацию. Она включает в себя и меры по социальной поддержке, т.е. выплаты родителям пособий и пенсий, надбавок по уходу за ребенком, оказание натуральной помощи, предоставление льгот, обеспечение специальными техническими средствами, протезирование, налоговые льготы.

***• Медицинская реабилитация:*** направлена на восстановление или компенсацию утраченной функции или на возможное замедление заболевания.

***• Психологическая реабилитация:*** воздействие на психическую сферу инвалида, направленное на развитие и коррекцию индивидуально-психологических особенностей личности.

***• Педагогическая реабилитация:*** целый комплекс мероприятий воспитательного характера в отношении детей, направленный на то, чтобы ребенок овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получил школьное образование.

***• Социально-экономическая реабилитация:*** комплекс мероприятий по обеспечению инвалида необходимым и удобным жилищем, денежному обеспечению и тому подобное. ***• Профессиональная реабилитация:*** предусматривает обучение инвалида доступным видам труда, предоставление необходимых индивидуальных технических приспособлений, позволяющих индивиду стать достаточно самостоятельным в быту.

***• Спортивная и творческая реабилитация.*** С помощью спортивных мероприятий, а также восприятия художественных произведений, активного участия в художественной деятельности у детей укрепляется физическое и психическое здоровье, исчезает депрессия, ощущение своей неполноценности.

Для практического решения проблем семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями, необходима разработка основных стратегий, направленных на реализацию помощи семьям данной категории. Однако эти стратегии нельзя определить, не изучив качественные характеристики личностных изменений, возникающих у родителей. Работу желательно строить по следующим направлениям:

• проведение психологического диагностирования семьи;

• разработка основных направлений работы;

• использование психокоррекционных и психотерапевтических приемов, направленных на оказание помощи. Если возникает необходимость, то в рамках диагностического этапа анализируются личностные особенности родителей, в том числе эмоциональные и коммуникативные свойства, определяется уровень тревожности.

Примерный инструментарий для диагностирования семьи: наблюдение, беседы-интервью, проективные методики, личностные тесты (16-факторный личностный опросник Кеттелла, методика аутоидентификации акцентуаций характера (Э.Г. Эйдемиллер), опросник PARI «Измерения родительских установок и реакции, цветовой тест Люшера).

Основные задачи психокоррекционной и психотерапевтической работы:

• помочь родителям принять себя и своих детей, такими какие они есть;

• раскрыть собственные творческие возможности;

• изменить взгляд на свою проблему – воспринимать ее не как «крест», а как «особое предназначение»;

• вооружить родителей различными способами коммуникации;

• научить помогать и поддерживать друг друга;

• помочь избавиться от чувства обособленности и брошенности в своем горе;

• помочь в формировании адекватной оценки психологического состояния детей;

• снятие тревоги и страха отвержения;

• формирование адекватного представления об общественных процессах и месте «особых» людей в структуре общества;

• помочь избавиться от комплекса вины и неполноценности себя и своей семьи. Психотерапевтическая работа может быть осуществлена на нескольких уровнях:

• мотивационном – повышение активности пессимистически настроенных членов семьи, актуализация потребности в самораскрытии;

• эмоциональном – коррекция, состояния родителей и др.членов семьи и формирование умений саморегуляции, снятие эмоционального напряжения;

• поведенческом – формирование эффективных навыков и умений, переоценка жизненной ситуации. Технологии реабилитации детей-инвалидов предполагают обязательное включение родителей в реабилитационные мероприятия, посещение мамами и папами занятий по обучению основам социально медицинской реабилитации, собрания родителей, чтобы конкретизировать дальнейшую работу с ребенком в домашних условиях. Таким образом, идет совместное обучение детей и родителей умениям и навыкам независимой жизни.

**6.Рекомендации родителям по развитию ребенка с ОВЗ.**

**Как создать благоприятную атмосферу в семье?**

В научной литературе синонимами понятия «психологический климат семьи» являются «психологическая атмосфера семьи», «эмоциональный климат семьи», «социально-психологический климат семьи». Следует отметить, что строгого определения этих понятий нет. Например, О.А. Добрынина под социально-психологическим климатом семьи понимает её обобщённую, интегративную характеристику, которая отражает степень удовлетворённости супругов основными аспектами жизнедеятельности семьи, общим тоном и стилем общения.

Психологический климат в семье определяет устойчивость внутрисемейных отношений, оказывает решительное влияние на развитие, как детей, так и взрослых. Он не является чем-то неизменным, данным раз и навсегда. Его создают члены каждой семьи, и от их усилий зависит, каким он будет, благоприятным или неблагоприятным, и как долго продлится брак. Так, для благоприятного психологического климата характерны следующие признаки: сплочённость, возможность всестороннего развития личности каждого её члена, высокая доброжелательная требовательность членов семьи друг к другу, чувство защищённости и эмоциональной удовлетворённости, гордость за принадлежность к своей семье, ответственность.

В семье с благоприятным психологическим климатом каждый её член относится к остальным с любовью, уважением и доверием, к родителям – ещё и с почитанием, к более слабому – с готовностью помочь в любую минуту.

Важными показателями благоприятного психологического климата семьи являются стремление её членов проводить свободное время в домашнем кругу, беседовать на интересующие всех темы, вместе выполнять домашнюю работу, подчёркивать достоинства и добрые дела каждого. Такой климат способствует гармонии, снижению остроты возникающих конфликтов, снятию стрессовых состояний, повышению оценки собственной социальной значимости и реализации личностного потенциала каждого члена семьи. Исходной основой благоприятного климата семьи являются супружеские отношения. Совместная жизнь требует от супругов готовности к компромиссу, умения считаться с потребностями партнёра, уступать друг другу, развивать в себе такие качества, как взаимное уважение, доверие, взаимопонимание.

Когда члены семьи испытывают тревожность, эмоциональный дискомфорт, отчуждение, в этом случае говорят о неблагоприятном психологическом климате в семье. Всё это препятствует выполнению семьёй одной из главных своих функций – психотерапевтической, снятия стресса и усталости, а также ведёт к депрессиям, ссорам, психической напряжённости, дефициту в положительных эмоциях. Если члены семьи не

стремятся изменить такое положение к лучшему, то само существование семьи становится проблематичным.

***Психологический климат*** можно определить как характерный для той или иной семьи более или менее устойчивый эмоциональный настрой, который является следствием семейной коммуникации, то есть возникает в результате совокупности настроения членов семьи, их душевных переживаний и волнений, отношения друг к другу, к другим людям, к

работе, к окружающим событиям. Стоит отметить, что эмоциональная атмосфера семьи является важным фактором эффективности функций жизнедеятельности семьи, состояния её здоровья в целом, она обуславливает стабильность брака. Многие западные исследователи считают, что в современном обществе семья утрачивает свои традиционные функции, становясь институтом эмоционального контакта, своеобразным «психологическим убежищем». Отечественные учёные также подчёркивают возрастание роли эмоциональных факторов в функционировании семьи. В. С. Торохтий говорит о психологическом здоровье семьи и о том, что этот «интегральный показатель динамики жизненно важных для неё функций, выражающий качественную сторону протекающих в ней социально-психологических процессов и, в частности, способность семьи противостоять нежелательным воздействиям социальной среды», не тождествен понятию «социально-психологический климат», которое в большей степени применимо для групп (в том числе малых) разнородного состава, чаще объединяющих своих членов на основе профессиональной деятельности и наличия у них широких возможностей выхода из группы и т.д. Для малой группы, имеющей родственные связи, обеспечивающие устойчивую и длительную психологическую взаимозависимость, где сохраняется близость межличностных интимных переживаний, где особо значимо сходство ценностных ориентаций, где одновременно выделяется не одна, а ряд общесемейных целей, и сохраняется гибкость их приоритетности, адресности, где главным условием её существования является целостность – более приемлем термин «психологическое здоровье семьи».

***Психологическое здоровье*** – это состояние душевного психологического благополучия семьи, обеспечивающее адекватную их жизненным условиям регуляцию поведения и деятельности всех членов семьи. К основным критериям психологического здоровья семьи B.C. Торохтий относит сходство семейных ценностей, функционально-ролевую согласованность, социально-ролевую адекватность в семье, эмоциональную удовлетворённость, адаптивность в микросоциальных отношениях, устремлённость на семейное долголетие. Эти критерии психологического здоровья семьи создают общий психологический портрет современной семьи и, прежде всего, характеризуют степень её благополучия. Итак, что же необходимо преодолеть родителям, чтобы создать благоприятную семейную атмосферу?

Недостатки собственного характера и поведения, которые вы бы не хотели увидеть у своего ребенка:

• повышенный интерес к себе, своей работе, своей внешности;

• нежелание и неумение ради своего ребенка пойти на жертвы, связанные с затратами сил, времени или денег;

• эмоциональное безразличие, неумение видеть, слышать, чувствовать радость и огорчение ребенка;

• чрезмерную опеку, требовательность, контроль и диктат, которые превратились в вашей семье в стереотип поведения;

• конфликтные, недружелюбные, непримиримые взаимоотношения со своим супругом.

**Рекомендации родителям**

***Советы родителям***

**I. Когда вашему ребенку трудно обслуживать себя, вы, естественно, стремитесь все сделать за него сами.** Если вы постоянно делаете все за него, то ребенок никогда не научится делать что-то самостоятельно. Разумеется, вы с нетерпением будете смотреть, как малыш старается что-то сделать и никак не может, поскольку еще плохо управляет своим телом. Тем не менее наберитесь терпения, не браните его и не делайте за него что-то сами. Будьте терпеливы и не раздражайтесь.

**II. Некоторые малыши беспрестанно двигаются.** Одни дети ни на минуту не могут успокоиться, пока не уснут. Другие же и спят беспокойно. Когда вокруг много всяких вещей, которые привлекают внимание, и у нас глаза разбегаются от разнообразия впечатлений, мы рано или поздно все-таки решаем, какой из находящихся предметов нам интереснее больше всего. Ребенок решает эту проблему проще. Его внимание сразу привлекает или самая яркая, или самая близкая вещь. Он сосредотачивает на ней все свое внимание, а остальных предметов просто не замечает. Некоторым людям трудно сосредоточить внимания на чем-то одном. Некоторым детям также трудно сосредоточиться, поскольку они хотят сразу все увидеть, сразу все пощупать, сразу все потрогать. Такие дети пытаются одновременно охватить все, что они видят и слышат, бросаются от одной заинтересовавшей вещи к другой. Про малыша, который чрезмерно активен и слишком много двигается, говорят, что он гиперактивен.

Но есть дети, которые непрерывно двигаются потому, что никак не могут хотя бы чем-нибудь заинтересоваться. Таким детям трудно управлять своим телом так, чтобы при движении не возникало ощущение дискомфорта. Ощущая дискомфорт, такие малыши, прежде чем взять заинтересовавший их предмет, стараются принять удобную позу, но это у них плохо получается.

И гиперактивные и плохо управляющие своим телом дети не способны сосредоточиться на одном предмете из-за того, что их тело не принимает оптимальную для взаимодействия с данным предметом позу. У Вас может создаться впечатление, что такой ребенок сам не знает, чего он хочет.

Если ваш ребенок беспрестанно двигается и все трогает, то вам и окружающим будет трудно не только за ним ухаживать, но и не сердиться за то, что малыш портит ваши вещи и вещи других людей.

**III. Некоторые дети чувствуют себя неуютно, когда рядом с ними нет мамы.** Воспитатель назовет такого ребенка несамостоятельным, а маму, возможно, охарактеризует как слишком опекающую своего ребенка. Когда ребенок имеет какие-то недостатки в развитии, легко превратиться в чрезмерно опекающую маму. Ваш малыш, как и все остальные дети, не сможет выжить без внимания и заботы взрослых. Но он еще нуждается в дополнительных занятиях с ним, благодаря которым он сможет компенсировать или даже преодолеть недостатки своего развития.

Иногда бывает трудно решить, что должны делать вы, что ребенок. Мать, чтобы быть уверенной в том, что малыш получает все, нередко начинает делать за него почти все. Выберите из своего окружения человека, которому вы могли бы доверять ребенка. Многие родители детей с ограниченными возможностями боятся доверять своих детей молодым людям, даже если те умеют заботиться о маленьких детях и любят их. Но это всего лишь предубеждение более взрослого поколения.

Ребенок, став чересчур зависимым от матери, не сможет без нее засыпать или же будет просыпаться, как только она выйдет из комнаты. Если ребенок не отпускает вас, когда вы собираетесь уйти, и не позволяет никому ухаживать за собой, а если вы все-таки уходите, он долго нервничает и капризничает, то это вовсе не означает, что вам нельзя оставлять его. Напротив, это может означать, что вам надо почаще это делать. Очень

важно, чтобы вы и малыш научились на некоторое время обходиться друг без друга.

**IV. Иногда ребенок с недостатками в развитии стремится командовать родителями.**

Есть вещи, которые малыш делает с целью обратить на себя внимание родителей. Он может сильно кричать или капризничать. Он может начинать капризничать, как только мама отходит от него. Он может делать угрожающие его здоровью вещи, и матери приходится все время следовать за ним, чтобы вовремя его остановить. Он может все время что-то ронять, чтобы мать поднимала упавшие предметы. Он может отказываться есть.

Если вы уверены, что ребенок находится в безопасности и ни в чем серьезном не нуждается, то не следует бежать к нему всякий раз, как он начинает кричать. С ним ничего не случится от того, что он немного поплачет или подождет, пока вы закончите свои домашние дела или просто дочитаете газету. Вы не должны чувствовать себя виноватыми оттого, что не проводите все свое свободное время с ребенком, поскольку у вас есть и другие дела, а ребенку необходимо усвоить, что никто не будет терпеть его

капризы.

Разумеется, что вы не захотите, чтобы ребенок чувствовал себя покинутым и одиноким. Поэтому будет неплохо, если ребенок будет играть на ваших глазах, пока вы делаете свои дела.

**V. Иногда дети с недостатками в развитии привыкают спать только в постели своих родителей.**

Спать в одной постели со своими родителями любят почти все дети. Нередко родители беспокоятся о том, что с ребенком что-то случится ночью, а они не уследят, поэтому для собственного спокойствия они кладут ребенка спать вместе с собой. В большинстве случаев полезнее для вас и ребенка спать раздельно. Большинство детей не любят, когда их укладывают спать. Если ребенок перед сном немного покричит, с ним ничего плохого не случится. Посмотрите, все ли у него есть, что ему надо, и удобно ли он лежит, и если это так, то не обращайте внимания на его капризы. Если вы будете спокойно относиться к тому, что малыш спит в своей кроватке, и не будете волноваться по этому поводу, то и малыш будет спать один спокойно. Таким образом, семья в жизни каждого человека играет очень важную роль. Особенно важно осознание семьи для ребенка, личность которого еще только формируется. Для него семья – это самые близкие люди, принимающие его таким, какой он есть, независимо от социального статуса, состояния здоровья и индивидуальных особенностей. Это то место, где можно решить возникшие проблемы, найти помощь, понимание и сочувствие. Но та же семья может стать причиной формирования негативных качеств в ребенке, препятствовать его адаптации в меняющихся жизненных условиях. Именно в семье ребенок усваивает те или иные навыки поведения, представления о себе и других, о мире в целом. Поэтому правильное, адекватное отношение семьи к болезни ребенка, к его проблемам и трудностям – это важные факторы реабилитации растущей личности.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Аксаринa Н. М. Основные этапы и особенности развития высшей нервной деятельности детей раннего возраста. – М.: ЦОЛИУВ, 2009
2. Аксеновa Л. И. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии как одно из приоритетных направлений современной специальной (коррекционной) педагогики // Дефектология. – 2002. – № 3. – с. 9-20.
3. Аксенова Л. И., Лисеев А. А., Тюрина Н. Ш. и др. Программа ранней комплексной диагностики уровня развития ребенка от рождения до 3-х лет // Дефектология. – 2002. – № 5. – с. 3-27.
4. Белобрыкина О. А. Диагностика развития самосознания в детском возрасте. – СПб.: Речь, 2006. – 320 с.
5. Волосовец Т.В. Состояние перспективы развития системы ранней помощи детям в России. // Ранняя психолого-медико-педагогическая помощь детям и их семьям. Материалы конференции.-М.:2003.
6. Диагностика детско-родительских отношений. Исследование личности ребёнка и межличностных отношений в семье//http://www.psylist.net
7. Козьяков Р.В. Особенности подготовки психолога по работе с семьями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями здоровья. //«Экономика и социум» No3(12) 2014
8. Коррекция детско-родительских отношений. Методические рекомендации для специалистов, педагогов образовательных учреждений, родителей./Составитель: Дугинова Е.А./ Новокуйбышевск, 2009г.
9. Малофеев Н.Н.. Реабилитация средствами образования должна начинаться с первых месяцев жизни ребенка. // Альманах ИКП РАО научно-методический журнал, электронное издание <http://almanah.ikprao.ru>
10. Общие правила эффективного общения взрослого и ребенка//http://www.7ya.ru
11. Полезные советы для родителей//http://[www.psycatalog.ru](http://www.psycatalog.ru)
12. Психолого-ᴨедагогическая диагностика развития детей раннего дошкольного возраста: Учебно-методическое пособие / Под научной редакцией Л. А. Федорович. Составители О. В. гнета, И. В. Макаренко, Л. А. Федорович - Кременчуг: Христианская Заря, 2008. - 217с.
13. Роль семьи в воспитании ребенка//http:// www.7ya.ru
14. Роль семьи в коррекционно-образовательном процессе детей с ограниченными возможностями здоровья. Методическое пособие. / МБЛПУ ЗОТ “Центр медицинской профилактики”; ТОУНБ им. А.С. Пушкина, Отдел организации обслуживания инвалидов по зрению; сост. А. А. Коваленко. – Томск, 2012. – 40 с.; 21 см. – (В помощь реабилитологу).
15. Сакаева Д.Р. Нервно-психическое развитие детей раннего возраста и факторы, его определяющие. Обзор литературы / Д. Р. Сакаева, Т. Б. Хайретдинова // Молодой ученый. – 2011. – №6. Т.2. С. 194.
16. Стили родительских отношений и установки//http://www. Family 64.narod.ru
17. Формирование активной жизненной позиции ребенка с отклонениями в развитии в условиях семьи//[www.childpsy.ru](http://www.childpsy.ru)

**Приложение №1.** **Антистрессовые кинезиологические упражнения для учителей, родителей и детей**

Учитывая, что стресс является психофизиологическим состоянием, сопровождающимся нарушением эмоциональной регуляции, устранить его последствия возможно при помощи комплекса кинезиологических упражнений. Кинезиологический комплекс рекомендуется выполнять ежедневно в течение 6—8 недель по 15—20 минут в день. Упражнения следует выполнять сидя. Иногда *для экстренной помощи при стрессе достаточно выполнения одного упражнения, например «Фронтально-акцепитальной коррекции», «Дыхательного упражнения Эверли» или «Постукивания».*

1. «Фронтально-акцепитальная (лобно-затылочная) кор­рекция».*Цель: активизация стволовых структур мозга и межполушарного взаимодействия, ритмирование правого по­лушария, энергетизация мозга, визуализация позитивной си­туации.* Одну ладонь расположить на затылке, другую положить на лоб. Закрыть глаза и подумать о любой негативной ситуации. Сделать глубокий «вдох—пауза—выдох-пауза». Мысленно представить себе ситуацию еще раз, но только в положительном аспекте. Обдумать и осознать то, как можно было бы данную проблему разрешить. После по­явления синхронной «пульсации» между затылочной и лоб­ной частью самокоррекция завершается глубоким «вдохом—паузой—выдохом—паузой». Упражнение выполнять от 30 секунд до 10 минут до возникновения синхронной пульсации в ладонях.
2. «Растяжка ахиллова сухожилия».*Цель: снятие рефлекса защиты ахиллова сухожилия.*

*1-й вариант.* Легко ущипнуть одноименными руками оба ахиллова сухожилия (над пяткой), затем подколенные су­хожилия. Мягко погладить их несколько раз, «сбрасывая» встороны и наружу.

*2-й вариант.* Стоя, держаться руками за спинку стула. Располо­жить одну ногу впереди корпуса тела, а другую сзади. Делать выпады на колено ноги, выставлен­ной вперед. Нога, расположенная сзади, должна быть прямой. Корпус держать прямо. Повто­рить то же для другой ноги.

*3-й вариант.* В позиции сидя положите лодыжку на дру­гое колено. Найдите руками напряженные места в икро­ножной мышце и, придерживая их, сгибайте и разгибайте стопу. Повторите то же для другой ноги.

**3.** «Маятник».*Цель: снятие рефлекса периферического зрения, ритмирование правого полушария, активизация ство­ловых структур мозга и межполушарного взаимодействия, энергетизация мозга.* Голова фиксирована. Глаза смотрят прямо перед собой. Необходимо отрабатывать движения глазами по четырем основным (вверх, вниз, направо, на­лево) и четырем вспомогательным направлениям (по диа­гоналям); сведение глаз к центру. Движения глаз необхо­димо совмещать с дыханием. На фазе глубокого вдоха делайте движения глазами, затем удерживайте глаза в край­нем латеральном положении на фазе задержки дыхания.

Возврат в исходное положение сопровождайте пассивным выдохом. Упражнение выполняйте с подключением одно­направленных движений языка (глаза и язык вправо — вдох, пауза, в исходное положение — выдох, пауза, глаза и язык влево — вдох, пауза, в исходное положение — выдох, пауза и т. д.).

**4.** «Постукивание».*Цель: энергетизация мозга, активи­зация нейрогуморальной регуляции.* Сделайте массаж в области вилочковой железы (на грудине) в форме легкого постукивания 10—20 раз круговыми движениями слева на­право.

**5.** Дыхательное упражнение.*Цель: активизация работы стволовых отделов мозга, ритмирование правого полушария, энергетизация мозга.*

*1-й вариант.* Вдох, пауза, выдох, пауза. При выполнении дыхательных упражнений более эффективно дополнитель­но использовать образное представление (визуализация), т.е. подключать правое полушарие. Например, возможен образ желтого или оранжевого теплого шарика, расположенного в животе, соответственно надувающегося и сдувающегося в ритме дыхания. При вдохе губы вытягиваются трубочкой и с шумом «пьют» воздух.

*2-й вариант.* Дыхание только через левую, а потом толь­ко через правую ноздрю (при этом для закрытия правой ноз­дри используют большой палец правой руки, остальные пальцы смотрят вверх, а для закрытия левой ноздри приме­няют мизинец правой руки). Дыхание медленное, глубокое. Дыхание только через левую ноздрю активизирует работу правого полушария головного мозга, способствует успоко­ению и релаксации. Дыхание только через правую ноздрю активизирует работу левого полушария головного мозга, способствует решению рациональных задач.

*3-й вариант.* Глубоко вдохнуть. Пауза. На выдохе произ­носить звуки: пф-пф-пф-пф-пф. Пауза. Вдох. Пауза. На вы­дохе: р-р-р-р. Пауза. Вдох. Пауза. На выдохе: з-з-з-з. Пауза. Вдох. Пауза. На выдохе: ж-ж-ж-ж. Пауза. Вдох. Пауза. На выдохе: мо-ме-мэ-му.

*4-й вариант.* Сжать пальцы в кулак с загнутым внутрь большим пальцем. Сделать выдох спокойно, не торопясь, сжать кулак с усилием. Затем, ослабляя усилие сжатия кулака, сделать вдох. Упражнение повторить пять раз. Выпол­нение упражнения с закрытыми глазами удваивает эффект. Упражнение также помогает в точном запоминании важной и сложной информации.

Дыхательное упражнение Эверли (Everly G.S.).*Цель: активизация работы стволовых отделов мозга, ритмирова­ние правого полушария, энергетизация мозга, снятие мышеч­ного напряжения, ликвидация ощущения тревоги, снижение частоты сердечных сокращений.* Регулярное систематичное (1—2 недели) выполнение данного упражнения сформирует своего рода антистрессовую установку. Последующие стрессовые ситуации будут переживаться более спокойно и менее разрушительно для вас. Закрыть глаза, положить ле­вую руку на пупок, а правую руку сверху так, как вам удоб­но. Вообразить внутри себя надувной резиновый шарик (ви­зуализация). На вдохе представлять, как воздух входит через нос, идет вниз и надувает шарик. По мере заполнения шарика воздухом руки будут подниматься вверх. Надувание шарика в области живота должно переходить в среднюю и верхнюю часть грудной клетки. Продолжительность вдоха должна составлять 2 секунды. По мере совершенствования навыка ее можно увеличить до 3 секунд. Задержать дыхание (не более 2 секунд). Повторять про себя фразу: «Мое тело спокойно». Медленно начать выдох. Продолжать повторять про себя фразу: «Мое тело спокойно». Продолжительность выдоха должна длиться не менее 3—4 секунд. Повторить это  
четырех фазовое упражнение не более 3—5 раз. При голо­вокружении необходимо прекратить упражнение, а в сле­дующий раз сократить продолжительность вдоха, паузы и выдоха. Упражнение можно выполнять утром, днем и вече­ром, а также в стрессовой ситуации.

Методика стирания стрессовой информации из памяти (визуализация).Сядьте и расслабьтесь. Закройте глаза. Пред­ставьте перед собой чистый альбомный лист бумаги, каран­даши, ластик. Мысленно нарисуйте на лис­те негативную ситуацию, которую необходимо забыть. Это может быть реальная картинка, образная ассоциация, сим­вол и т.д. Мысленно возьмите ластик и на­чинайте последовательно «стирать» с листа бумаги создан­ную негативную ситуацию. «Стирайте» до тех пор, пока с листа не исчезнет картинка. Откройте глаза. Произведите проверку. Для этого закройте глаза и представьте тот же лист бумаги. Если картинка не исчезла, снова возьмите стара­тельную резинку и «стирайте» до ее полного исчезновения. Через некоторое время методику можно повторить.

В результате выполнения антистрессовых упражнений восстанавливается межполушарное взаимодействие и акти­визируется нейроэндокринный механизм, обеспечивающий адаптацию к стрессовой ситуации и постепенный психофи­зиологический выход из нее.

**Приложение № 2. Памятка для педагогов, родителей**

**«Особые дети – особое общение»**

Часто родители отмечают, что ребенок капризен, раздражителен, обидчив, криклив или, наоборот, чрезмерно застенчив. Он стал ранимым, впечатлительным или безучастным ко всему, плаксивым, конфликтным, постоянно недовольным всем. У него нарушены сон и аппетит, отмечаются вспышки гнева и перепады настроения, значительно снижен интерес к играм, занятиям, учебе, затруднено общение и т.д. Как правило, такие состояния возникают у детей и подростков при наличии внутреннего психологического дискомфорта, проявляющегося в нарушении эмоциональных и поведенческих реакций, характерных для данного возрастного периода - детского или подросткового невроза. Большинство неврозов, которые человек приносит с собой во взрослую жизнь, являются прямым результатом психологического неблагополучия в детстве или подростковом периоде.

**Система взаимодействия родителей и детей "Особые дети - особое общение"** дает возможность коррегировать негативное и конфликтное поведение ребенка конкретно. Она позволяет изменить внешнюю сторону общения. Каждая рекомендация основана на реализации определенного закона психологического развития ребенка.

Выражение лица - доброжелательное, приветливое, теплое, нераздраженное.

Тон голоса в разговоре с ребенком - доброжелательный, приветливый в любых ситуациях.

В речи избегать употребления:

* всех частиц НЕ. Нужную фразу можно построить, не используя их;
* приказных фраз;
* повелительного наклонения (например, возьми, скажи, сделай);
* глаголов "должен", "обязан", "нужно".

Желательно использовать сослагательное наклонение; местоимение МЫ (вместо Я и ТЫ).

Не надо:

* вставать на сторону людей, обвиняющих Вашего ребенка публично (лучше потом, без посторонних, спокойно, с глубоким пониманием ребенка обсудить возникшую проблему и помочь ее решить);
* хвалить в присутствии ребенка других и ставить кого-либо в пример.

Помните:

* телевизор, видео - не нянька, т.е. нужно вместе с ребенком смотреть передачи. Это способствует снятию напряжения, волнения, восстанавливает эмоциональный контакт с ребенком, улучшает его, дает возможность объяснить непонятное, побеседовать, задать вопросы;
* если Вы огорчены чем-то, постарайтесь объяснить ребенку, что это связано не с ним, что, находясь рядом с Вашим ребенком, будете в лучшем настроении, так как Ваш сын или дочь - это радость;
* от Вас ребенку необходимо как можно больше тактильных контактов: обнять, погладить, приласкать.

Старайтесь:

* Не говорить с иронией или насмешкой;
* Не делать постоянных замечаний, особенно мелочных;
* Не ругаться и не кричать на ребенка (вместо этого можно сказать, что именно Вас рассердило или обидело в его поведении);
* Всегда быть с ребенком вежливым, теплым;
* Не торопить и не подгонять ребенка;
* Как можно чаще высказывать одобрение, похвалу, эмоциональное принятие Вашего ребенка, и не за что-то, а только потому, что это Ваш ребенок, несмотря на все проблемы;
* Как можно чаще подтверждать свою любовь к нему: ведь это Ваш ребенок;
* Не говорите ребенку, что не любите его;
* Не давать ребенку чувствовать себя плохим (плохими могут быть его поступки, но не он сам).

От неправильного поведения или занятия старайтесь ребенка отвлекать, предлагая не менее 2-3 вариантов деятельности или занятий.

Несколько способов высказать одобрение:

* Молодец!
* Правильно!
* У тебя это здорово получилось!
* Ты сегодня хорошо потрудился!
* Я знала, что ты справишься!
* Неплохо!
* Отлично!
* Ты быстро научился!
* Это то, что надо!
* С каждым днем у тебя получается лучше!

ЛЮБИТЕ РЕБЕНКА ТАКИМ, КАКОЙ ОН ЕСТЬ.

НЕ ЖДИТЕ ОТ НЕГО НЕВОЗМОЖНОГО.