

**С.Ю. Бенилова
Л.Р. Давидович
Н.В. Микляева**

**ДОШКОЛЬНАЯ ДЕФЕКТОЛОГИЯ:
ранняя комплексная профилактика
нарушений развития у детей
(современные подходы)**

Рекомендовано УМО по образованию в области
подготовки педагогических кадров в качестве
учебного пособия для студентов высших учебных
заведений, обучающихся по специальности 050717 —
Специальная дошкольная педагогика и психология
и по направлению 050700 «Специальное
(дефектологическое) образование»
(профиль «Дошкольная дефектология»)

**Москва
ПАРАДИГМА
2012**

УДК 376.1(075.8)

ББК 74.3я73-1

Б46

Р е ц е н з е н т ы:

И.В. Юганова — Кандидат педагогических наук, профессор кафедры педагогики и методики дошкольного образования Московского гуманитарного педагогического института

В.А. Козлова — Доктор педагогических наук, доцент кафедры педагогики и психологии, профессор Московского государственного университета имени М.А. Шолохова

Бенилова, Светлана Юрьевна, Давидович Людмила Рафаиловна, Микляева Наталия Викторовна

Б46 Дошкольная дефектология : ранняя комплексная профилактика нарушений развития у детей (современные подходы)/С.Ю. Бенилова, Л.Р. Давидович, Н.В. Микляева. — М. : Издательство «Парадигма», 2012. — 312 с. — (Специальная коррекционная педагогика).

ISBN 978-5-4114-0008-0.

Агентство СИР РГБ.

Учебное издание рассматривает содержание профессиональной подготовки бакалавров специального (дефектологического) образования с позиции ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей, выступая в качестве дополнения к учебникам по дошкольной дефектологии. В нем систематизированы теоретические основы формирования представлений о развитии ребенка, которые опираются на исследования в области филогенеза и онтогенеза, характеристику сенситивных и кризисных периодов его развития. Описаны факторы, влияющие на развитие детей, их адаптацию и потенциалы воспитания и обучения. На основе учета данных факторов и междисциплинарного подхода к взаимодействию специалистов представлена программа ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей и раскрыта взаимосвязь профилактической и пропедевтической работы в ходе коррекционно-педагогического процесса в образовательном учреждении и сотрудничества с родителями.

Учебное пособие разработано в соответствии с ФГОС ВПО и предназначено для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению профессиональной подготовки 050700 — Специальное (дефектологическое) образование (профиль подготовки — дошкольная дефектология).

УДК 376.1(075.8)

ББК 74.3я73-1

ISBN 978-5-4114-0008-0

© Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р.,
Микляева Н.В., 2012

© Издательство «Парадигма», 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

Пояснительная записка	6
Раздел I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О РАЗВИТИИ РЕБЕНКА	9
Глава 1. Эволюция нервной системы	9
1.1. Филогенез нервной системы	9
1.2. Онтогенез нервной системы человека	13
<i>Вопросы и задания</i>	16
Глава 2. Периоды развития ребенка	17
2.1. Современные представления о периодах развития организма	17
2.2. Периоды развития ребенка до 1-го месяца	25
2.2.1. Антенатальный период	25
2.2.2. Интранатальный период	35
2.2.3. Постнатальный период	38
2.2.3.1. Неонатальный период	38
2.3. Периоды развития ребенка от 1-го месяца жизни до 3-х лет	46
2.3.1. Младенческий возраст	46
2.3.2. Ранний дошкольный возраст	61
2.4. Периоды развития ребенка от 3-х лет и старше ..	65
2.4.1. Дошкольный возраст	65
2.4.2. Младший школьный возраст	74
2.4.3. Школьно-пубертатный возраст	84
<i>Вопросы и задания</i>	89
Глава 3. Критические периоды развития	90
<i>Вопросы и задания</i>	96
Раздел II. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ	97
Глава 1. Понятие «факторов риска»	97
1.1. Биологические факторы	100
1.2. Семейные факторы	108
1.3. Психологические факторы	120
1.4. Социальные факторы	123
1.5. Эмоциональные факторы	127
<i>Вопросы и задания</i>	137

Глава 2. Влияние факторов развития на состояние адаптационных механизмов в процессе воспитания и обучения детей	138
2.1. Факторы развития и состояние адаптационных механизмов у детей	138
2.2. Влияние двигательной активности на состояние адаптационных механизмов	143
2.3. Влияние развития речи на формирование адаптационных механизмов	144
2.4. Факторный подход как основа сопровождения социализации ребенка в процессе его воспитания и обучения	147
<i>Вопросы и задания</i>	148

Раздел III. ПРОГРАММА РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ	150
Глава 1. Основные положения программы	150
1.1. Актуальность организации ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей	150
1.2. Принципы, цели, задачи, направления программы ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей	155
<i>Вопросы и задания</i>	159

Глава 2. Содержательный и организационный компоненты программы	160
2.1. Содержание программы ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей	160
2.1.1. Антенатальный период	165
2.1.2. Интранатальный период	173
2.1.3. Неонатальный период	176
2.1.4. Младенческий возраст	181
2.1.5. Ранний дошкольный возраст	196
2.1.6. Дошкольный возраст	218
2.1.7. Школьный возраст (младший школьный и школьно-пубертатный)	250
2.2. Формирование и укрепление адаптационных механизмов у детей дошкольного возраста в структуре ранней комплексной профилактики	254
2.3. Организация комплексной профилактики нарушений развития	259
<i>Вопросы и задания</i>	263

Глава 3. Пропедевтические компоненты программы ...	264
3.1. Взаимосвязь системы профилактической	
и пропедевтической работы в образовательном	
учреждении	264
3.1.1. Динамическое наблюдение за ребенком	
и разработка программы индивидуальной	
психокоррекционной работы	264
3.1.2. Проектирование элементов коррекционно-	
развивающей работы в системе пропедевтических	
мероприятий, ориентированных на групповые	
и фронтальные формы работы с дошкольниками ...	267
3.1.3. Совершенствование системы управления	
качеством коррекционно-педагогического процесса	
с позиции пропедевтики нарушений развития	
способностей детей	280
<i>Вопросы и задания</i>	287
<i>Литература</i>	288
Приложение 1.	
Система общения «Особые дети — особое общение»	293
<i>Вопросы и задания</i>	301
Приложение 2. Рисунки	302
Приложение 3. Примечания	308

Пояснительная записка

Настоящее учебное издание рассматривает содержание профессиональной подготовки бакалавров специального (дефектологического) образования с позиции ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей, выступая в качестве дополнения к учебным пособиям по дошкольной дефектологии:

Винокуров А.Н. Основы педагогической диагностики и профилактики нервно-психических нарушений у детей и подростков: учеб. пособие. — Кострома, 1994.

Специальная педагогика / под ред. Н.М. Назаровой. — М.: АCADEMA, 2000.

Микляева Н.В., Микляева Ю.В. Дошкольная педагогика. Теоретико-методические основы коррекционной педагогики: учеб. пособие для студентов высших и средних учебных заведений. — М.: ВЛАДОС, 2008.

Специальная (коррекционная) дошкольная педагогика : учеб. пособие // под ред. В.И. Селиверстова. — М.: ВЛАДОС, 2010.

При этом в данном учебном пособии особое внимание уделено расширению и углублению содержания дошкольной дефектологии с учетом перспектив развития специальной педагогики и специального образования. В частности, в соответствии с международными нормативно-правовыми актами, к которым присоединилась Россия, все большее распространение получает «осуществление комплекса мер, направленных на профилактику возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня), или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня)». Значимость комплексной профилактики диктует свои требования к обновлению содержания курсов профессиональной подготовки дошкольных дефектологов.

В связи с этим в учебном пособии приводится оригинальная концепция ранней комплексной профилактики нарушений развития детей, в своей основе медико-психолого-педагогической, т. е. междисциплинарной.

Обосновывая необходимость проведения такой профилактики, в пособии рассматриваются всевозможные факторы, причины и предпосылки, воздействующие на ребенка в раз-

личные периоды развития (внутриутробном, неонатальном, младенческом, раннем, дошкольном, младшем школьном и школьно-пубертатном возрастах) и приводящие к различным нарушениям развития у детей (психического, речевого, эмоционального, отклонений в поведенческой сфере и пр.).

Для исчерпывающего и всестороннего понимания очерчиваемых проблем авторы подробно описывают все этапы развития ребенка, начиная с его внутриутробного периода, касающиеся всех сторон формирования двигательного, психического и эмоционального, речевого и познавательного, социального развития. При этом на материале отечественных и зарубежных исследований описывается как нарушения развития отражаются на проблемах социализации детей, потенциалах их воспитуемости и обучаемости.

В этом отношении пособие представляет собой руководство для студентов, позволяющее сформировать у них готовность и комплекс компетенций, необходимых для комплексного решения ранней медико-психолого-педагогической комплексной профилактики. В нем излагаются требования к созданию условий для развития детей в соответствии с возрастной периодизацией: внутриутробное развитие, развитие детей в неонатальном периоде, младенчестве, раннем, дошкольном, младшем школьном и школьно-пубертатном возрастах. Особое внимание обращено на влияние стилей общения с детьми в семье и образовательных учреждениях, на полноценное формирование различных сторон развития ребенка, в том числе на создание мотивации интеллектуально-познавательной деятельности и адекватной самооценки, устранение эмоционально-поведенческих нарушений. Поэтому в книге представлены рекомендации, способствующие предупреждению отклонений, установлению взаимосвязи между профилактикой и пропедевтикой нарушений развития, коррекционно-педагогическому сопровождению ребенка в семье, образовательном и медицинских учреждениях.

Таким образом, структура учебного пособия достаточно полно охватывает теоретические и практические основы комплексной профилактики как феномена дошкольной дефектологии, обозначенные в ФГОС ВПО по направлению профессиональной подготовки 050700 — специальное (дефектологическое) образование и примерных учебных программах дисциплин базовой части профессионального блока.

ка, и может быть рекомендована для студентов, обучающихся по данному направлению подготовки.

Книга представляет интерес для широкого круга специалистов, работающих с детьми: логопедов, дефектологов, социальных педагогов, педагогов образовательных учреждений, педагогов-воспитателей дошкольных образовательных учреждений, детских психиатров, детских неврологов, педиатров, врачей акушеров и гинекологов, психологов, педагогов-психологов образовательных учреждений, клинических психологов в составе учреждений здравоохранения и специалистов социальной защиты.

Раздел I

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

О РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Глава 1

ЭВОЛЮЦИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Нервная система — целостная морфологическая и функциональная совокупность различных взаимосвязанных нервных структур, которая совместно с гуморальной системой обеспечивает взаимосвязанную регуляцию деятельности всех систем организма и реакцию на изменение условий внутренней и внешней среды и действует как интегративная система. Нервная система высших животных и человека представляет собой результат длительного развития в процессе приспособительной эволюции живых существ. Развитие центральной нервной системы происходило, прежде всего, в связи с усовершенствованием восприятия и анализа воздействий из внешней среды.

Вместе с тем совершенствовалась и способность отвечать на эти воздействия координированной, биологически целесообразной реакцией. Развитие нервной системы шло также в связи с усложнением строения организмов и необходимостью согласования и регуляции работы внутренних органов. Для понимания деятельности нервной системы человека необходимо познакомиться с основными этапами ее развития в филогенезе.

1.1. Филогенез нервной системы

Сложные морфологические и функциональные особенности нервной системы возникли в результате длительной эволюции. Филогенез нервной системы представляет собой путь от простейшей рефлекторной дуги до многосинаптических рефлекторных систем, обеспечивающих наиболее дифференцированные и сложные формы реагирования организма [2]. Любая живая ткань обладает свойством раздражимости, способностью так или иначе реагировать на внешнее раздражение.

У самых низкоорганизованных животных, например у амебы, еще нет ни специальных рецепторов, ни специального двигательного аппарата, ни чего-либо похожего на нервную систему. Любым участком своего тела амеба может воспринимать раздражение и реагировать на него своеобразным движением, образованием выроста протоплазмы. У многоклеточных организмов в процессе приспособительной эволюции возникает специализация различных частей тела. Появляются клетки, а затем и органы, приспособленные для восприятия раздражений, для движения и функции связи и координации.

Появление нервных клеток не только позволило передавать сигналы на большее расстояние, но и явилось морфологической основой для зачатков координации элементарных реакций, что привело к образованию целостного двигательного акта. В дальнейшем по мере эволюции животного мира происходило развитие и усовершенствование аппаратов рецепции, движения и координации. Возникали разнообразные органы чувств, приспособленные для восприятия механических, химических, температурных, световых и иных раздражителей. Появился сложно устроенный двигательный аппарат, приспособленный, в зависимости от образа жизни животного, к плаванию, ползанию, ходьбе, прыжкам, полету и т. д. В результате сосредоточения, или централизации, разбросанных нервных клеток в компактные органы возникли центральная нервная система и периферические нервные пути.

Мозг стоит над другими органами и системами организма, несет верховную функцию. Формирование этого сложного органа происходило постепенно и проходило определенные этапы развития [46]. Ознакомление с вопросами филогенеза нервной системы дает ясное представление о том, что как в процессе эволюции формировались нервные механизмы, начиная от нервной клетки ганглионарного узла низших животных до сложных мозговых механизмов высших позвоночных и, наконец, человека.

По сравнению с гуморальной регуляцией, эволюционно более древней, нервная регуляция отличается рядом преимуществ: *быстрой проведения раздражения и более «прицельным» характером поведения*. Гуморальные факторы сравнивают с сигналом, который «адресован всем» (рис. 1 в приложении 2).

Возникновение нервных клеток означало появление специализированного аппарата приема, накопления и перераспределения раздражающих стимулов, сначала в масштабе отдельных зон, а затем всего организма.

Образование связей между нервными клетками и формирование примитивной нервной системы привели к качественно новому уровню интеграции организма. Передача раздражения по нервным путям напоминает информацию, направленную по определенному адресу. В примитивной нервной системе возбуждение может распространяться в любом направлении. Однако, при таком строении невозможна высокая координация реакций, хотя в целом все же обеспечивается определенное участие всего организма в той или иной реакции. Накопление возбуждения в такой нервной сети уже создает предпосылки «памяти», т.е. реагирование на данный раздражитель может зависеть от предшествующего раздражителя: от краткой «предыстории» организма. Функциональная общность нервной системы обеспечивается благодаря наличию тесной связи между отдельными элементами.

На начальных этапах филогенеза нервная система представлена в виде синцития. У низших беспозвоночных животных имеется протоплазменная непрерывность между отростками нервных клеток. Раздражение свободно распространяется по нервным клеткам без особой дифференциации. В последующем происходит образование узловой системы, появляются отдельные относительно самостоятельные узлы, цепочка узлов с сегментарным распределением. При этом нервные аппараты отдельных сегментов могут функционировать самостоятельно.

Дальнейшее усложнение нервной системы у живых организмов заключается во все большей специализации нервных клеток, появление афферентных и эфферентных систем. Происходит формирование рецепторов и дифференцированное восприятие сигналов, настройка на определенные раздражители. Далее, на более поздних стадиях филогенеза, прежде всего у человека, начинается специализация нервных клеток, которая сопровождается появлением синапсов. Вероятно, на этом этапе возникают примитивные кольцевые структуры регуляции отдельных функций, появляются автономные ганглии. При их формировании становится отчетливо виден сегментарный принцип иннервации: каждый узел соответствует определенному сегменту тела. На уровне от-

дельного сегмента осуществляется весьма четкая регуляция. Благодаря ганглиозной нервной системе становятся возможными сложные формы реагирования: в ганглиях «заложены» разнообразные программы действия. Однако сегменты связаны между собой недостаточно и еще не выражено координирующее влияние какого-либо одного центра. Подобные сложные автоматизмы широко представлены в мире насекомых.

В процессе дальнейшей эволюции развитие нервной системы, поздний период филогенеза, шло по пути постепенной цефализации, т. е. преобладания головных отделов, что привело к формированию головного мозга, коры больших полушарий как наивысшего отдела центральной нервной системы (рис. 2 в приложении 2).

В процессе филогенеза идет постепенная надстройка высших этажей центральной нервной системы и их постепенное усложнение. Уже у позвоночных организмов наряду с сегментарной организацией нервной системы в оральном отделе развиваются важные образования, подчиняющие себе деятельность нижележащих отделов. Эта закономерность особенно проявляется у млекопитающих. У позвоночных появляются большие полушария, особенно развитые у высших позвоночных и представляющие основную массу мозга у человека [2]. Пирамидная система у человека также достигает наивысшего развития.

Наибольшей сложности нервная система достигает у млекопитающих, у которых значительно развиты кора больших полушарий, особенно лобных долей, мозолистое тело, соединяющее оба полушария; формируется пирамидная система, имеющая значение для иннервации тонких произвольных движений. Пирамидная система у человека также достигает наивысшего развития.

Для нервной системы человека характерно дальнейшее развитие коры больших полушарий, особенно лобных долей. Поверхность коры у человека занимает 11/12 всей поверхности мозга, причем более 20% приходится на лобные доли.

Таким образом, видно, что нервная система является тончайшим и сложнейшим инструментом, позволяющим осуществлять сложные функции взаимосвязи между средой и организмом. Эта функция нервной системы у человека, деятельность которого определяется и социальными факторами, достигает исключительного совершенства.

1.2. Онтогенез нервной системы человека

По определению отечественных исследователей [36, 66], **онтогенез** — постепенное, протекающее этапами в виде количественных и качественных сдвигов изменение организма от менее совершенного к более совершенному его строению и функционированию. Онтогенез по существу этого понятия относится ко всему периоду жизни человека от рождения до смерти, т.е. включает не только прогрессивные, но и регressive, инволюционные изменения. Но чаще об онтогенезе говорят по отношению к детскому возрасту, и именно в этом смысле используется данное понятие. Каждый этап онтогенеза составляет переход от одного качественного состояния организма к другому, более высокому путем преобразования его функционирования без вытеснения качественного уровня предыдущего этапа. Иными словами, в развивающемся организме происходит постепенная дифференциация тех или иных (в том числе психических) процессов с одновременной интеграцией их в новое целое. В психологическом аспекте — это нарастание психического содержания личности, т. е. происходит развитие.

Категория «развитие» в качестве философской использовалась Гегелем в его диалектике, и им были разработаны принципы развития: переход количества в качество, отрицание отрицания, единство и борьба противоположностей. Развитие Гегель понимал, как имманентный процесс, источники которого заключены в самом развивающемся объекте [33].

Определение развития, данное Л.Ф. Обуховой, процесс развития — это самодвижение субъекта, осуществляемое благодаря его деятельности с предметом, факторы наследственности и среды являются необходимыми условиями, от которых зависит неповторимая индивидуальность личности [52]. А. Ребер в понятие развития включает четыре самостоятельные части, в которых дает разноспектные толкования с различающимися значениями [56]:

1. Развитие — это последовательность изменений в течение всей продолжительности жизни организма.
2. Развитие как созревание — процесс биологический и в значительной степени определяется генетическими свойствами.
3. Развитие — необратимая последовательность изменений в смысле медицинского диагноза.

4. Развитие — прогрессивное изменение, ведущее к более высоким уровням дифференциации и организации. Отмечается позитивный характер прогресса, увеличение результативности деятельности субъекта, улучшение, обогащение и усложнение функционирования и созревания, что предполагает: развитие человека, интеллектуальное развитие, эмоциональное развитие и т.д.

Анализ этих четырех определений дает основание для заключения, что термин «развитие» широко используется во многих смежных областях: психологии, биологии, физиологии, медицине (педиатрии, детской неврологии и психиатрии), психофизиологии. Современный уровень знаний позволяет использовать это понятие применительно к возрастной динамики высших психических функций (ВПФ), интеллекта, эмоционально-поведенческой сферы и личности ребенка [33].

Немецкий ученый Э. Геккель еще в 1866 г. утверждал, что человеческий зародыш по существу повторяет в своем развитии все те же этапы, которые прошли до него низшие позвоночные организмы. Это положение, позднее вошедшее в науку под названием биогенетического закона Геккеля, по существу рассматривает онтогенез как сжатое повторение филогенеза. Этот закон вызвал ряд возражений и, конечно, не может считаться таковым.

Как считает С.С. Ляпидевский [46] и другие отечественные и зарубежные исследователи, человеческий эмбрион проходит некоторые ответственные стадии переходного характера. Еще П.К. Анохин рассматривал развитие организма, как процесс гетерогенного созревания функциональных систем, обеспечивающих приспособительные реакции в нем, т.е. его выживание и оптимальные условия существования на всех этапах антенатального развития и приготовления организма к постнатальной жизни [1]. Понятие функциональной системы, по мнению П.К. Анохина, в периоде эмбриогенеза совпадает с безусловным рефлексом. Необходимость включения новых приспособительных реакций организма на разных этапах онтогенеза обуславливает морфологическую дифференциацию нервной системы.

Усложнение форм поведения ребенка тесно связано с усложнением структуры и функций нервной системы. Подробное изучение становления и развития мозговых структур, особенностей функциональных проявлений центральной нервной системы позволило получить представле-

ние о морфологических основах эволюции, т.е. развития мозга на разных этапах онтогенеза. Мозг человека раньше и быстрее других органов (за исключением печени) развивается в своем объеме и весе.

Нормальное психическое и интеллектуальное развитие ребенка представляет собой сложный процесс, в основе которого лежит видовая и генетическая программа, реализующаяся в условиях постоянной смены средовых факторов. Психическое развитие тесно связано с биологическими свойствами организма, его наследственными и конституциональными особенностями, врожденными и приобретенными качествами, опосредованными постепенным формированием структуры и функции различных отделов центральной нервной системы. Темпы формирования отдельных систем головного мозга различны и это определяет физиологическую гетерохронию его роста и развития, отражающуюся в различной скорости созревания отдельных психофизиологических функций. В число этих различий входят и индивидуальные колебания.

Биологические системы в ходе **онтогенеза** проходят определенные этапы становления и формирования, обусловливая совершенствование адаптивных реакций организма в процессе усложнения его контактов с внешней средой и вместе с тем адаптивный, приспособительный характер функционирования на каждом отдельном этапе онтогенеза. Отсюда очевидно, что отдельные этапы развития ребенка характеризуются не только разной степенью зрелости и особенностями функционирования органов и систем, но и различием в механизмах, определяющих специфику взаимодействия организма и внешней среды. На основе эволюционно закрепленных форм реагирования развиваются усложненные формы адаптационной деятельности, соответствующие условиям социального окружения ребенка. Рассмотрение формирования всех функциональных систем ребенка в норме и патологии невозможно без понимания основных закономерностей онтогенеза, без знания возрастных особенностей развития. Таким образом, ясно видна необходимость в работе с детьми опираться на принципы онтогенетического развития и знания закономерностей развития ребенка на разных этапах. Подробное изучение и знание становления и развития мозговых структур, а также особенностей ранних функциональных проявлений центральной нервной системы позволяет своевременно выявить начальные признаки нарушенного

созревания и группу риска детей с угрозой формирования отклонений в развитии.

К важнейшим моментам необходимо отнести прослеживание и выявление в истории развития ребенка информации о формировании базовых составляющих психического развития и условиях этого формирования.

Вопросы и задания

1. Что такое «нервная система»?
 2. Составьте таблицу «Филогенез нервной системы».
 3. Составьте таблицу «Онтогенез нервной системы человека».
 4. В чем проявляется сходство филогенеза и онтогенеза нервной системы человека?
 5. Составьте развернутую аннотацию глав книги Л.С. Выготского и А.Р. Лuria «Этюды по истории поведения». В чем заключается специфика подхода авторов к изучению филогенеза и онтогенеза психики ребенка?
-

Глава 2

ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

2.1. Современные представления о периодах развития организма

Во второй половине XX века в отечественной и зарубежной литературе повысился интерес к дефектологии, коррекционной педагогике, нейропсихологии, психологии, неврологии, психиатрии, особенно связанный со спецификой формирования высших психических функций в определенные периоды развития ребенка [2, 3, 23, 34, 44, 49, 66, 80], а также выделения определенных этапов развития.

Разнообразные физические и психические функции развиваются не параллельно и не равномерно, и если в одном отношении мы находим грань в одно время, то в другом отношении она находится совсем на другое время. С одной стороны, это может путать, а с другой — не дает возможность выделять определенные этапы развития детей с какой-либо одной точки зрения и заставляет считаться с комплексом признаков [31]. К важнейшим моментам необходимо отнести прослеживание и выявление в истории развития ребенка информации о формировании базовых составляющих психического развития и условиях этого формирования.

Развитие ребенка — системный процесс, охватывающий все уровни его организации, проявляющийся в качественных изменениях психофизиологических и психических функций и приводящий к прогрессивному изменению поведения ребенка. Л.С. Выготский выдвигает три общих признака качественной стороны развития. *Первый* — это дифференциация как расчленение ранее единого элемента. *Второй* признак связан с усложнением внутренней структуры развития в виде появления новых элементов, новых сторон в самом процессе развития. *Третий* признак — структурное усложнение, касающееся появления новых связей между сторонами развивающегося объекта. В исследованиях Л.С. Выготского возраст рассматривается как основная единица детского развития. Эти представления он уточнял через конкретизацию структуры детского возраста, в которую включены характер социальной ситуации развития, ведущий вид деятельности и основные психологические новообразования [20, 33]. Ряд ученых выделяет принципы пси-

хического развития, другие перечисляют закономерности, не выделяя принципы. В.Г. Каменская считает, что можно пойти по пути максимального освещения взглядов на природу и содержание развития ребенка, при этом под принципами подразумевает причины и движущие силы, направляющие изменения в организме, психике и поведении ребенка, а под закономерностями — инвариантное содержание, которое встречается во всех формах его развития [33].

Важным для анализа развития ребенка является нейробиологическая составляющая развития, которая лежит в кausalной (причинной) области, представляя собой основу и первопричину развития ребенка [58]. Естественно, что особенности этой составляющей оказывают непосредственное влияние на формирование всех областей жизнедеятельности, в том числе и психических сфер.

Знание всех данных о развитии ребенка и его этапов, их углубленный анализ позволяют сделать предположения о характере формирования интеллектуальной, эмоционально-поведенческой и личностной сфер жизнедеятельности, предположить наличие тех областей и сфер психического развития, где могли произойти нарушения. В тоже время такой подход дает возможность не только более эффективно строить диагностическую гипотезу, уточнять в дальнейшем диагноз, особенности создания медико-психолого-педагогических программ, но также начать раннюю комплексную профилактику.

В психологии и психофизиологии рассматриваются различные критерии возрастных периодов. В психологии приоритет принадлежит развитию высших психических функций и интеллектуальному развитию, которые определяют специфику поведения и деятельности ребенка в определенном периоде его развития.

Как считает В.Г. Каменская, «...исходя из общих представлений... отечественной психологии можно рассматривать возрастное развитие как зависимое от таких мотивационно-потребностных изменений ребенка, которые влияют на личность в целом. Признавая большую роль мотивации и мотивов, можно предложить критерий возрастного развития. Таким критерием является степень осознанности, произвольности, осуществляемой ребенком деятельности» [33]. ...Концепция А.Н. Леонтьева отдает «приоритет в развитии ребенка деятельности как одной из специфических человеческих форм поведения и обучению социальным спо-

собам жизнедеятельности. ...Способность выдвигать цель деятельности не дана ребенку от рождения, а формируется прижизненно ...с помощью игры, направленного обучения» [43]. Наиболее полно взаимоотношения процессов созревания и развития с направленным социальным воздействием в форме обучения рассмотрены в концепции Л.С. Выготского [20]. Им предложена триада «созревание ↔ развитие ↔ обучение», в структуру которой включены прямые и обратные влияния на созревание на развитие, развитие на обучение, обучение на развитие. Эти взгляды были достаточно убедительно аргументированы с помощью факторов, полученных в практической деятельности, связанной с проблемой умственной отсталости детей.

В психофизиологии, а также физиологии и медицине определяющим критерием периодизации развития ребенка является степень зрелости всех систем и структур организма, особенно центральной нервной системы, мозговых функций.

Критерии возрастной периодизации должны отражать качественные преобразования целостного организма.

Различные авторы на протяжении многих лет приводили различные схемы периодизации детского возраста.

Периодизация развития организма человека, введенная К. Бером в 1826 году, в дальнейшем получила широкое распространение. Она легла в основу современных представлений о периодах (этапах, стадиях, фазах) развития организма.

Этапы формирования психофизического развития детей включают: *период внутриутробного развития (антенатальный); период родов (интранатальный); постнатальный период: новорожденности (неонатальный), младенческий возраст; ранний дошкольный возраст; дошкольный возраст; младший школьный возраст; школьно-пубертатный, подростковый возраст.*

Помимо изложенных этапов в медицинской литературе часто используется понятие «дети» и «подростки». К подростковому периоду относят период жизни от пубертатного периода до возмужания (юности) — наиболее часто имеется в виду возраст 12—16 лет, но иногда его расширяют (от 11 до 17—19 лет).

М. Гельдер, Р. Мейо, Д. Гэт иначе выделяют периоды развития детей [23]:

- ♦ первый год жизни,
- ♦ второй год жизни,

- ♦ дошкольный период (от 2 до 5 лет),
- ♦ средний детский возраст (от 5 до 10 лет),
- ♦ подростковый период (от 11 до 17 лет).

Они приводят следующие основные характеристики данных периодов:

♦ *первый год жизни* — период общего формирования привязанности к родителям. Очень ранние контакты между матерью и ребенком играют чрезвычайно важную роль, закладывая первоначальную основу связи между ними. К концу периода должна сформироваться устойчивая, тесная и надежная взаимосвязь с матерью. К 1-му году ребенок начинает распознавать знакомые предметы, получает удовольствие от издаваемых им звуков, говорит до 4–5 слов;

♦ *второй год жизни* — период быстрого, интенсивного развития. Реагирует беспокойством на неодобрение родителей. Появляются вспышки раздражения, особенно при препятствии реализации исследовательских побуждений ребенка. К 2-м годам у ребенка есть фраза из 2–3 слов;

♦ *дошкольный период* — период быстрого роста интеллектуальных способностей, освоение сложностей языка, происходит социальное развитие ребенка. Он начинает идентифицировать себя с родителями и принимать их критерии в вопросах совести, учится взаимодействовать с братьями и сестрами, другими детьми и взрослыми, вырабатываются навыки социального функционирования. У детей на этом этапе значительно возрастает любознательность, расширяется круг интересов. Определенные предметы приобретают особое значение, они как будто успокаивают и утешают его, позволяют обрести душевный покой, помогают заснуть. Ребенок начинает осознавать свою половую принадлежность, сознает различие между мужчинами и женщинами, проявляющееся во внешности, одежде, поведении, в строении тела. В данный период обычна игра с половыми органами. На этой стадии развиваются защитные механизмы (подавление, рационализация, компенсация и вытеснение), помогающие ребенку справиться с тревогой, связанной с отрицательными и неприемлемыми эмоциями;

♦ *средний детский возраст* — к 5-летнему возрасту ребенок должен осознавать себя, в зависимости от половой принадлежности, мальчиком или девочкой, понимать свое положение в семье. В этот период ребенок овладевает школьными навыками: чтения, письма, счета, понятиями о числах и действиях с ними. На данной стадии у ребенка постепенно

складывается представление о том, чего он способен достичь и каковы границы его возможностей. Продолжается развитие защитных механизмов, способности к моральному самоконтролю, появляются определенные нравственные критерии, начинается усвоение социальных норм поведения. По современным представлениям в этот период существует сексуальный интерес и сексуальная деятельность, хотя они скрыты от взрослых;

♦ *подростковый период* — это пора взросления, переходный этап от детства к зрелости. Наиболее яркие признаки: физические изменения, свидетельствующие об активном процессе полового созревания. Появление этих признаков варьирует в довольно широких пределах, но обычно это происходит в 11–13 лет у девочек и между 13 и 17 годами у мальчиков. Данным проявлением предшествует выработка половых гормонов, которая начинается у представителей обоих полов в возрасте между 8 и 9 годами. Юность — время обостренного осознания тождественности своей личности и неповторимости своих индивидуальных черт. В этот период формируется самосознание. Подросток нередко думает о будущем, пытаясь предугадать, как сложится в дальнейшем его судьба, представляет различные ее варианты, переживая при этом то надежду, то отчаяние. Не вполне соответствует действительности широко распространенное мнение, будто бы для этого возраста характерны смятение чувств и отчуждение от семьи. Важную роль в жизни подростка играют взаимоотношения со сверстниками. В этот период часто развиваются тесные дружеские отношения, особенно между девочками. Характерна принадлежность к какой-либо группе, и это во многих случаях способствует продвижению юноши или девушки на пути к автономии. В пубертатном периоде заметно повышается гетеросексуальный интерес и активность. В старшем подростковом возрасте появляется способность питать нежные чувства к представителям противоположного пола, а также сексуальные влечения. В какой степени, и в какой именно форме они выражаются, в значительной мере зависит от социокультурных норм, а также от принципов, внущенных в семье.

В психогенезе раннего возраста некоторыми исследователями [66] были дополнительно выделены следующие этапы:

- ♦ *период новорожденности* — возраст 0–1,5 месяца;
- ♦ *младенчество (infancy)* — период до года;
- ♦ *ползунковый период (toddlerly)* — 2-й и 3-й годы жизни.

Н.Я. Семаго и М.М. Семаго представляют другую периодизацию развития ребенка, указывая на необходимость наиболее пристального внимания не только на динамику формирования тех или иных сфер психики ребенка, но и особенности их развития в периоды [58]: 2,5–3 месяца; 7–8 месяцев; 12 месяцев; 18–24 месяца; 2,5–3 года; 5,5–6,5 лет; 9–10 лет. По их мнению, данные моменты являются одними из наиболее важных для определения самой диагностической гипотезы.

В.Г. Каменская говорит о выделении некоторыми исследователями шести возрастных периодов [33]:

Период новорожденности — первые 10 дней жизни.

Младенческий (грудной) период — первый год.

Ранний возраст — от года до трех лет.

Первое детство — от трех до семи лет.

Второе детство — от семи до двенадцати лет.

Подростковый период — от двенадцати до шестнадцати лет.

«Но эта периодизация критикуется за недостаточную психологичность. В настоящее время в возрастной психологии и психофизиологии разрабатываются подходы, где основным критерием считают тот, который характеризует адаптивные свойства организма, например ведущая функция. Такая функция может проявляться через системную характеристику развития или качественную специфичность адаптаций, связанных с созреванием различных отделов мозга, в том числе и центральных регуляторных структур, управляющих функциональными системами и поведением ребенка. В психологии в качестве подобного критерия принят уровень сформированности психических и личностных новообразований» [33].

Процесс онтогенеза человека делится на ряд периодов, имеет определенные возрастные характеристики и особенности, обуславливающие дальнейшее развитие ребенка.

Развитие ребенка начинается с периода зачатия, продолжается всю жизнь и носит сложнообусловленный характер [40].

Нервная система плода начинает развиваться на ранних этапах эмбриональной жизни, продолжая развитие в последующие годы после рождения, окончательно до 25 лет [2, 18, 68, 76].

Выделяют следующие основные этапы развития нервной системы, рис. 3 (см. приложение 2):

- ◆ *7 дней (1-я неделя антенатального периода)* — незначительное утолщение в оральном отделе нервной трубки;
- ◆ *на 3-й неделе антенатального периода* — в головном отделе образуются три мозговых пузыря;
- ◆ *к 3-му месяцу антенатального периода* — большие полушария, ствол, мозговые желудочки с выстилающей их эпендимимальной тканью, спинной мозг;
- ◆ *к 5-му месяцу антенатального периода* — дифференцируются основные борозды коры больших полушарий (сильвиеева, роландова, прецентральная, теменно-затылочная и др.), но кора еще недостаточно развита;
- ◆ *на 6-м месяце антенатального периода* — преобладание высших отделов над стволово-спинальными;
- ◆ у новорожденного — относительно большая величина 1/8 массы тела, т.е. 400 г, хорошо выражены длинные борозды, крупные извилины, но глубина их невелика, мелких борозд и извилин еще мало, мозговая ткань мало дифференцирована, кора, стриарное тело, пирамидные пути неразвиты, затылочная доля коры больших полушарий относительно велика;
 - ◆ *к 9-му месяцу жизни* — масса мозга удваивается;
 - ◆ *к году* — масса мозга составляет $1/11\text{--}1/12$ массы тела;
 - ◆ *к 3-м годам* — масса мозга утраивается;
 - ◆ *к 5-ти годам* — масса мозга $1/13\text{--}1/14$ массы тела, происходят наибольшие изменения, но еще не приближаются к взрослому мозгу;
 - ◆ *к 15–16 годам* — отмечаются взаимоотношения, близкие тем, которые наблюдаются у взрослых;
 - ◆ *к 20 годам* — масса мозга увеличивается в 4–5 раз и составляет всего $1/40$ массы тела.

В отечественной и мировой практике выделены 8 основных этапов психофизического развития в детском возрасте — от зачатия до 19 лет (табл. 1).

Выделяются следующие основные этапы развития ребенка: [2, 68]: **антенатальный, интранатальный и постнатальный**.

Антена́тальный этап — это период внутриутробного развития.

Интранатальный этап — период рождения, который продолжается от начала появления первых родовых схваток до момента пережатия пуповины и исчисляется 2–18 ч.

Постнатальный этап — внеутробный период развития человека, который начинается после пережатия пуповины. С этого времени исчисляется период детства.

Таблица 1. Периоды онтогенеза

Периоды развития	Содержание периода	Возраст ребенка
постнатальный	1 Антенатальный	от зачатия до рождения
	2 Интранатальный	период рождения до пережатия пуповины
	3 Неонатальный	от пережатия пуповины до 1 месяца
	4 Младенческий возраст	1—12 месяцев
	5 Ранний дошкольный возраст	1—3 года
	6 Дошкольный возраст	3 — 6/7 лет
	7 Младший школьный возраст	7—11 лет
	8 Школьно-пубертатный возраст	12—16/17 лет

В современной литературе поздний фетальный, интранатальный и ранний неонатальный (новорожденности) периоды (с 29-й недели внутриутробного развития до 7-х суток после рождения) объединены под общим названием — **перинатальный период**.

Процесс онтогенеза в детском возрасте включает, кроме того, так называемые *критические (кризисные) периоды*, или переходные от одного этапа развития к другому. Период наиболее быстрого роста органов или системы называется критическим. Эти периоды для разных органов различны.

Нормальное психическое и интеллектуальное развитие ребенка представляет собой сложный процесс, в основе которого лежит видовая и генетическая программа, реализующаяся в условиях постоянной смены средовых факторов. Психическое развитие тесно связано с биологическими свойствами организма, его наследственными и конституциональными особенностями, врожденными и приобретенными качествами, опосредованными постепенным формированием структуры и функций различных отделов центральной нервной системы. Темпы формирования отдельных систем головного мозга различны и это определяет физиологическую ге-

терохронию его роста и развития, отражающуюся в различной скорости созревания отдельных психофизиологических функций. В число этих различий входят и индивидуальные колебания.

Далее мы приводим обобщенные данные специфики каждого этапа развития ребенка.

2.2. Периоды развития ребенка до 1-го месяца жизни

2.2.1. Антенатальный период

Антенатальный период — это период внутриутробного развития.

Характеристика онтогенеза головного мозга в этот период представлена в табл. 2 и на рис. 3 (в приложении 2). Антенатальный этап является одним из важнейших в жизни человека.

От него зависит не только здоровье в будущем, но и степень нормативности психофизического и умственного развития, состояние высших психических функций. Важнейшим событием антенатального периода являются интенсивно протекающие процессы созревания центральной нервной системы. В процессе антенатального периода онтогенеза меняется и усложняется строение головного мозга. Весь конечный мозг филогенетически самый молодой отдел центральной нервной системы. Он образован за счет первичной сенсорной пластиинки, и именно этот отдел мозга в постнатальном онтогенезе обеспечивает контакт человека с окружающим миром.

Антенатальный этап включает следующие периоды:
эмбриональный (1–6 недель);
эмбриофетальный (7–8 недель);
фетальный (9–40 недель).

Фетальный период делится на два подпериода: *ранний* (9–28 недель) и *поздний* (29–40 недель).

Реакции между организмами матери и плода носят четко выраженный приспособительный характер и обеспечивают оптимальные условия для развития плода. В условиях воздействия неблагополучных факторов во время антенатального этапа эти механизмы становятся недостаточными, что может привести к аномалии развития ребенка,

нарушению формирования высших психических функций.

Таблица 2. Периоды антенатального онтогенеза головного мозга

Недели	Характеристика антенатального периода развития
1-я неделя	Начинается формирование нервной системы у эмбриона: из наружного зародышевого листка — эктодермы на дорсальной стороне зародыша образуется группа клеток, отличающихся величиной и структурой от других клеток эктодермы; из нее в дорсальном отделе зародыша образуется <i>нервная пластинка</i> , в последствии формируется <i>нервный желобок</i> ; у недельного эмбриона намечается незначительное утолщение в оральном отделе желобка.
3-я неделя	Происходит дальнейшее усложнение формирования: к 3-м неделям, когда величина зародыша не превышает 2 мм, мозговая, или медуллярная, пластинка превращается в нервную трубку, открытую на концах; в головном отделе нервной трубки образуются три первичных мозговых пузыря (<i>передний, средний, задний</i>), из которых развиваются главные отделы головного мозга: <i>конечный</i> — prosencephalon, <i>средний</i> — mesencephalon и <i>ромбовидный</i> — rhombencephalon.
4–7-я недели	В этот период начинается формирование органогенеза и интенсивная дифференциация нервной системы: нервная трубка теряет связь с остальной частью эктодермы, погружается в глубь тела зародыша, эктодерма над ней смыкается, образуя покровный эпителий; идет быстрое размножение и дифференциация клеточных элементов нервной трубки; происходит формирование нейробластов, из которых образуются нервные клетки; передние и задние мозговые пузыри расчленяются каждый на два отдела, в результате образуется пять мозговых пузырей: <i>конечный</i> — telencephalon, <i>промежуточный</i> — diencephalon, <i>средний</i> — mesencephalon, <i>задний</i> — metencephalon, <i>продолговатый</i> — myelencephalon.

Недели	Характеристика антенатального периода развития
	Из конечного мозгового пузыря развиваются полушиария головного мозга и подкорковые ядра, из промежуточного — промежуточный мозг (зрительные бугры, подбуторье или гипоталамус), из среднего пузыря — средний мозг (четверохолмие, ножки мозга, сильвиев водопровод). Задний пузырь образует мост и мозжечок, продолговатый пузырь — продолговатый мозг, из остальной недифференцированной части медуллярной трубы — спинной мозг.
8-я неделя	Начинается интенсивный рост больших полушарий, хорошо контурируются кора и подкорковые узлы и практически все основные структуры, которые в дальнейшем дифференцируются.
11–13-я недели	Определяются основные части центральной нервной системы: большие полушария, ствол, мозговые желудочки с выстилающей их эпендимальной тканью и спинной мозг.
16–20-я недели	Формируется вестибулярный аппарат. Появляется мимика на лице.
20–24-я недели	Дифференцируются основные борозды коры больших полушарий: сильвиеева, роландова, прецентральная, теменно-затылочная и др. Кора остается еще достаточно несформированной. Появляются периоды двигательной активности.
26–28-я недели	Отчетливо выявляется функциональное преобладание высших отделов над стволово-спинальными; идет интенсивный рост плода и тканевая дифференцировка органов.
29–40-я недели	Отмечается менее интенсивный рост плода, органов и систем. Депонирование в органах и тканях плода различных компонентов, поступающих из материнского организма (солей кальция, железа, меди и т.д.), накопление которых обеспечивает нормальное развитие плода на протяжении нескольких месяцев и после рождения.

Эмбриональный период продолжается 5–6 недель. Он является решающим в формировании морфологических особенностей организма, поскольку в этот период происходит закладка и формирование органов.

Этот период характеризуется преимущественным питанием эмбриона из зародышевого мешка. За этот период оплодотворенная яйцеклетка дифференцируется, начинается процесс морфогенеза.

Воздействие на эмбрион неблагоприятных факторов в этот период вызывает эмбриопатии, вызывающие грубые нарушения у эмбриона, подчас несовместимые с жизнью. Патогенные агенты: вирусы, токсины, иммунологический конфликт между матерью и плодом, ионизирующее воздействие, неблагоприятное состояние экологической обстановки, прием некоторых лекарственных препаратов, воздействие химических агентов, курение матери, употребление ею алкоголя и наркотиков, стресс — могут привести к гибели плода или возникновения тяжелых пороков развития в различных органах и системах формирующегося организма. На этой стадии развития в ответ на внедрение патогенных факторов возникают неспецифические реакции, выражающиеся в дистрофических и некротических процессах [40, 68], см. табл. 3.

Влияния инфекционных заболеваний, перенесенных беременной женщиной, представлены в табл. 4 [16]. Порок развития чаще формируется в том органе, который в момент действия повреждающего фактора обладал наиболее интенсивным ростом. В этот период отмечается повышенная чувствительность эмбриона к действию негативных факторов в связи со сниженной реактивностью и неразвитыми механизмами адаптации к постоянно меняющимся условиям среды. Повреждения, нанесенные в этот период, нередко проявляются в последующие этапы перинатального развития.

Эмбриофетальный период — это переходный период от эмбрионального к фетальному. Он продолжается две недели (7–8 недели). В данный период формируется плацента.

Таблица 3. Периоды антенатального этапа развития и факторы риска

Параметры	Периоды			
	эмбрио- нальный	эмбрио- фетальный	фетальный	
			ранний	поздний
Недели	1–6-я	7–8-я	9–28-я	29–40-я
Формирующиеся структуры	Органы	Плацента	Рост и дифференцировка тканей	Созревание плода
Эффект от воздействия мутагенных и тератогенных факторов	Пороки развития или гибель эмбриона	Пороки развития плаценты и плода	Нарушения роста и дифференцировка тканей	Преждевременное рождение плода
Реакции развивающегося организма на инфекционный агент	Альтерация	Альтерация	Альтерация и соединительно-тканная пролиферация	Альтерация, пролиферация и экссудация
Регистрируемые нарушения	Пороки развития	Гипоплазия или пороки развития плаценты и плода	Гипоплазия (дисплазия) тканей, гепатоз, фиброзластоз	Врожденные инфекции, заболевания плода за счет антигенной несовместимости матери и плода

Таблица 4. Последствия инфекционных заболеваний, перенесенных в антенатальный период

Болезни	Выки- дыш	Физи- ческие де- фекты	Умст- венная отста- лость	Недоста- точный вес и прежде- временные роды
Вирусные				
Синдром приобретен- ного иммунодефици- та — СПИД	0	?	+	?
Ветряная оспа	0	+	+	+
Цитамегаловирус	+	+	+	+
Простой герпес 2 (ге- нитальный герпес)	+	+	+	+
Паротит (свинка)	+	?	0	0
Краснуха (трехднев- ная коревая краснуха)	+	+	+	+
Бактериальные				
Сифилис	+	+	+	?
Туберкулез	+	?	+	+
Паразитарные				
Малария	+	0	0	+
Токсоплазмоз	+	+	+	+

— доказанные данные

0 — отсутствие доказательств

? — возможные последствия, строго недоказанные

Негативные факторы этого этапа, влияющие на развитие ребенка, аналогичны неблагоприятным воздействиям эмбрионального периода. Они приводят к аномальному формированию плаценты и плацентарного кровообращения, или к нарушению роста плода, или к его внутриутробной гибели, табл. 3 и 4.

Фетальный период начинается с 9-й недели и продолжается до момента рождения. Он делится на два подпериода: ранний и поздний.

Ранний фетальный период (с 9-й по 28-ю неделю) характеризуется интенсивным ростом плода и тканевой дифференцировкой органов.

Патологические состояния, возникающие в раннем фетальном периоде, называются «ранними фетопатиями», а в позднем — «поздними фетопатиями».

В случае воздействия *в ранний фетальный период* на плод *повреждающего фактора*, табл. 3 и 4, может произойти нарушение развития плода: задержка роста и дифференцировки тканей (гипоплазия) или изолированное нарушение дифференцировки тканей (дисплазия). На этом этапе внутриутробного развития существует вероятность рождения недоношенного ребенка. При воздействии инфекционного агента в этот период развития организм плода может отвечать не только альтерацией, но и пролиферативной реакцией. Выраженная пролиферация соединительной ткани в отдельных случаях может привести к циррозам и фиброзам, которые могут выступать маркерами внутриутробной инфекции.

Поздний фетальный период (с 29-й недели до момента рождения), в отличие от предыдущего периода онтогенеза, характеризуется менее интенсивным ростом и пр. (см. табл. 2). Из материнского организма плод получает все необходимые вещества, которые депонируются в органах и тканях. Их накопление способствует правильному формированию плода не только в этот период онтогенеза, но и в течение нескольких месяцев и после рождения.

Патогенные факторы позднего фетального периода: перехлаждение, перегревание, иммунологический конфликт между матерью и плодом, лекарственные препараты, химические вещества, ионизирующее воздействия, интоксикации, инфекционные заболевания, неполноценное питание беременной, эндокринные заболевания матери, психогенез, возраст матери. Поражение плода в этот период мало влияет на формирование органов и тканей, но под воздействием неблагоприятных факторов возможно преждевременное рождение функционально незрелого ребенка с малой массой тела. Таким образом, *укорочение срока беременности* неизбежно ухудшает состояние здоровья ребенка после его рождения, так как необходимые компоненты в достаточном количестве не доставлены ребенку. На воздействие инфекционного фактора в этот период плод отвечает обычной реакцией воспаления, которая включает и сосудистый компонент. И как следствие, в позднем *фетальном* периоде у плода возможно развитие соответствующей нозологической формы заболевания. Существенную роль в патологии плода

играет иммунологический конфликт между матерью и плодом по группе крови и по резус-фактору. Этот конфликт может привести к гипербилирубинемии с перинатальным поражением центральной нервной системы, к дальнейшему развитию гемолитической болезни у ребенка, а так же и к гибели плода, последний чаще при групповой несовместимости крови матери и плода.

Внутриутробные инфекции могут вызвать существенные изменения в развитии плода. Наибольшая чувствительность к инфекции отмечается в эмбриональный, эмбриофетальный и ранний фетальный период.

Бесконтрольное употребление лекарств, самолечение также может привести к порокам развития у детей. Негативно на развитие плода влияют употребление алкоголя, наркотиков, курение. Эти факторы способствуют развитию интоксикации и гипоксии плода. Алкоголизм беременной может привести к фетальному алкогольному синдрому у плода. Нередко развивается внутриутробная наркотическая интоксикация у детей, чьи матери страдают наркоманией.

По мнению В.Г. Каменской, к концу антенатального периода у плода ядра основных сенсорных систем и первичные проекционные поля коры достигают определенной степени зрелости [53]. Достаточно зрелые сенсорные механизмы регулируют жизненно важные функции организма, необходимые сразу после рождения, такие как кровообращение, дыхание, сосание и хватание, а менее зрелые нейрональные системы дают возможность осуществлять простейшие реакции на внешние стимулы. Слуховая, вибрационная, тактильная, обонятельная, вкусовая, возможно, зрительная сенсорные системы к моменту родов готовы к обработке соответствующей информации. Такая относительная зрелость сенсорных систем обеспечивает на последних стадиях антенатального периода способность плода воспринимать некоторое количество информации и простейшими реакциями отвечать на нее. Информация, получаемая внутриутробно, запоминается будущим ребенком, формируя основу эмоциональных привязанностей к матери и способность осваивать мир сразу же после рождения. Французскими физиологами были зарегистрированы реакции эмбриона на различные стимулы: звук, свет, тактильные воздействия. Ребенок помнит запах, тепло и звуки материнского тела, звуки ее голоса. Сенсорный внутриутробный опыт служит формированию эмоциональных связей с матерью. Сенсорные сигналы, иду-

щие от окружающих мать людей и предметов обстановки, могут быть восприняты плодом, но они формируют своеобразный фон, который подчеркивает значимость сигналов от матери. Таким образом, сенсорный и моторный опыт является базой, на которую насливается последующий опыт личности.

В настоящее время существует много мнений по поводу психической деятельности ребенка в этот период. Некоторые исследователи считают, что в период внутриутробного развития у плода имеются вполне определенные эмоциональные переживания, установление мысленного контакта будущей матери с внутриутробным младенцем.

Современные исследования и открытия в области психологии внутриутробного периода развития плода позволили исследователям ведущих стран мира выделить отдельную область науки — «антенатальную психологию», которая изучает развитие головного мозга, сенсорную систему, процессы восприятия, памяти и другие психические явления на этом этапе развития человека. Сенсорный опыт плода, складывающийся у него благодаря работе анализаторов, способствует его адаптации к новой среде существования уже после рождения. Внутреннее ухо, формирующееся у плода до 16-ти недель гестации, начинает функционировать с 20-ти недель. С этого времени доходящие до плода звуки начинают вызывать слуховые ощущения. Первыми выделяются внутренние звуки, идущие из организма матери: стук сердца, шум легких, перистальтика кишечника, работа желудка, голос. Ведущим из них по уровню громкости являются сердцебиение и голос матери. Это установлено с помощью микрофона, вводимого в полость матки во время родов. Исследования показали, что наиболее высокой интенсивностью обладает передающийся в полость матки тон голоса матери, что объясняется его непосредственной передачей через ткани (по каналам костной ткани). В настоящее время считается доказанной способность новорожденного узнавать голос матери, который он слышал во внутриутробный период развития. На 6–7-м месяце беременности плод не только слышит, но и хорошо дифференцирует внутренние звуки. Для него не безразлично, спокойно или взволнованно бьется сердце матери, грустный или радостный у нее голос, прерывисто с напряжением или спокойно дышат ее легкие [70]. При волнении, беспокойстве, раздраженности, выраженных отрицательных эмоциях, вплоть до агрессивных, у матери

учащается сердцебиение, изменяется ритм дыхания, меняется громкость и интонация ее голоса. Это приводит к изменению состояния плода: он замирает, прекращаются его движения или, наоборот, появляется повышенная двигательная активность, что свидетельствует о возможности развития гипоксии у него. Возникает реальная опасность для плода. Появляется связь, которая закрепляется и остается в его памяти, между характером звука голоса матери и ухудшению его состояния. Очевидно, что можно говорить и об эмоциональном восприятии плодом звуков и о формировании у него определенного опыта. Внутриутробный опыт плода способствует его адаптации к новой внешней среде после рождения. Поэтому положительные эмоции матери в ответ на внешнее звуковое раздражение (голоса других людей или звуки) и теплые доброжелательные спокойные интонации ее являются важным стабилизирующим фактором, обеспечивающим формирование положительного опыта плода и создающим для него условия безопасного существования. Таким образом, психологический комфорт матери очень важен для правильного развития плода и формирование у него в дальнейшем положительного отношения к внешней среде, что позднее найдет отражение в будущей жизни.

Л. Берк считает, что переживаемый беременной женой сильный эмоциональный стресс подвергает ее ребенка большому количеству разнообразных отрицательных и опасных воздействий [16]. Высокий уровень тревожности будущей матери корректирует с угрозой прерывания беременности, преждевременных родов и рождения ребенка с низким весом, нарушением функций ЦНС, иммунной системой, желудочно-кишечного тракта. В состоянии страха и тревоги в кровь человека поступают вырабатываемые гормоны, побуждающие организм быть готовым к активным защитным действиям. К определенным структурам и органам, отвечающим за состояние приспособительных реакций (головной мозг, сердце, легкие, мышцы туловища и конечностей) начинает поступать большое количество артериальной крови за счет других областей организма. В результате там снижается уровень кровообращения, в том числе и в матке. То есть происходит нарушение плацентарного кровообращения, развивается гипоксия плода, которая может привести к развитию различных аномалий и пороков развития. Помимо этого стресс снижает иммунную систему беременной и делает ее более уязвимой для инфекционных заболеваний. Те

женщины, которые находятся в ситуации хронической психогении, чаще эмоционально благополучных беременных употребляют алкоголь, курят, невнимательно относятся к своему питанию и проявляют особенности поведения, отрицательно сказывающие на эмбрионе или плоде.

Возраст матери может быть сопутствующим неблагоприятным фактором для развития ребенка: возрастные женщины, откладывающие рождение детей после 30 лет, сталкиваются с повышенным риском зачатия ребенка с хромосомными аномалиями. Беременность у физиологически незрелой матери-подростка также связана с более частыми осложнениями течения. Значительно чаще будущие юные матери имеют психологические и биологические проблемы.

В целом внутриутробный период характеризуется чрезвычайно высокими темпами роста и развития, очень быстрыми темпами увеличения массы и длины тела: за 10 лунных месяцев (40 недель) превращения оплодотворенной яйцеклетки в зрелый жизнеспособный организм масса тела увеличивается в 6×10^{12} раз, длина — в 5000 раз.

2.2.2. Интранатальный период

Интранатальный период — это переходная фаза от антннатального к постнатальному этапу. Этот период — самый короткий этап в жизни человека. Он продолжается от появления родовых схваток до момента пережатия пуповины и исчисляется 2–18 ч. Данный этап является одним из ответственнейших в жизни человека. Роды — это процесс, во время которого происходит выход ребенка из тела матери, переход к внеутробной жизни. Физиологически это процесс прохождения через родовые пути из матки плода с плацентой, оболочками и околоплодными водами. Родовая деятельность состоит из схваток (регулярные сокращение мускулатуры матки) и присоединяющихся затем к ним потуг (ритмические сокращения мышц брюшного пресса). Различают три периода этого этапа: *период раскрытия* — от первых регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки, чему способствует перемещение околоплодных вод в ее сторону; *период собственно родов* — с момента раскрытия шейки матки до рождения ребенка; *последовый период* — от момента рождения до изгнания последа (плаценты с пуповиной). Роды для плода являются тяжелым испытанием: сильные схватки приводят к сильному давлению на головку ребенка,

регулярному сжиманию сосудов плаценты и пуповины. В связи с этим происходит временное уменьшение поступающего к рождающемуся ребенку кислорода. *Предродовой период и роды* соединяют в себе гибернацию, или подготовку к акту родов в виде предродового анабиоза плода, а сами роды приравниваются в отношении плода к стрессу, который вызывает у него состояние глубокого нервного и психофизического напряжения, сопряженное с возможностью трансформации в реакцию дистресса с риском развития той или иной патологии. Если беременность протекала без патологии, течение родов ничем не осложнялось, то ребенок обладает достаточным уровнем адаптационных механизмов, позволяющим ему выдержать кислородную депривацию с помощью активного насыщения кислородом головного мозга и сердца. Кроме того, эти механизмы подготавливают ребенка к дыхательным движениям, побуждая легкие абсорбировать любые остающиеся газы и расширять бронхи. Положительное влияние на состояние роженицы во время родов, ее позитивный настрой, уравновешенное состояние способствуют нормальному протеканию родового процесса и снижают риск развития осложнений.

Патологические состояния, способные вызывать гипоксию (недостаток кислорода) плода и которые в момент родового акта или вскоре после рождения могут привести к гипоксически-травматическому поражению плода, и даже его гибели, следующие [9]:

- ◆ несоответствие родовых путей матери и размеров плода;
- ◆ неправильное положение плода;
- ◆ тазовое (ягодичное) или ножное предлежание плода;
- ◆ стремительные, быстрые, преждевременные или запоздалые роды;
 - ◆ оперативные роды;
 - ◆ домашние роды;
 - ◆ роды в воду;
 - ◆ асфиксия в родах (отсутствие поступления кислорода в легкие и, соответственно, в мозг);
 - ◆ слабость родовых сил, инструментальные пособия в родах;
 - ◆ диагностированное нарушение мозгового кровообращения;
 - ◆ наличие кефалогематомы;
 - ◆ гипербилирубинемия;
 - ◆ неблагополучное психологическое состояние роженицы;

- ♦ эмоциональные расстройства роженицы;
- ♦ наличие у роженицы психического заболевания.

Предотвратить угрозу развития гипоксии или наступления асфиксии помогают два момента: кислород в момент рождения получает по двум каналам — через пуповину и легкие. Пережатие ее на первых секундах опасно для жизни новорожденного. Его кровеносная система готовится к новому функционированию, минуя пуповину. Получая кислород через пуповину в первые секунды жизни, ребенок начинает самостоятельно дышать — делает первый вздох, который сопровождается криком. В антенатальный период функцию легких выполняет плацента. Внутриутробно легкие плода заполняют околоплодные воды, которые в процессе прохождения по родовым путям выжимаются, а сразу после рождения начинают расправляться, и в легкие всасывается атмосферный воздух — происходит эффект «вакуумной бомбы», благодаря которому и происходит первый вдох [70]. Пуповина перестает пульсировать, можно произвести ее пересечение, а ребенок начинает самостоятельно дышать.

При переходе в постнатальный период развития коренным образом меняются условия жизни и физиологическое существование ребенка. До рождения ребенок и мать являются единым целым. Ребенок развивается в теле матери, получая от нее все необходимое для правильного роста и формирования. У него такая температура тела как у матери, он находится в мире, где нет контрастов темноты и света, тепла и холода. Рождаясь, ребенок попадает в мир контрастов и противоречий [60].

С обрезанием пуповины ребенок физиологически «теряет мать». Чтобы эта потеря не была травмирующей, необходимо для ребенка присутствие матери и ее внимание с первых минут жизни.

После рождения ребенка у женщины появляется стремление устроиться рядом с новорожденным. С этого времени мать и ребенок начинают формировать контакт друг с другом. Первый час жизни — очень важный период для матери и новорожденного. Своевременный и правильно проведенный между ними первый контакт после родов предопределяет их отношения друг к другу [70]. Для матери этот контакт является предопределяющим для пробуждения у нее материнского инстинкта. Для новорожденного — первая предпосылка для начала формирования у него эмоциональной привязанности и способности в будущем любить.

Именно поэтому так важно положить новорожденного как можно раньше на грудь матери, дать ему пососать грудь. Ощущение ее тепла, запаха, звук ее голоса и биение сердца — все это связывает его с прежними условиями развития и делает его приход в новую жизнь менее болезненным, резким и травмирующим.

Таким образом, интранатальный период онтогенеза является одним из важнейших психофизиологических процессов, который оказывает значимое влияние на дальнейшее развитие ребенка, его созревание и формирование адаптационных реакций к окружающему миру.

2.2.3. Постнатальный период

Постнатальный период — внеутробный период развития человека начинается сразу после пережатия пуповины и включает весь период жизни человека. Но, говоря о постнатальном этапе, обычно подразумевают все периоды детства от момента рождения до полного созревания ребенка: *неонатальный (новорожденности), младенческий возраст; ранний дошкольный возраст; дошкольный возраст; младший школьный возраст; школьно-пубертатный; подростковый возраст.*

Постнатальный период онтогенеза от рождения до конца 1-го месяца именуется *неонатальным*, который подразделяется на *ранний (0–7 дней) и поздний (8 день–1-й месяц)*. В современной литературе *поздний фетальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды* объединены под общим названием — *перинатальный период* (период с 29-й недели внутриутробного развития до 7-х суток после рождения).

2.2.3.1. Неонатальный период

Неонатальный период — период онтогенеза от рождения до конца 1-го месяца. Новорожденный ребенок с первых минут жизни обладает многочисленными разнообразными реакциями, необходимыми ему для выживания и привлечения внимания и заботы со стороны взрослого. Устанавливается связь с внешним миром, и выстраиваются первые социальные интеракции [16]. В этот период происходит первичная физиологическая адаптация к условиям внешней среды, устанавливается легочное дыхание, меняются кровообраще-

ние, обмен веществ, начинается секреция пищеварительной системы, формируются терморегуляция и ферментативные процессы. В неонатальный период развития возникает нарушение взаимоотношений эндокринной системы матери и ребенка, что нередко приводит к появлению у новорожденного состояния, называемого гормональным кризом. Ранний неонатальный период является для новорожденного своеобразным критическим периодом в формировании навыков естественного вскармливания как для ребенка, адаптирующегося к акту сосания, так и для матери, у которой интенсивно развивается лактация. После рождения ребенок попадает из относительно стерильных условий внутриутробной жизни в макромир с населяющими его микроорганизмами. Собственные силы новорожденного, способные его защитить от этого окружения, очень слабы в силу недостаточности барьерных функций организма, слабой способности к синтезу своих иммуноглобулинов. Однако, он их получает с молоком матери.

Вся деятельность новорожденного ребенка регулируются центральной нервной системой. Но головной мозг ребенка в этот период еще недостаточно развит: кора не имеет законченной дифференцировки, выражены функции подкорковых структур. Поверхность больших полушарий имеет почти все основные извилины, но они выражены еще недостаточно. Продолговатый мозг и ретикулярная формация ствола мозга более зрелые, чем кора головного мозга. Число нервных клеток в головном мозге после рождения не увеличивается, за исключением клеток мозжечка, но начинает происходить значительная дифференцировка их строения (деление на слои, развитие связей между ними и т.д.), изменяется вид и структура клеток, а также их рост, происходят значительные изменения в кровоснабжении головного мозга. Мозг ребенка продолжает развиваться, но он недостаточно сформирован, поэтому психическая жизнь связана главным образом с подкорковыми центрами и незрелой корой. Приспособиться к новым условиям ребенку помогают безусловные рефлексы. Безусловные рефлексы — это наследуемая, неизменная реакция организма на внешние и внутренние сигналы, независимо от условий возникновения и протекания реакций. Безусловные рефлексы обеспечивают приспособление организма к неизменным условиям среды, являются видовым поведенческим признаком. Основные типы безусловных рефлексов: пищевые, защитные, ориен-

тировочные. Они реализуются при действии на организм определенных раздражителей на основе генетически обусловленной нервной связи между органами восприятия и исполнительными органами. Выделяются простые безусловные рефлексы, обеспечивающие элементарную работу отдельных органов и систем, и более сложные, лежащие в основе инстинктов. Примером защитного рефлекса является рефлекторное отдергивание руки от горячего объекта. Гомеостаз поддерживается, например, рефлекторным учащением дыхания при избытке углекислого газа в крови. Кроме этих рефлексов проявляются и ориентировочные: пищевой, сосательный, хватательный (прикосновение к ладони вызывает реакция хватания). Простейшие нейронные сети, или дуги, участвующие в безусловных рефлексах, замыкаются в сегментарном аппарате спинного мозга, но могут замыкаться и выше (например, в подкорковых ганглиях или в коре). Другие отделы нервной системы также участвуют в рефлексах: ствол мозга, мозжечок, кора больших полушарий.

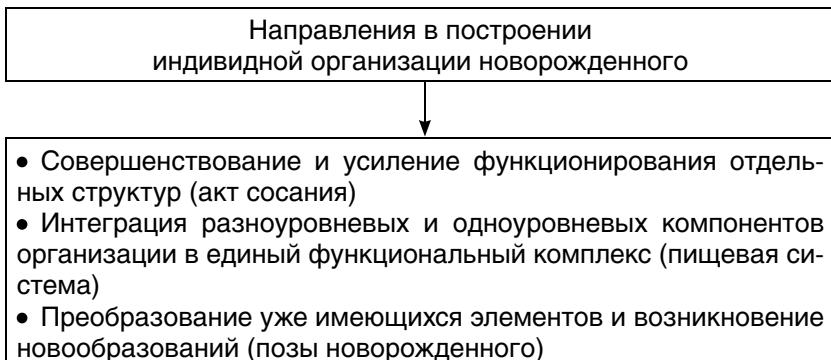
Дуги безусловных рефлексов формируются к моменту рождения и сохраняются в течение всей жизни. Однако они могут изменяться под влиянием болезни. Многие безусловные рефлексы проявляются лишь в определенном возрасте; так, свойственный новорожденным хватательный рефлекс угасает в возрасте 3–4-х месяцев. Практически каждая часть тела и каждый орган участвует в рефлекторных реакциях. Отмечаются собственно рефлексы новорожденного, которые угасают к концу 1-го месяца: рефлексы ходьбы (если ребенка держать в вертикальном положении, то при прикосновении подошв при опоре ног о поверхность стола он делает шаги) и ползанья (если дать новорожденному, лежа на животе, упираться стопами в ладонь взрослого, он начинает ползти).

Отличительным свойством новорожденного является наличие огромного потенциала центральной нервной системы для формирования новых форм поведения. Это происходит за счет образования условных рефлексов. Они возникают в ходе индивидуального развития и накопления новых навыков. Выработка новых временных связей между нейронами зависит от условий внешней среды. Условные рефлексы формируются на базе безусловных при участии высших отделов мозга.

«...Особенностью новорожденного являются возможности усвоения нового опыта, приобретения свойственных челове-

ку форм поведения. Эти возможности обусловлены ярко выраженной потребностью в получении впечатлений, которая, в свою очередь, связана с ориентировочными рефлексами и развивается в зависимости от готовности органов чувств ребенка получать эти впечатления...» [40], представлены на рис. 1.

Рисунок 1. Становление организации безусловных рефлексов в неонатальный период



У новорожденного в неонатальный период происходит образование условных рефлексов с участием всех анализаторов:

- рефлекс на положение при кормлении (реакция на позу кормления);
- ориентировочный рефлекс слухового (2–3-я неделя), зрительного (3–5-я неделя) сосредоточения и появление реакции на голос человека;
- рефлекс на сон и кормление.

Ранний неонатальный период — это период адаптации ребенка к новым условиям существования, во время которого происходит серьезная перестройка организма новорожденного, а именно [68]:

- прекращение внутриутробной гемодинамики;
- резкое снижение количества эритроцитов с фетальным гемоглобином;
- исчезновение очагов экстрамедуллярного гемопоэза;
- появление легочного дыхания;
- начало функционирования малого круга кровообращения;

- ♦ возрастание кровотока в сосудах головного мозга;
- ♦ изменение энергетического и водного обмена;
- ♦ появление энтерального питания.

В раннем неонатальном периоде прослеживаются последствия *неблагоприятных факторов*:

- ♦ болезни эмбриофетального периода;
- ♦ повреждение плода в родах вследствие родовой травмы, перенесенной асфиксии;
- ♦ явления дезадаптации;
- ♦ выявления пороков развития;
- ♦ наследственные заболевания;
- ♦ болезни, обусловленные антигенной несовместимостью матери и плода;
- ♦ состояния, обусловленные незрелостью ребенка — синдром дыхательных расстройств, конъюгационная билирубинемия и др.;
- ♦ инфекционные заболевания, приобретенные внутриутробно, интранатально или после рождения;
- ♦ недоношенность.

Нередко наличие даже одного из этих факторов может привести к нарушению адаптационных механизмов и отразится на состоянии и развитии новорожденного.

В поздний неонатальный период, который продолжается с 8-го дня до конца 1-го месяца, происходит интенсивное развитие анализаторов, в первую очередь зрительного, начинают формироваться координация движений и условные рефлексы, появляются зрительный, тактильный и эмоциональный контакт ребенка с матерью. В возрасте 3-х недель большинство детей реагируют на общение с матерью мимикой радости, у них появляется осознанная улыбка.

Потребность в общении у ребенка в этом периоде развития проявляется в органических потребностях новорожденного: в пище, тепле и пр. Так как младенец совершенно беспомощный и не умеет самостоятельно удовлетворять их, он сигнализирует о своем дискомфорте криком, усиливающимися движениями рук и ног, мимикой, которые становятся сигналом для ухаживающих за ним взрослых. Взаимодействие ребенка и взрослого в неонатальный период имеет форму физического ухода (кормления, пеленания, переодевания, купания, ношения на руках и пр.). Ребенок сам не обращается к взрослому, а только предоставляет себя для заботы и внимания. У него начинает складываться образ взрослого как

единственного источника всех потенциальных и необходимых воздействий. У новорожденного начинает формироваться потребность в общении и впечатлениях. Человек, который в этом периоде развития ребенка постоянно находится около новорожденного, ухаживает за ним, привлекает к себе внимание ребенка, становится для него источником информации об окружающем мире [60].

В тоже время большое значение для формирования потребности в общении имеет характер отношения взрослого к ребенку. С рождения мать видит в своем ребенке самую уникальную, неповторимую и любимую личность. Она разговаривает с ним, одобряет и хвалит его с уверенностью, что он понимает ее, обращается к нему как полноправному партнеру по общению. Таким образом, мать формирует общение с ребенком, устанавливает с ним практическое взаимодействие, первые эмоциональные связи:

1) вслушиваясь в звуки, издаваемые новорожденным, отвечает на них своими действиями;

2) видя различные движения, характерные для неонатального периода (хаотичные и импульсивные), реагирует на них как на обращение ребенка к ней.

Постоянное чередование движений и звуков ребенка и ответного эмоционально окрашенного поведения матери формируют истинное взаимодействие между ними. В результате к концу позднего неонатального периода у новорожденного сначала появляется зрительное сосредоточение на взрослому, а вскоре первая улыбка, которая четко сопровождается взглядом и адресована взрослому. Как правило, улыбка появляется в ответ на теплый любящий взгляд матери, ее улыбку и любящие интонации голоса.

Благодаря активным обращениям и воздействиям взрослого к концу неонатального периода формируется первичная форма взаимодействия — комплекс оживления как средство общения ребенка с близкими взрослыми. Единство с взрослым представляет для новорожденного ситуацию максимального комфорта.

В табл. 5 представлены основные характеристики развития в неонатальный период моторной, психоэмоциональной, речевой сфер, а также зрения и слуха.

Основными критериями, определяющими состояние ребенка, являются динамика массы тела, состояние сна, нервно-психическое и раннее эмоциональное развитие.

Таблица 5. Характеристика развития ребенка в неонатальный период

Функция	Характеристика
Моторная	Ребенок производит ряд движений, но все они нескоординированы, хаотичны, ребенок почти никогда не бывает неподвижным, он постоянно двигает то глазами, то головой, производит различные мимические или различной силы общие движения, даже во сне период полной неподвижности длится не более 5 минут.
Психоэмоциональная	С 10–14 дня новорожденный способен дать реакцию на общение с ним в форме условного «диалога», проявляющегося вокализациями, изменением частоты дыхания. К 3–4-м неделям жизни появляются первые предпосылки коммуникативного поведения, а именно, ротовое внимание, когда ребенок, на ласковый голос или улыбку взрослого замирает, вытягивая вперед губы, он как бы слушает губами, в этот период малыш быстрее реагирует на голос, чем на звучащую игрушку; к концу периода новорожденности появляется комплекс оживления, проявляющийся в том, что младенец сосредотачивает взгляд на лице взрослого, улыбается ему, активно двигает ручками и ножками и издает тихие звуки; на голод и дискомфорт (мокрый, неудобно лежит, ему холодно или жарко и т.д.) новорожденный ребенок дает отрицательную эмоциональную реакцию — реакцию неудовольствия, выражющуюся в появлении у него хмурого выражения лица. В поздний неонатальный период ребенок способен продемонстрировать потребность в общении: мимикой, сопением, учащенным дыханием, плачем.
Речевая	Отмечаются только голосовые реакции (крик, кашель, чиханье, звуки при сосании, зевании, отдельные горланные звуки — средние между «а» и «э»), голосовыми реакциями новорожденный реагирует на попытку вступить с ним в контакт. Крик ребенка — безусловный рефлекс, возникающий на разное изменение условий окружающей среды. Начиная с 2-х недель жизни, ребенок должен переставать кричать на одной ноте, начинать использовать в крике аналоги гласных звуков. Так же важно обратить внимание, начинает ли новорожденный с конца 3-й недели реагировать на голос

Функция	Характеристика
	матери. К концу 1-го месяца появляется редкое начальное гуление (гукание) — «уа», «уа-а-а», «гы», «га», «агу».
Зрение и слух	Зрительная функция у новорожденного довольно примитивная и проявляется общей реакцией на свет; к концу периода новорожденности появляется возможность кратковременно удерживать взгляд на блестящем предмете и иногда наблюдается попытка проследить глазами за движущимся блестящим предметом. Новорожденный ребенок слышит, это проявляется в том, что в ответ на громкий звук (звонок, голос, удар, шум от звонкой погремушки) ребенок закрывает глаза, наморщивает лоб, появляется гримаса плача и попытка повернуть голову к источнику звука.

Надо отметить тот факт, что в этот период онтогенеза адаптация и биологические механизмы защиты характеризуются низкими показателями этих параметров. Различные *неблагоприятные факторы* позднего неонатального периода, действующие на новорожденного ребенка, легко вызывают отклонения в развитии:

- ◆ задержка нарастания массы тела ребенка;
- ◆ выявляются многие заболевания и состояния, обусловленные нарушениями в антенатальном и перинатальном периодах (см. выше);
- ◆ морффункциональная незрелость плода;
- ◆ нарушение мозгового кровообращения;
- ◆ конъюгационная гипербилирубинемия;
- ◆ гипотрофия плода;
- ◆ гнойный конъюнктивит;
- ◆ острая пневмония;
- ◆ судорожный синдром;
- ◆ инфекционные заболевания;
- ◆ травмы, в том числе и черепно-мозговые;
- ◆ хирургические операции, проводимые под наркозом;
- ◆ снижение тесного тактильного контакта матери и ребенка;
- ◆ нарушение эмоционального контакта матери и ребенка;
- ◆ наличие у матери психического заболевания.

Данные осложнения и заболевания неонатального периода развития ребенка, которые способствуют повреждению

мозга на этом этапе, а так же явления эмоциональной депривации значительно чаще приводят к тяжелым системным нарушениям развития, в том числе и речи.

Таким образом, неонатальный период развития является одним из самых важных, так как именно на этом этапе происходит первичная физиологическая адаптация к новым условиям жизни ребенка и создается база для формирования в дальнейшем эмоционально-коммуникативной деятельности.

2.3. Периоды развития ребенка от 1-го месяца жизни до 3-х лет

Следующий период развития после неонатального называется *младенческим*, он продолжается от 1-го месяца до конца первого года жизни. За ним идет *ранний дошкольный возраст*, который начинается с 1-го года и заканчивается в 3 года.

2.3.1. Младенческий возраст

Младенческий возраст, или *период грудного возраста*, — это период быстрого развития двигательных (моторных), первых психоэмоциональных и социальных функций и реакций, а также предречевого развития. Название этого периода жизни ребенка подчеркивает тесную связь младенца с матерью.

Основные характеристики младенческого возраста [68]:

- ◆ завершение основных процессов адаптации к внеутробной жизни;
- ◆ интенсивное физическое, нервно-психическое, моторное и интеллектуальное развитие;
- ◆ недостаточная морфологическая и функциональная не зрелость всех органов и систем;
- ◆ исчезновение пассивного иммунитета, полученного от матери;
- ◆ высокая интенсивность обмена веществ.

Этот период отличается яркой выраженностью взаимного влияния физического развития, моторных функций, нервно-психической деятельности, эмоционального и ситуативно-личностного общения. Задержка формирования одного компонента способствует задержки развития других функций.

Этот период характеризуется формированием стойкой эмоциональной привязанности к родителям.

Основные этапы развития ребенка в младенческий период [23, 25, 29, 68, 70, 71] представлены в табл. 6.

Таблица 6. Развитие в младенческий период

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
1–3 месяцы	Моторная	Ребенок начинает удерживать головку в вертикальном положении в 1,5–2 месяца, к 2-м месяцам поднимает голову, а в 3 месяца поднимает плечевой пояс, лежа на животе, большое количество хаотичных движений сохраняется.
	Психо-эмоциональная	Происходит установление ритма сна и бодрствования, удлинение бодрствования до 5–8 ч в сутки, пробуждение отчетливо происходит уже под влиянием слуховых раздражителей средней силы; более длительные периоды бодрствования создают предпосылки для контактов с окружающим миром и развития разнообразных эмоциональных реакций; начиная с 2-х месяцев можно говорить о наличии у малыша активного бодрствования, проявляющегося при положительной эмоциональной реакции, в прислушивании, рассматривании и двигательных реакциях, сопровождающихся протяжными звуками, улыбкой, блеском глаз, широко открытыми глазами; при отрицательном эмоциональном фоне активное бодрствование сопровождается криком, плачем и хныканьем; состояние активного бодрствования отражает реакции ребенка на общение с взрослыми и окружающую среду, дифференцированность эмоций, двигательные реакции, т.е. уровень психоэмоционального развития ребенка; реакции на общение с взрослыми могут возникать у малыша до того, как

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
		<p>с ним пытаются вступить в контакт, увидев или услышав взрослого, ребенок останавливает на нем свой взгляд и может дать одну из возможных эмоциональных реакций:</p> <p>реакция сосредоточения — плачущий ребенок в ответ на ласковый голос или улыбку, или прищелкивание языком в 4–5 недель замолчит, спокойный «прислушается» и в обоих случаях ослабит двигательные реакции; в 6–8 недель проявит ротовое внимание, а к 9–12-ти неделям — может уже засмеяться;</p> <p>реакция радостного оживления — в 5–6 недель сочетание улыбки, начальных звуков гуления и реакции сосредоточения в ответ на попытку вступить с ребенком в контакт, в 8 недель эта реакция сопровождается громким коротким вздохом; реакция общего мимического оживления — после 8-ми недель сосредоточение и улыбка сопровождаются широким открыванием и блеском глаз;</p> <p>комплекс оживления — появляется в 10–12 недель, состоит из серии глубоких вздохов, вскидывания ручек, перебирания ногами, радостного повизгивания вместе с реакцией радостного оживления.</p> <p>В этот возрастной период эмоциональные реакции возникают как при виде знакомого, так и незнакомого лица.</p>
	Речевая	<p>С 6–8-ми недель гуление более выражено, малыш произносит протяжные тихие звуки «гу-у-у», «ля-я-я», «бу-у-у»; на фоне положительного эмоционального состояния гуление носит характер спокойного повествования, также мо-</p>

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
		Гут появляться голосовые реакции — радостное повизгивание и смех, отрицательные эмоциональные реакции выражаются криком различного характера в зависимости от того, чем он вызван; ребенок начинает произносить «гу-у-у», «ля-я-я», «бу-у-у» и др. в паузах между словами и звуками взрослого, постепенно гласные, напоминающие звуки, становятся более разнообразными и протяжными; к 3-м месяцам ребенок вступает в голосовой контакт, если услышит обращенный к нему просто ласковый голос.
	Зрение и слух	Зрительные реакции характеризуются движением глаз; в 1,5–2 месяца ребенок останавливает взгляд на том, что непосредственно попадает в его поле зрения, со 2-го месяца появляется зрительная фиксация, которая становится более удлиненной, прогрессирует острота зрения; зрительное внимание начинают привлекать менее яркие предметы, находящиеся не только перед ребенком, но и сбоку; в этом возрасте ребенок более длительно сосредотачивает взор на предметах определенного цвета — желтого и зеленого; к 3-м месяцам начинает формировать-ся бинокулярное зрение; в 3 месяца он уже активно ищет объект для рассматривания; возникает новая зрительная реакция — активный поиск раздражителя (ребенок поворачивает голову и ищет глазами до тех пор, пока не зафиксирует взгляд на каком-либо предмете), зрительное сосредоточение к 3-м месяцам

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
		длится около 7–10 мин, в этот период общие движения и голосовые реакции притормаживаются; увидев игрушку, плачущий ребенок успокаивается; состояние слуха у ребенка находится на более высоком уровне; начиная с 10–12 недель, ребенок отчетливо поворачивает голову в сторону звукового раздражителя, это новая слуховая реакция — локализация звука в пространстве; со 2-го месяца зрительные и слуховые реакции приобретают доминантный характер, т.е. главенствующий.
3–6 месяцев	Моторная	Основным для этого периода является дальнейшее развитие навыков и манипулятивной деятельности рук ребенка, он ощупывает, хватает и размахивает игрушкой, его первые движения неловки, поэтому ребенок делает много попыток, прежде чем достигает цели, движения рук постепенно становятся более разнообразными — поднимает их до уровня глаз и выше, складывает вместе, удерживает одну в другой, ощупывает пеленку; выражено длительное удерживание плечевого пояса в вертикальном положении; с 4-х месяцев переворачивается со спины на бок, начинается освоение поворота со спины на живот; в 4–5 месяцев ребенок разгибает руки и опирается на кисти, во сне и состоянии спокойного бодрствования конечности остаются полусогнутыми, кисти — полностью открытыми;

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
	Психо-эмоциональная	<p>с 6-ти месяцев может самостоятельно сидеть, к этому же времени появляется опора на ножки при прикосновении стоп к твердой опоре.</p> <p>Начало формирования элементарной игровой деятельности: элементарная начальная игра — в 3–4 месяца ребенок в спокойном состоянии постоянно рассматривает игрушки и окружающие предметы, при этом отдает предпочтение рассматриванию своих рук, в 5 месяцев интерес к игрушкам доминирует, приближает к ним руки, обхватывает их, тянет в рот, при показывании игрушки плачущему ребенку — он успокаивается, оживляется, пытается достать ее; если это удается, у него появляется комплекс общего оживления; реакция на общение с взрослыми проявляется в виде ориентировочной реакции — при приближении к ребенку и попытке вступить с ним в контакт он внимательно всматривается в лицо взрослого, широко раскрывает глаза и рот, притормаживает движения, эта реакция переходит в реакцию радостного оживления или страха; реакция страха проявляется в 4 месяца у 15% детей, а в 5–6 месяцев — примерно в 30% случаев, эта реакция может наблюдаться при резких неожиданных звуках; реакция на уход взрослого — новая эмоциональная реакция: в момент ласкового общения с ребенком, когда он фиксирует свое внимание на взрослом и дает реакцию радостного оживления, взрослый уходит, тогда ребенок начинает проявлять недовольство (плач, крик и пр.) — наличие этой реакции</p>

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
		<p>свидетельствует о хорошем нервно-психическом развитии; реакция кожного сосредоточения — с 4-х месяцев ребенок поворачивает голову в сторону раздражения кожи живота, ладони и т. д.;</p> <p>реакция узнавания матери — начиная с 4-х месяцев, в состоянии активного бодрствования ребенок может реагировать на появление или уход матери, при этом ребенок кричит только при уходе именно матери, не давая реакции на уход других людей;</p> <p>реакция активного осязания — ребенок с 4-х месяцев после зрительного сосредоточения на ярком предмете, находящимся на расстоянии вытянутой руки, протягивает к нему свои ручки и начинает водить по нему, продолжая рассматривать и предмет, и свои руки;</p> <p>реакция захвата предмета — в возрасте около 5-ти месяцев пытается захватить предметы или игрушки, к 6–7 месяцам реакция активного осязания ослабевает и исчезает.</p> <p>Этот возрастной период отличается от предыдущих тем, что формирующиеся эмоционально-поведенческие реакции постепенно становятся дифференцированными.</p>
	Речевая	<p>В этот возрастной период появляется истинное, или певучее, гуление, оно сопровождается новым качественным отличием — самоподражанием, на данном этапе гулению часто сопутствует пускание пузырей слюны; в 3–4 месяца начинает формироваться избирательное внимание к речи окружающих;</p>

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
	Зрение и слух	<p>около 6-ти месяцев появляются первые слоги, лепет, элементарные звукоподражания, дети эмоционально реагируют на обращенную речь, отмечается понимание отдельных элементов речи окружающих, все голосовые и звуковые реакции ребенка интонационно окрашены.</p> <p>С 3-х месяцев у ребенка четко прослеживается реакция зрительной локализации предмета в пространстве (ребенок направляет руку к близко расположенному предмету, но не потому, что оценивает расстояние, а оттого, что ведущим стимулом являются тактильные раздражения от случайного соприкосновения детской руки с предметом);</p> <p>в 4 месяца малыш может дифференцировать предметы близко и далеко расположенные;</p> <p>с 4–4,5 месяцев отмечается появление стойкой зрительной реакции прослеживания, эта реакция в данный возрастной период приобретает качественно иной характер (следя за предметом, ребенок рассматривает его; если детское внимание привлечь другим предметом, то через несколько мгновений он может активно вернуться к прослеживанию предыдущего предмета);</p> <p>в 5–6 месяцев ребенок локализует предметы, расположенные с разных сторон;</p> <p>к 6-ти месяцам ребенок свободно переводит взгляд с игрушки на лицо взрослого и обратно.</p>

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
		Слуховые реакции в этот возрастной период отличаются большей дифференцированностью, избирательностью, способностью локализовать звук в пространстве; при достаточно развитой функции активного внимания в ситуации, когда ребенок занят игрушкой или общается с взрослым и т.д., реакция на звук может быть несколько задержана по времени.
6–9 месяцев	Моторная	<p>Этот период характеризуется значительным многообразием двигательной сферы:</p> <p>малыш быстро и уверенно переворачивается со спины на живот и обратно; лежа на животе, умеет переносить центр тяжести, с одной руки на другую;</p> <p>ребенок начинает самостоятельно садиться, вставать, может непродолжительное время стоять, появляются попытки к передвижению — в начале ползание назад, потом вперед на четвереньках;</p> <p>при поддержке под мышками или за обе ручки передвигает ноги;</p> <p>к 9-ти месяцам уже ходит, держась за опору — за перила манежа; перекладывает игрушки из руки в руку, трясет и стучит ими, тянет в рот;</p> <p>мимические движения становятся более разнообразными; движения носят целенаправленный и произвольный характер, они достаточно дифференцированы.</p>
	Психо-эмоциональная	Отличительной чертой поведения здорового ребенка в этот возрастной период является:

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
		<p>постоянное сосредоточение на каком-либо виде деятельности — под контролем зрения берет игрушки, рассматривает и ощупывает их, перекладывает из руки в руку, трясет ими, на руках у взрослого осматривает и ощупывает лицо, проявляет интерес к деталям одежды, украшениям, хватает их и т.д., эти формы поведения говорят о формировании у ребенка активной познавательной деятельности;</p> <p>к 6-ти месяцам младенец начинает реагировать избирательно, появляется реакция на новое лицо, нормальной считается ориентировочная реакция: радостного оживления или страха в зависимости от того знакомый человек или это новое лицо;</p> <p>реакция на обращенную речь — ребенок в 7–8 месяцев понимает обращенную речь, узнает название некоторых предметов, которые ему показывают, понимает заигрывание с ним, готов к совместной игре («ку-ку», «бросание игрушки» и т.д.), вступивший с взрослым в игровой контакт и преодолевший ориентировочную реакцию и страх, в ответ на ласковый разговор с ним произносит цепочки словов, появляется радостное оживление; ребенок начинает выполнять простые словесные инструкции;</p> <p>жесты становятся необходимыми ребенку для выражения своих желаний, элементом общения со взрослыми: протягивает руки, чтобы его взяли на руки, тянется руками к далеко лежащей игрушке, если хочет приблизиться к ней;</p>

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
		в 8–9 месяцев возрастает стремление контактировать со взрослыми, дети отчетливо выделяют близких людей, проявляют настороженность к посторонним людям, подчас разлука с матерью вызывает у них страх, тревогу, беспокойство, в этот возрастной период большое значение приобретают общий процесс формирования привязанности к родителям и более избирательные установки эмоциональных связей в первые годы жизни.
	Речевая	Данный возрастной этап характеризуется появлением спонтанных голосовых реакций в виде повторения длинных цепочек слов («ба-ба-ба-ба», «ма-ма-ма-ма» и др.), т.е. формируется лепет; в 7–8 месяцев развивается отраженный лепет — повторение за взрослыми и самолепет — собственная речевая активность, лепет больше становится похожим на язык окружающих его людей; в 8–9 месяцев интенсивнее развивается понимание речи, начинает выполнять элементарные словесные инструкции, дополненные жестами.
	Зрение и слух	Вся познавательно-игровая деятельность ребенка протекает под контролем зрения (брать игрушки, рассматривать их, перекладывать из руки в руку, ощупывание игрушек или лица взрослого, украшений у него и т.п.); у ребенка хорошо развиты глазодвигательные реакции — четко фиксирует взор и прослеживает за перемещением заинтересовавших его предметов;

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
		развитие слуховых реакций в этот возрастной период характеризуется более четкой дифференцированностью, избирательностью, способностью локализовать звук в пространстве
9–12 месяцев	Моторная	<p>Особенность этого периода в том, что ребенок осваивает вертикальную позу, ходьба является важнейшей конечной целью общего статического развития, самостоятельное хождение приходится на конец первого года жизни; двигательное развитие характеризуется становлением сложных цепных реакций, направленных на приспособление туловища к вертикальному положению и целенаправленных движений; в начале ребенок ходит, широко расставляя ноги и руки, равновесие сохраняет очень слабо, ходьба совершенствуется в течение 4–5 недель; отмечается дальнейшее развитие и совершенствование движений рук: ребенок берет мелкие предметы двумя пальцами, а большие — всей ладонью, машет ладонью, делает «ладушки» и т.д.; к 1 году ребенок манипулирует 3–4 предметами; произвольные движения мимической мускулатуры становятся изолированными; значительно усложняется работа жевательных мышц.</p>
	Психо-эмоциональная	<p>В основе деятельности этого возрастного периода лежат: предметные повторные действия, т.е. ребенок начинает играть с 3–4 предметами, предпочтительно действуя одной рукой, выполнив какое-то действие однократно, малыш активно стремится к</p>

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
		<p>его повторению, уже распознает окружающие предметы, игрушки, пытается манипулировать с ними соответственно их назначению: ложкой есть, надеть кольцо пирамидки на палочку или палец, кубики поставить друг на друга, катать машинку и т.д.;</p> <p>в 10–12 месяцев малыш начинает овладевать элементами социально-бытовых навыков: пытается проситься на горшок, поддерживать чашку или ложку и т.д.;</p> <p>проявление эмоций становится выразительным, ярким и разнообразным, а сами эмоции более неустойчивые, поэтому положительные эмоционально-поведенческие реакции быстро сменяются на отрицательные и наоборот; контакт с ребенком устанавливается не сразу, так как у него четко выражена реакция на незнакомых людей, однако по сравнению с предыдущим периодом, реакция страха выражена меньше и реже;</p> <p>появляется новый тип общения с взрослыми — предметно-действенный, который состоит в том, что общение с ребенком устанавливается с помощью ярких различных предметов и игрушек;</p> <p>реакция на речевое общение носит устойчивый характер;</p> <p>ребенок начинает распознавать окружающие предметы, простые причинно-следственные связи;</p> <p>к концу первого года жизни у ребенка должна сформироваться тесная и надежная родственная взаимосвязь с матерью.</p>

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
	Речевая	<p>В этот период имеет большое значение развитие реакций на речевое общение:</p> <p>с 9-ти месяцев дети адекватно реагируют на обращенную речь, понимают интонации, правильно воспринимают отдельные инструкции и знакомые словосочетания в знакомых ситуациях («нет-нет», «горячо», «дай ручку», «дай игрушку», «будем кушать» и др.);</p> <p>в 10–12 месяцев ребенок получает удовольствие от общения с близкими, т.е. складывается коммуникативная потребность; он издает различные звуки, звукоподражания («мяу», «ав-ав», «муму», «тик-так», «кап-кап» и др.);</p> <p>появляются отдельные слова — «мама», «папа», «баба», «на», «дай» и т.д.;</p> <p>с 10-ти месяцев у ребенка начинает вырабатываться понимание сочетания слова с предметом или картинкой и действием (на вопрос «Где у тебя носик?» ребенок показывает на свой нос, на вопрос «Где киска?» малыш смотрит в сторону кошки), сознательно называет предмет, увидев его (смотря на собачку, говорит «ав-ав»);</p> <p>таким образом, у детей вырабатывается способность выполнять простые одноступенчатые инструкции, т.е. можно говорить о начале развития регулирующей функции речи; к концу года ребенок может произносить около 5–6 слов.</p>
	Зрение и слух	<p><i>Зрительные реакции:</i></p> <p>ребенок начинает различать еду по внешнему виду;</p> <p>рассматривает свое лицо в зеркале;</p>

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
		<p>ребенок легко прослеживает за игрушкой во всех направлениях, движения глазных яблок плавные, координированные.</p> <p><i>Слуховые реакции:</i> хорошо дифференцирует звуки, узнает тиканье часов, лай собаки, звонок телефона и т.д.;</p> <p>ребенок очень четко реагирует на обращенную речь, дает адекватную ответную реакцию, соответствующую его возрасту.</p>

Неблагоприятные факторы этого периода легко вызывают отклонения в развитии ребенка:

- ♦ заболевания, обусловленные моррофункциональной незрелостью плода;
- ♦ задержка нарастания массы тела ребенка;
- ♦ выявляются многие заболевания и состояния, обусловленные нарушениями в антенатальном, перинатальном и неонатальном периодах (см. выше);
- ♦ острые пневмонии;
- ♦ судорожный синдром;
- ♦ инфекционные заболевания;
- ♦ травмы, в том числе и черепно-мозговые;
- ♦ хирургические операции, проводимые под наркозом;
- ♦ снижение тесного тактильного контакта матери и ребенка;
- ♦ нарушение эмоционального контакта матери и ребенка;
- ♦ депрессивное состояние матери;
- ♦ наличие у матери психического заболевания.

В целом младенческий период — это время, когда у ребенка формируются моторные функции, присущие человеку, появляется и развивается ситуативно-личностное (реагирование на ласковое обращение к ребенку и разговор с ним), ситуативно-деловое (реакция на демонстрацию новых игрушек и манипуляции с ними), появляются элементы речевого и познавательного общения [60].

2.3.2. Ранний дошкольный период

Ранний дошкольный период (от первого года до 3-х лет) — это период быстрого и интенсивного развития.

Основные характеристики этого периода [68]:

- ♦ замедление темпов прибавки в весе и длины тела;
- ♦ значительное повышение двигательной активности;
- ♦ улучшение координации и дальнейшее развитие моторных функций;
- ♦ быстрое развитие экспрессивной и импресивной речи, к концу второго года появляется фразовая речь;
- ♦ быстрое развитие психических функций;
- ♦ значительно повышается познавательный интерес к окружающему миру;
- ♦ расширяются контакты с окружающими людьми как со взрослыми, так и с детьми.

Быстрый темп развития ребенка раннего возраста обусловлен возрастающим установлением связей с внешним миром. При этом закрепление этих связей идет медленно. Поэтому для детей от первого года до 3-х лет жизни характерна неустойчивость умений и навыков. При отсутствии достаточного числа повторений они быстро забываются. Повторение и воспроизведение действий приводит к тому, что на их основе у него складываются определенный опыт, который он использует в своей деятельности. Например, используя палку, для того, чтобы достать игрушку, находящуюся на верхней полке, ребенок может использовать ее в следующий раз, чтобы достать мячик или упавшую игрушку из-под дивана. В основе этого лежит опыт, проанализированный в начале в уме, а потом реализованный в конкретной ситуации.

В табл. 7 представлены основные характеристики развития в ранний дошкольный период [23, 25, 30, 68].

Таблица 7. Характеристика развития ребенка в ранний дошкольный период

Функция	Характеристика
Моторная	<p>Моторные функции усложняются, ребенок выполняет уже более сложные и дифференцированные действия, совершенствуется координация движений, ходит более ритмично. К 2-му году меняет положение, поворачивается, приседает, пятится.</p> <p>Со 2-го года жизни ребенок может ходить по наклонной доске, перешагивать через поднятую над землей палочку, преодолевает препятствия, чередуя шаг, влезать на стул, диван (определенной высоты), кидать мячик, бросать мяч в цель, начинает прыгать, танцует, толкает ступней катящуюся игрушку.</p> <p>К 3-летнему возрасту ребенок приобретает навыки бега, с помощью взрослого он может правильно построить простой домик из кубиков, выбрать соответствующую картинку из лото для малышей, подняться самостоятельно по ступенькам, может начать правильно надевать одежду. Может немного ездить на трехколесном велосипеде.</p>
Психо-эмоциональная	<p>Психоэмоциональные реакции этого периода характеризуются появлением настойчивого желания нравиться окружающим, особенно родителям. Если они показывают свое недовольство или неодобрение, малыш начинает проявлять беспокойство, подчас очень бурное. К этому времени устанавливается поведение, свидетельствующее об эмоциональной привязанности к близким. У детей этого возраста наблюдаются резкие вспышки раздражения, особенно когда кто-либо препятствует реализации исследовательских побуждений ребенка. Эти вспышки смягчаются, а потом становятся редкими, если родители не фиксируют такую форму поведения и переключают внимание на положительную деятельность.</p>

Функция	Характеристика
	<p>Ярко выражена любознательность к окружающему миру. Выражено наглядно-действенное мышление, происходит формирование нового отношения к окружающему миру предметов: они становятся для ребенка не только объектами для манипулирования, но и предметами, имеющими определенное назначение и требующими установленных способов их использования. Формируется предметная деятельность. Овладение этими действиями создает условия для усвоения новых видов действия: рисование, лепка, аппликация, конструирование и пр.</p> <p>На 3-м году у ребенка уже существуют представления о свойствах предметов, связей между ними, появляются постоянные образцы для сравнения. Это хорошо известные предметы, имеющие четко выраженные признаки: цвет, форму, консистенцию.</p> <p>Формируется самосознание и его проявление в этом возрасте.</p> <p>В 2,5–3 года параллельно с интеллектуальным развитием происходит половая ориентация ребенка. Уже в 3 года большинство детей могут назвать не только свой возраст, но и пол.</p>
Речевая	<p>Речь характеризуется началом бурного развития: увеличивается словарный запас, как пассивный, так и активный, в начале появляется простая фраза из 2–3 слов, а к 2-м годам нередко и усложненная, состоящая из 5–6 слов, связанных грамматически, т.е. есть предлоги и падежные окончания, начинает использовать придаточные предложения.</p>
Зрение и слух	<p><i>Развитие зрения.</i> В 1 год 3 месяца пытается подражать увиденным действиям взрослого. С 1 года 4 месяца узнает себя на фотографии, узнает и называет знакомые предметы на картинках. С 1 года 6 месяцев на несколько дней запоминает, где лежат игрушки или интересующие его предметы.</p>

Функция	Характеристика
	<p>К 2 годам узнает свои вещи, находит парные картинки. После 2,5 лет находит настоящий предмет по его рисунку. К 3-м годам знает 2–3 цвета, находит предмет по изображению характерной части предмета. К 3-м годам большинство детей безошибочно различают основные цвета спектра, а определить различие сходных между собой оттенков они еще не могут.</p> <p><i>Развитие слуха.</i> К 1 году 2 месяцам пытается «танцевать» под музыку, переводит взгляд на знакомый предмет, который назвали. С 1 года 4 месяцев выполняет речевые просьбы (причеси, покорми, покатай), пытается повторять слова, однократно услышанные в разговоре. С 2-х лет называет объекты, которые находятся вне поля зрения, но издают звук. К 3-м годам может повторить за взрослым предложения из 6–7 слов.</p>

С начала раннего возраста ребенок начинает приобретать стремление к самостоятельности и относительной независимости от взрослого. При этом остается связанным с ним объективно, так как ему необходима практическая помощь, и субъективно, поскольку нуждается в заботе, оценки и внимании взрослого. Это некоторое противоречие приводит к новой социальной ситуации, формируется сотрудничество или совместная деятельность ребенка и взрослого [60].

В данный период онтогенеза выявлены следующие *факторы, отрицательно влияющие* на формирование нервно-психической системы ребенка [9]:

- ♦ соматические заболевания;
- ♦ черепно-мозговая травма;
- ♦ хирургические операции, проводимые под наркозом;
- ♦ патологические состояния нервно-психической сферы;
- ♦ расстройства поведения, ограничивающиеся условиями семьи;
- ♦ расстройства поведения, ограничивающиеся условиями дошкольного образовательного учреждения.

Таким образом, в ранний дошкольный период изменяется социальная ситуация развития и ведущая деятельность ребенка. Значительно усложняются двигательные функции. Возникает совместная деятельность взрослого и ребенка. Происходит интенсивное психическое и речевое развитие, среди которых главными являются речь, наглядно-действенное мышление и начало символической игры, формирование самосознания.

2.4. Периоды развития ребенка от 3-х лет и старше

2.4.1. Дошкольный возраст

Дошкольный возраст (от 3-х до 6-7-ми лет) — этап психического развития, в отечественной периодизации занимающий место между ранним возрастом и младшим школьным возрастом — от 3-х до 6-7-ми лет. В собственно *дошкольном возрасте* некоторые авторы выделяют три периода: *младший дошкольный возраст* (3–4 года), *средний* (4–5 лет) и *старший* (5–7 лет).

Этот период имеет исключительное значение для развития психики и личности ребенка. Данный этап жизни ребенка отличается быстрым ростом интеллектуальных способностей, перестраивается вся психическая деятельность ребенка и его отношение к окружающему миру. В данный период постепенно развиваются механизмы мозгового обеспечения познавательной деятельности, определяется готовность к началу систематического обучения. Степень зрелости этих механизмов имеет важное прогностическое значение, обуславливая возможную успешность учебной деятельности. Суть этой перестройки заключается в возникновении внутренней психической жизни и внутренней регуляции поведения. В этом возрасте дети чрезвычайно любознательны, все у них вызывает интерес, они задают много вопросов. Появляются первые элементы фантазирования. Особенно ярко они проявляются в дальнейшем развитии речи. Если в раннем дошкольном возрасте поведение ребенка стимулируется или направляется извне взрослыми или окружающей ситуацией, то в дошкольном — он сам начинает определять свое поведение. Становление внутренней жизни и внутренней регуляции связано с рядом новооб-

разований в психике и в сознании ребенка. На каждом этапе развития та или иная функция выходит на первое место. В раннем возрасте главная психическая функция — восприятие. А в дошкольном возрасте, по мнению Л.С. Выготского, важнейшей особенностью является то, что здесь складывается новая система психических функций, в центре которой становится память. Это приводит к существенным изменениям в психической деятельности ребенка [20].

Основные характеристики дошкольного периода [68]:

- ♦ более медленное, по сравнению с предыдущими периодами, увеличение массы тела (к 6–7 годам масса тела ребенка, которую он имел в возрасте 1 года, должна удвоиться);

- ♦ первое физиологическое вытяжение, наблюдается значительное увеличение длины конечностей (рост детей в этот период увеличивается неравномерно — в начале замедляется до 4–6 см в год, а затем на 6–7-м году жизни несколько ускоряется до 6–8 см в год), период так называемого первого физиологического вытяжения;

- ♦ начало замены зубов на постоянные;
- ♦ достижение иммунной системы определенной степени зрелости;

- ♦ значительное улучшение памяти;
- ♦ совершенствование речи;
- ♦ появление различий в поведении детей разного пола, возникновение сложных взаимоотношений с разными детьми и взрослыми, формирование самолюбия;

- ♦ появление сдержанности эмоций;
- ♦ к концу этого периода по уровню интеллекта, развития речи и моторики, в том числе и тонкой моторики пальцев рук, ребенок готов к обучению в школе.

В табл. 8 представлены основные характеристики развития в дошкольный период [23, 25, 29, 68].

Таблица 8. Характеристика развития ребёнка в дошкольный период

Функция	Характеристика
Моторная	<p>Моторное развитие детей 3–7 лет связано с созреванием мозга и всех его структур, которые участвуют в регуляции движений, совершенствованием связей между двигательной зоной и другими зонами коры, изменением структуры и функциональных возможностей опорно-двигательного аппарата. В период от 3-х до 6–7 лет совершенствуется и становится более устойчивой структура локомоций и перемещений рук при игровых и бытовых ситуациях. Однако вплоть до 7 лет биодинамику движений верхних и нижних конечностей у детей отличает наличие лишних колебаний и неравномерность скорости.</p> <p>В период от 3–4-х к 5–6-ти годам улучшается координация движений, дети сравнительно легко, без ошибок выполняют попеременные движения ногами, что связано с созреванием отделов ЦНС, ответственных за координацию движений.</p> <p>В 3,5–4 года ребенок уже умеет держать карандаш и довольно свободно манипулировать им.</p> <p>Период 4–7 лет является этапом активного освоения и совершенствования новых инструментальных движений, в том числе и действий карандашом и ручкой.</p> <p>В 6 лет дети хорошо копируют простейшие геометрические фигуры, соблюдая их размер, пропорции. Штрихи становятся более четкими и ровными, овалы завершенными. К концу дошкольного возраста детям доступны любые графические движения, любые штрихи и линии.</p> <p>Важно отметить, что, начиная с 4-х лет, выявляется возможность целенаправленного формирования движений в процессе обучения ребенка, роль слова в процессе двигательного обучения повышается. При этом сочетание словесной инструкции и наглядного показа дает наиболее эффективный результат.</p>
	От 4-х до 7-ми лет уменьшается число упражнений, необходимых для формирования нового двигательного действия.

Функция	Характеристика
	<p>В 6–7 лет начинается освоение одного из самых сложных двигательных навыков — письма. Трудность формирования этого навыка связана не только со сложностью самого двигательного действия, но и с несформированностью мелких мышц кисти и пальцев, незавершенностью окостенения костей запястья и фаланг пальцев, несовершенством нервно-мышечной регуляции. Все это определяет значение условий, при которых формирование навыка наиболее эффективно. Эти условия включают осознанный анализ траекторий каждого движения, выделение основных ориентиров движения, включение в общий контекст деятельности с высокой игровой мотивацией.</p> <p>Для этого периода характерными являются также дальнейшая латерализация функций.</p>
Психо-эмоциональная	<p>Дошкольный период неоднороден по характеру мозговой организации психических процессов. В период развития ребенка от 3-х до 6–7-ми лет происходит дальнейшее совершенствование интеллектуальных возможностей ребенка. Он становится более свободным, хорошо разговаривает, мир его ощущений, переживаний и представлений становится богаче и разнообразнее.</p> <p>Этот возрастной период называют возрастом игры, поскольку именно игра — ведущая деятельность данного возраста и имеет большое значение для формирования личности ребенка. В рамках игровой деятельности происходит усвоение основных приемов орудийной деятельности и норм социального поведения. В игре, прежде всего, ребенок учится полноценному общению со сверстниками, ребенок учит подчинять себя правилам игры, совершенствуются нравственные оценки (появляются понятия «хорошо», «плохо»), формируются новые потребности, осваиваются новые виды творческой деятельности (рисование, лепка из</p>

Функция	Характеристика
	<p>пластилина). Дети в игровой форме имитируют жизнь взрослых.</p> <p>В этом возрасте ребенок начинает более полно воспринимать окружающий мир. Основным объектом его наблюдений являются родители. В младшем дошкольном возрасте основное содержание игры составляет воспроизведение предметных действий людей, которые не направлены на партнера или на развитие сюжета. В среднем дошкольном возрасте главным содержанием игры выступают отношения между людьми. Действия выполняются не ради них самих, а ради определенного отношения к другим в соответствии с взятой на себя ролью. Введение сюжета и игровой роли значительно повышает возможности ребенка во многих сферах психической жизни. В старшем дошкольном возрасте сутью игры становится выполнение правил, вытекающих из взятой на себя роли. Игровые действия сокращаются, обобщаются и приобретают условный характер. Ролевая игра постепенно сменяется игрой с правилами. Помимо игровой, для дошкольного возраста характерны другие формы деятельности: конструирование, рисование, лепка, восприятие сказок и рассказов и пр. Можно наблюдать также элементы трудовой и учебной деятельности.</p> <p>Существенным в формировании личности становится то, что мотивы и желания ребенка начинают согласовываться друг с другом, выделяются более и менее значимые, за счет чего происходит переход от импульсивного, ситуативного поведения к опосредованному каким-то правилом или образцом.</p> <p>В период от 3-х до 6-7-ми лет происходят существенные изменения процесса восприятия. В 3-4-летнем возрасте при ознакомлении с новыми незнакомыми предметами еще сохраняется тесное взаимодействие восприятия и двигательных действий (непосредственный контакт с предметом).</p> <p>В 3,5-4 года у детей совершенствуется зрительно-пространственное восприятие, и это позволяет</p>

Функция	Характеристика	
	<p>детям при копировании передавать пропорции фигур, ограничивать протяженность линий и рисовать их относительно параллельными. Они начинают уверенно держать в руках карандаш, рисуют различные предметы, животных. Рисунки детей этого возраста разнообразны по сюжетам, они не только рисуют, но пытаются писать буквы, подписывая свои рисунки.</p> <p>Наиболее характерное для детей дошкольного возраста — это наглядно-образное мышление. Ребенок мыслит воображением!</p> <p>У детей дошкольного возраста формируется самооценка, самоидентификация и чувство «Я». Ребенок осознает половые различия. Он идентифицирует себя, как мальчик или девочка, понимает различие между мужчиной и женщиной, проявляющиеся в одежде, поведении, внешности.</p> <p>На этом этапе развития ребенка начинают формироваться психологические защитные механизмы, которые помогают маленькой личности справиться с тревогой, страхами и т.д., которые возникают вследствие отрицательных эмоций.</p>	
Речевая	<p>У детей дошкольного возраста интенсивно развивается речь. Хотя интенсивность этого развития зависит от его условий жизни. Количество употребляемых слов с 3-х до 6-ти лет увеличивается в три раза. Ребенок точно улавливает речь взрослых. Он создает свои слова, которые очень сходны с грамматикой слов родного языка. Словарный запас постепенно увеличивается до 2 тыс. слов и более. В разговоре дети уже используют сложные фразы и предложения, легко запоминают стихи; могут составить небольшой рассказ. В этот возрастной период ребенок обладает способностью овладеть иностранным языком.</p>	<p>К началу дошкольного возраста внешние воспринимающие аппараты ребенка уже вполне сформированы. Однако это не значит, что ощущения у детей-дошкольников не развиваются. Напротив, в дошкольном возрасте ощущения продолжают</p>

Функция	Характеристика
Зрение и слух	<p>быстро совершенствоваться, прежде всего, за счет развития и усложнения деятельности центральной части анализаторов. Интенсивно развиваются у детей в возрасте 3–7 лет зрительные ощущения, слуховые. Это развитие заключается, прежде всего, в усовершенствовании анализаторно-синтетической деятельности коры больших полушарий, что приводит к повышению чувствительности, к различению свойств окружающих предметов и явлений. Возрастающее участие в процессах анализа второй сигнальной системы делает ощущения более точными, а вместе с тем придает им сознательный характер.</p> <p>Развитие зрительных ощущений. У детей 3–4-х лет при первом ознакомлении с объектом немногочисленные глазные движения осуществляются внутри фигуры; при таком способе ознакомления вероятность зрительного узнавания сложных, незнакомых ребенку предметов находится на уровне случайности (50%). В 4–5-летнем возрасте обнаруживаются группы близко расположенных фиксаций на наиболее характерных признаках объекта, размашистые движения по оси, имитирующие его измерение. В результате достигаются более высокие показатели узнавания. К 7-ми годам при ознакомлении с новым предметом прослеживание по контуру включает всю фигуру, как бы создавая внутреннюю модель формы; вероятность узнавания достигает 100%. На этой основе при последующем восприятии уже знакомого предмета происходит формирование обобщенного эталона.</p> <p>Прослеживающие глазные движения сокращаются, и опознание осуществляется по наиболее информативным для данной задачи отдельным признакам. Заметно увеличиваются размеры и масса глазных яблок.</p> <p>У детей 6 лет еще продолжаются процессы формирования рефракции, начинает развиваться глубинное зрение. Главнейшие изменения в зрительных ощущениях детей дошкольного возраста происходят</p>

Функция	Характеристика
	<p>в развитии остроты зрения (т. е. способности различать малые или удаленные объекты) и в развитии тонкости различения оттенков цвета. К 6 годам острота зрения достигает 0,86. Объемное восприятие предметов и способность различать цвета хуже, чем у детей школьного возраста. Значительно развивается в этот период точность в различении оттенков цвета. Количество ошибок быстро уменьшается: если у 4-летних детей число ошибок еще очень велико и достигает 70%, то у детей 5–6 лет ошибок обычно уже не более 50%, а к 7 годам — менее 10%. С 3 до 7 лет у детей развивается способность четко видеть на разных расстояниях, так называемая аккомодация.</p> <p>К 6–7 годам зрение ребенка достигает уровня взрослого человека. Это значит, что острота зрения соответствует, так называемой «1,0», когда глаза хорошо различают предметы как вдали, так и на близком расстоянии, и рефракция становится эмметропичной (сопазмерной). Это означает, что фокус попадает точно на сетчатку. В этом возрасте орган зрения, как и весь организм в целом, полностью готов к школе.</p> <p>Развитие слуховых ощущений. Повышаются острота слуха и способность к дифференцировке звуков. В 6-летнем возрасте острота слуха на слова ниже, чем на тоны. Слуховая чувствительность возрастает у детей в возрасте от 6 до 7 лет в среднем почти в два раза. Чувствительность к различению высоты звуков особенно быстро развивается при систематических занятиях музыкой.</p>

Дошкольный возраст — это начало социального развития ребенка в семье. Он начинает идентифицировать себя с родителями и принимать их основные принципы жизни: взаимодействие с окружающими его близкими и другими людьми, взрослыми и детьми. В результате у детей расширяется сфера его социальной жизни, вырабатываются первые социальные навыки. Формируются элементы адаптации в детском коллективе, адаптации к требованиям социального окружения.

ния, появляются специфические реакции на посещение детского учреждения; отмечаются особенности игры как ведущей деятельности данного возраста.

Появляются психологические новообразования: формируется более высокий уровень познавательных потребностей; растут нравственно-этические представления; наступает преобладание обдуманных действий над импульсивными; начинают формироваться такие качества личности как настойчивость, умение преодолевать трудности, возникает чувство долга по отношению к окружающим; начинает проявляться произвольное поведение. Возникают, по Д.Б. Эльконину, элементы управления собой и своими поступками; происходит осознание возможностей своих действий (начало формирования самооценки) [72].

К концу дошкольного возраста мы имеем три линии развития:

- 1 — линия формирования произвольного поведения;
- 2 — линия овладения средствами и эталонами познавательно деятельности;
- 3 — линия перехода от эгоцентризма к децентрации.

Развитие по этим линиям определяет готовность ребенка к школьному обучению. К трем линиям, проанализированным Д.Б. Элькониным, следует добавить мотивационную готовность ребенка к школьному обучению. Как было показано Л.И. Божович, ребенок стремится к функции ученика [17]. Так, например, во время «игры в школу» дошкольники младших возрастов берут на себя функцию учителя, старшие дошкольники предпочитают роли учеников, так как эта роль кажется им особенно значимой.

На этом этапе развития можно выделить следующие *неблагоприятные факторы, влияющие на формирование ребенка* [9, 68]:

- ♦ хронические соматические заболевания;
- ♦ высокая частота инфекционных заболеваний, особенно органов дыхания (чаще 4 раз в год);
- ♦ заболевания, обусловленные нарушением иммунной системы и частыми аллергическими реакциями;
- ♦ высокий риск травматизма;
- ♦ черепно-мозговая травма;
- ♦ хирургические операции, проводимые под наркозом;
- ♦ патологические состояния нервно-психической сферы;
- ♦ расстройства поведения, ограничивающиеся условиями семьи;

- ♦ расстройства поведения, ограничивающиеся условиями дошкольного образовательного учреждения.

В заключение надо добавить, что дошкольный период связан с самоутверждением ребенка в процессе социализации, в ходе групповой коммуникации, игры. При этом происходит формирование инициативности дошкольника: если проявляемая ребенком инициатива поощряется — это *позитивный вариант*; если нет поощрения и одобрения, то формируются реакции негативизма и чувство вины — *негативный вариант*. Начинает формироваться готовность к социальным взаимодействиям, открытость для социальных контактов. Кроме этого данный этап онтогенеза характеризуется также началом развития абстрактного мышления, завершается дифференциация межполушарного взаимодействия с возрастанием ведущей роли доминантного полушария.

2.4.2. Младший школьный возраст

Младший школьный возраст называют вершиной детства. Границы младшего школьного возраста, совпадающие с периодом обучения в начальной школе, устанавливаются в настоящее время с 6–7 до 11 лет, когда он проходит обучение в начальных классах современной отечественной школы. В других странах этот возраст соответствует принятым там системам образования. Как пишет В.В. Давыдов, младший школьный возраст «...это особый период в жизни ребенка, который выделился исторически сравнительно недавно. Его не было у тех детей, которые вообще не посещали школу, его не было и у тех, для которых начальная школа была первой и последней ступенью образования. Появление этого возраста связано с введением системы всеобщего и обязательного неполного и полного среднего образования. Содержание среднего образования и его задачи еще окончательно не определились, поэтому психологические особенности младшего школьного возраста как начального звена школьного детства также нельзя считать окончательными и неизменными».

В этот период продолжается дальнейшее физическое и психофизиологическое развитие ребенка, совершенствуются все системы организма. Формируются все предпосылки, обеспечивающие возможность систематического обучения в школе. Возможность обучения определяется уровнем фи-

зиологического (анатомо-морфологического) и психического, прежде всего интеллектуального развития. Готовность к школьному обучению означает сформированность отношения к школе, учению, познанию как к радости открытия, вхождения в новый мир, мир взрослых, умение ориентироваться на систему правил и др. Начало обучения в школе ведет к коренному изменению социальной ситуации развития ребенка.

Ведущей в младшем школьном возрасте становится учебная деятельность. Она определяет важнейшие изменения, происходящие в развитии психики детей на данном возрастном этапе. В рамках учебной деятельности складываются психологические новообразования, характеризующие наиболее значимые достижения в развитии младших школьников и являющиеся фундаментом, обеспечивающим развитие на следующем возрастном этапе. Ведущая роль учебной деятельности в процессе развития ребенка не исключает того, что младший школьник активно включен и в другие виды деятельности, в ходе которых совершаются и закрепляются его новые достижения. В рамках учебной деятельности возникают два основных психологических новообразования этого возраста — возможность произвольной регуляции психических процессов и построение внутреннего плана действий.

Согласно Л.С. Выготскому, с началом школьного обучения мышление выдвигается в центр сознательной деятельности ребенка. Развитие словесно-логического, рассуждающего мышления, происходящее в ходе усвоения учебных знаний, перестраивает и все другие познавательные процессы: «память в этом возрасте становится мыслящей, а восприятие — думающим».

Основные характеристики младшего школьного возраста представлены в табл. 9 [23, 29, 58, 66, 68].

Таблица 9. Характеристика развития ребенка в младший школьный возраст

Функция	Характеристика
Моторная	Это время физического роста, когда дети быстро тянутся вверх, наблюдается дисгармония в физическом развитии, оно опережает нервно-психическое развитие ребенка,

Функция	Характеристика
	<p>что сказывается на временном ослаблении нервной системы. В этом возрасте происходят существенные изменения во всех органах и тканях тела. Формируются все изгибы позвоночника — шейный, грудной и поясничный. Однако окостенение скелета еще не заканчивается, отсюда его большая гибкость и подвижность, открывающие как большие возможности для правильного физического воспитания и занятий многими видами спорта.</p> <p>У младших школьников энергично крепнут мышцы и связки, растет их объем, возрастает общая мышечная сила. При этом крупные мышцы развиваются раньше мелких. Поэтому дети более способны к сравнительно сильным и размашистым движениям, но труднее справляются с движениями мелкими, требующими точности. Окостенение фаланг пясти рук заканчивается к 9–11-ти годам, а запястья — к 10–12-ти.</p>
Психо-эмоциональная	<p>У младших школьников, благодаря большому диаметру сонных артерий, головной мозг получает достаточно крови, что является важным условием его работоспособности. Вес головного мозга заметно увеличивается после семи лет. Особенно увеличиваются лобные доли мозга, играющие большую роль в формировании высших и наиболее сложных функций психической деятельности человека.</p> <p>Изменяется взаимоотношение процессов возбуждения и торможения. Торможение (основа сдерживания, самоконтроля) становится более заметным, чем у дошкольников. Однако склонность к возбуждению еще очень велика, отсюда — непоседливость младших школьников.</p> <p>Проявляются повышенная утомляемость, беспокойство, повышенная потребность в движениях.</p>

Функция	Характеристика
	<p>У ребенка формируются основные элементы ведущей в этот период учебной деятельности, необходимые учебные навыки и умения, развиваются формы мышления, обеспечивающие в дальнейшем усвоение системы научных знаний, развитие научного, теоретического мышления. Здесь складываются предпосылки самостоятельной ориентации в учении, повседневной жизни, происходит психологическая перестройка, «требующая от ребенка не только значительного умственного напряжения, но и большой физической выносливости».</p> <p><i>Социальная ситуация.</i> Учебная деятельность становится ведущей деятельностью, завершается переход от наглядно-образного к словесно-логическому мышлению, отчетливо виден социальный смысл учения (отношение к отметкам), мотивация достижения становится доминирующей, происходит смена референтной группы, происходит смена распорядка дня, укрепляется новая внутренняя позиция, изменяется система взаимоотношений ребенка с окружающими людьми.</p> <p><i>Компоненты, мотивы учебной деятельности (по Д.Б. Эльконину).</i> Мотивация, учебная задача, учебные операции, контроль и оценка, познавательные, социальные, узколичные.</p> <p><i>Психические новообразования.</i> Произвольность психических процессов, рефлексия (личностная, интеллектуальная), внутренний план действий (планирование в уме, умение анализировать).</p> <p><i>Мышление.</i> Мышление в младшем школьном возрасте становится доминирующей функцией, завершается наметившийся в дошкольном возрасте переход от наглядно-образного к словесно-логическому мышлению. К концу младшего школьного возраста проявляются индивидуальные различия</p>

Функция	Характеристика
	<p>в мышлении (теоретики, мыслители, художники). В процессе обучения формируются научные понятия (основы теоретического мышления).</p> <p><i>Память.</i> Память развивается в двух направлениях — произвольности и осмысленности. В учебной деятельности развиваются все виды памяти: долговременная, кратковременная и оперативная. Развитие памяти связано с необходимостью заучивать учебный материал. Активно формируется произвольное запоминание.</p> <p><i>Внимание.</i> В развитии внимания происходят существенные изменения, идет интенсивное развитие всех его свойств: особенно резко (в 2,1 раза) увеличивается объем внимания, повышается его устойчивость, развиваются навыки переключения и распределения. К 9–10-ти годам дети становятся способны достаточно долго сохранять внимание и выполнять произвольно заданную программу действий. Дети способны концентрировать внимание, но у них еще преобладает непроизвольное внимание. Произвольность познавательных процессов возникает на пике волевого усилия (самоорганизующегося под воздействием требований). Внимание активизируется, но еще не стабильно. Удержание внимания возможно благодаря волевым усилиям и высокой мотивации.</p> <p><i>Восприятие.</i> Восприятие характеризуется непроизвольностью, хотя элементы произвольного восприятия встречаются уже в дошкольном возрасте. Восприятие отличается слабой дифференциированностью (путают предметы, их свойства). В младшем школьном возрасте нарастает ориентация на сенсорные эталоны формы, цвета, времени.</p>

Функция	Характеристика
	<p>Воображение. Воображение в своем развитии проходит две стадии: на первой — воссоздающее (репродуктивное), на второй — продуктивное. В первом классе воображение опирается на конкретные предметы, но с возрастом на первое место выступает слово, дающее простор фантазии.</p> <p>Самосознание. Интенсивно развивается самосознание. Становление самооценки младшего школьника зависит от успеваемости и особенностей общения учителя с классом. Большое значение имеет стиль семейного воспитания, принятые в семье ценности. У отличников и некоторых хорошо успевающих детей складывается завышенная самооценка. У неуспевающих и крайне слабых учеников систематические неудачи и низкие отметки снижают уверенность в себе, в своих возможностях. У них возникает компенсаторная мотивация.</p> <p>Дети начинают утверждаться в другой области — в занятиях спортом, музыкой. Ценностные ориентации в этот период для подростка постепенно становятся нормой жизни. Начинает формироваться потребность в самоутверждении. Большое значение имеет авторитет взрослых. Существенное значение имеет место, которое занимает ребенок в семье.</p> <p>Произвольное поведение. Происходит появление и другого важного новообразования — произвольного поведения. Ребенок становится самостоятельным, сам выбирает, как ему поступать в определенных ситуациях. В основе этого вида поведения лежат нравственные мотивы, формирующиеся в том возрасте. Ребенок впитывает в себя моральные ценности, старается следовать определенным правилам и законам. Часто это связано с эгоистическими мотивами, и</p>

Функция	Характеристика
	<p>желаниями быть одобренным взрослым или укрепить свою личностную позицию в группе сверстников. Поведение так или иначе связано с основным мотивом, доминирующим в этом возрасте — мотивом достижения успеха. С формированием произвольного поведения тесно связаны такие новообразования, как планирование результатов действия и рефлексия. Ребенок способен оценить свой поступок с точки зрения его результатов и тем самым изменить свое поведение, спланировать его соответствующим образом. Появляется смыслово-ориентированная основа в поступках, это тесно связано с дифференцированностью внутренней и внешней жизни. Ребенок способен побороть в себе свои желания, если результат их выполнения не будет соответствовать определенным нормам или не приведет к поставленной цели. Важной стороной внутренней жизни ребенка становится его смысловая ориентировка в своих действиях. Это связано с переживаниями ребенка по поводу боязни изменения отношения с окружающими. Он боится потерять свою значимость в их глазах.</p> <p><i>Усвоение моральных норм и правил поведения.</i> Моральное воспитание ребенка начинается задолго до школы. Но только здесь он встречается с такой четкой и развернутой системой моральных требований, соблюдение которых контролируется постоянно и целенаправленно. Дети этого возраста психологически подготовлены к ясному пониманию смысла норм и правил поведения, также к их повседневному выполнению. В сознании ребенка закладываются определенные нравственные идеалы, образцы поведения. Ребенок начинает понимать их ценность и необходимость.</p>

Функция	Характеристика
	<p><i>Эмоции и их развитие.</i> Усвоение новых норм и правил поведения существенно меняет особенности эмоций младших школьников. В условиях учебной деятельности изменяется общий характер эмоций детей. Эта деятельность связана с системой строгих требований к совместным действиям, с сознательной дисциплиной, с произвольным вниманием и памятью. Все это влияет на эмоции детей. На протяжении младшего школьного возраста наблюдается усиление сдержанности и осознанности в проявлениях эмоций, повышение устойчивости эмоциональных состояний. Младшие школьники уже умеют управлять своими настроениями, а иногда даже маскировать их (в этом обнаруживается характерная черта возраста — формирование произвольности психических процессов). Младшие школьники более уравновешены, чем дошкольники, а также подростки. Им присущи длительные, устойчивые радостные и бодрые настроения. У детей формируется способность к сопреживанию.</p>
Речевая	<p>Увеличивается словарный запас до 7 тыс. слов. Проявляется собственную активную позицию к языку. Ребенок легко овладевает звуковым анализом слов. Ребенок прислушивается к звучанию слова. Отмечено, что краткий пересказ дается детям гораздо труднее, чем подробный. Рассказать кратко — это значит выделить основное, отделить его от деталей, а именно этого дети еще не умеют. Потребность в общении младших школьников определяет развитие речи. Контекстная речь — показатель уровня развития ребенка.</p> <p>В письменной речи различают правильность орографическую (правильное написание слов), грамматическую (построение предложений).</p>

Функция	Характеристика
	жений, образования морфологических форм) и пунктуационную (расстановка знаков препинания).
Зрение и слух	Младший школьник обладает достаточным уровнем развития восприятия: у него высокий уровень остроты зрения, слуха, ориентировки на форму и цвет предмета. Острота зрения и слуха в этом возрасте такие же, как у взрослых.

Основные достижения этого возраста обусловлены ведущим характером учебной деятельности и являются во многом определяющими для последующих лет обучения: к концу младшего школьного возраста ребенок должен хотеть учиться, уметь учиться и верить в свои силы. В младшем школьном возрасте происходит рост стремления детей к достижениям. Поэтому основным мотивом деятельности ребенка в этом возрасте является мотив достижения успеха. Иногда встречается другой вид этого мотива — мотив избегания неудачи.

Центральными новообразованиями младшего школьного возраста являются:

- ♦ качественно новый уровень развития произвольной регуляции поведения и деятельности;
- ♦ рефлексия, анализ, внутренний план действий;
- ♦ развитие нового познавательного отношения к действительности;
- ♦ ориентация на группу сверстников.

Полноценное проживание этого возраста, его позитивные приобретения являются необходимым основанием, на котором выстраивается дальнейшее развитие ребенка как активного субъекта познаний и деятельности.

В этот период развития могут воздействовать следующие *неблагоприятные факторы, влияющие* на формирование ребенка:

- ♦ соматические заболевания, которые в этом возрасте принимают хроническое течение (бронхиальная астма, болезни сердца, заболевания почек и др.);

- ◆ частые инфекционные заболевания, особенно органов дыхания (чаще 4-х раз в год);
- ◆ частые заболевания ЛОР-органов, которые требуют регулярной санации;
- ◆ заболевания, обусловленные нарушением иммунной системы и частыми аллергическими реакциями;
- ◆ заболевания эндокринной системы;
- ◆ нарушения зрения — развитие близорукости;
- ◆ нарушение осанки;
- ◆ повышенная школьная нагрузка;
- ◆ высокий риск травматизма;
- ◆ черепно-мозговая травма;
- ◆ хирургические операции, проводимые под наркозом;
- ◆ патологические состояния нервно-психической сферы;
- ◆ расстройства поведения, ограничивающиеся условиями семьи;
- ◆ расстройства поведения, ограничивающиеся условиями образовательного учреждения;
- ◆ школьная дезадаптация.

Таким образом, младший школьный возраст является наиболее ответственным этапом школьного детства, периодом существенных изменений в психическом развитии. Полноценное проживание ребенком данного возрастного периода возможно лишь при определяющей и активной роли взрослых (учителей, родителей, воспитателей, психологов и пр.), основной задачей которых является создание оптимальных условий для раскрытия и реализации потенциальных возможностей младших школьников с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка. Глубокие изменения, происходящие в психологическом облике младшего школьника, свидетельствуют о широких возможностях развития ребенка на данном возрастном этапе. В течение этого периода на качественно новом уровне реализуется потенциал развития ребенка как активного субъекта, познающего окружающий мир и самого себя, приобретающего собственный опыт в этом мире. Ребенок оказывается на границе нового возрастного периода.

2.4.3. Школьно-пубертатный возраст

Подростковый возраст — стадия онтогенетического развития между детством и взрослостью (от 11–12 до 16–

17 лет), которая характеризуется качественными изменениями, связанными с половым созреванием и вхождением во взрослую жизнь. Это период второго интенсивного возраста.

В этом возрасте темп роста мышечной массы тела превышает развитие сердечно-сосудистой системы, что в сочетании с неустойчивостью вегетативной регуляции способствует появлению характерных для данного возраста сердечно-сосудистых дисфункций [68]. Неравномерность роста отдельных частей тела вызывает временное нарушение координации движений — появляются неуклюжесть, неповоротливость, угловатость. После 15–16 лет эти явления постепенно проходят, заметно улучшается координация мелких движений. В подростковом возрасте происходит становление репродуктивной функции, сопровождающееся появлением вторичных половых признаков (изменение пропорций тела, оволосение на лобке, в подмышечных впадинах и др.), развитием наружных и внутренних половых органов, появлением менструаций у девочек и поллюций у мальчиков. В нормальных условиях половое созревание и физическое развитие всегда протекают взаимосвязано.

Отличительной чертой этого возрастного периода является почти полная биологическая зрелость при недостаточной эмоционально-социальной зрелости. Процессы роста и созревания у подростков завершаются, наблюдается относительно низкая инфекционная заболеваемость, частота травматических повреждений резко падает.

В подростковом и юношеском возрасте активно идет процесс познавательного развития. В это время оно происходит в основном в формах, мало заметных как для самого ребенка, так и для внешнего наблюдателя.

Подростки и юноши уже могут мыслить логически, заниматься теоретическими рассуждениями и самоанализом. Они относительно свободно размышляют на нравственные, политические и другие темы, практически не доступные интеллекту младшего школьника. У старшеклассников отмечается способность делать общие выводы на основе частных посылок и, напротив, переходить к частным умозаключениям на базе общих посылок, т.е. способность к индукции и дедукции. Важнейшее интеллектуальное приобретение подросткового возраста — это умение оперировать гипотезами.

В подростковом возрасте происходят важные процессы, связанные с перестройкой памяти. Активно начинает разви-

ваться логическая память и скоро достигает такого уровня, что ребенок переходит к преимущественному использованию этого вида памяти, а также произвольной и опосредованной памяти. Как реакция на более частое практическое употребление в жизни логической памяти замедляется развитие механической памяти. Вследствие появления в школе многих новых учебных предметов значительно увеличивается количество информации, которую должен запоминать подросток, в том числе механически. У него возникают проблемы с памятью, и жалобы на плохую память в этом возрасте встречаются намного чаще, чем у младших школьников. Наряду с этим появляется интерес подростков к способам улучшения запоминания.

В этом возрасте происходит становление сложных форм аналитико-синтетической деятельности, формирование абстрактного, теоретического мышления. К старшему школьному возрасту дети усваивают многие научные понятия, обучаются пользоваться ими в процессе решения различных задач. Это означает сформированность у них теоретического или словесно-логического мышления. Одновременно наблюдается интеллектуализация всех остальных познавательных процессов. В старших классах школы развитие познавательных процессов детей достигает такого уровня, что они оказываются практически готовыми к выполнению всех видов умственной работы взрослого человека, включая самые сложные. Познавательные процессы школьников приобретают такие качества, которые делают их совершенными и гибкими, причем развитие средств познания несколько *опережает собственно личностное развитие детей*.

Перестройка, происходящая в центральной нервной системе подростка, усиленная воздействием половых гормонов, лежит в основе изменений его психики. Отмечаются снижение возбудимости, лабильность вегетативных реакций. Вместе с тем в психической сфере нередко выявляются признаки эмоциональной неустойчивости: немотивированные колебания настроения, сочетание повышенной чувствительности, ранимости в отношении собственных переживаний и известной черствости и холодности к другим, застенчивости и подчеркнутой развязности, самоуверенности. Именно в этом возрасте интенсивно формируются самосознание, способность к анализу окружающих явлений. Повышается интерес к своей внешности, чрезмерно остро

воспринимаются любые критические замечания по этому поводу. В мышлении подростков часто отмечается стремление к мудрствованию, разрешению сложных философских проблем, наблюдается склонность к фантазированию, вымыслам. Именно в этом возрасте пробуждается половое влечение, что нередко вызывает сложные конфликтные переживания.

В психике подростков отчетливо выступает противоречивость, связанная с неравномерностью психического и физического созревания, которая особенно выражена в условиях акселерации. Черты «детскости» (повышенная внушаемость, подчиняемость постороннему влиянию) сочетаются у них с проявлениями «взрослости», поэтому поведение часто выглядит непоследовательным, возможны его нарушения.

Одна из характерных реакций подростка — желание освободиться от опеки или контроля взрослых (родителей, воспитателей). В основе подобных реакций обычно лежит повышенное стремление к самоутверждению, достижению самостоятельности. Нередки реакции компенсации, когда подростки на глазах у окружающих стремятся совершить отчаянные или безрассудно смелые поступки, чтобы доказать им и себе «силу воли», «храбрость» и т.д.

Л.Ф. Обухова говорит о культурно-психологической концепции подросткового возраста Э. Шпрангера. По этой концепции подростковый возраст — это возраст врастания в культуру, т. е. психическое развитие есть врастание индивидуальной психики в объективный и нормативный дух данной эпохи. Главные новообразования этого возраста — открытие «Я», возникновение рефлексии, осознание своей индивидуальности [52]. Выделяются три типа развития отрочества.

Первый тип характеризуется резким, бурным, кризисным течением, когда отрочество переживается как второе рождение, в итоге которого возникает новое «Я».

Второй тип развития — плавный, медленный, постепенный рост, когда подросток приобщается к взрослой жизни без глубоких и серьезных сдвигов в собственной личности.

Третий тип представляет собой такой процесс развития, когда подросток сам активно и сознательно формирует и воспитывает себя, преодолевая усилием воли внутренние тревоги и кризисы. Он характерен для людей с высоким уровнем самоконтроля и самодисциплины.

Д.Б. Эльконин отмечает, что выделение ведущей деятельности подросткового периода представляет большие трудности [72, 74]. Они связаны с тем, что для подростка основной деятельностью остается его обучение в школе. Успехи и неудачи на этом поприще продолжают служить основными критериями оценки подростков со стороны взрослых. С переходом в подростковый возраст в условиях обучения с внешней стороны также не происходит существенных изменений. Как и другие изменения, связанные с ростом интеллектуальных и физических сил ребенка в пубертатном периоде, половое созревание оказывает опосредованное влияние на него: через отношение ребенка к окружающему миру, через сравнение себя со взрослыми и другими подростками. В подростковом возрасте возникает и развивается особая деятельность, заключающаяся в установлении интимно-личных отношений между подростками — деятельность общения. В отличие от других форм взаимоотношений, которые имеют место в деловом сотрудничестве товарищей, в этой деятельности основное ее содержание — другой подросток, как человек с определенными личными качествами. Во всех формах коллективной деятельности подростков наблюдается подчинение отношений своеобразному кодексу товарищества. Немалое значение имеет возникающее у подростка чувство принадлежности к особой «подростковой» общности, ценности которой являются основой для собственных нравственных оценок.

Деятельность общения выступает здесь своеобразной формой воспроизведения между сверстниками тех отношений, которые существуют среди взрослых людей. В процессе общения происходит углубленная ориентация в нормах этих отношений и их освоение, появляются предпосылки для возникновения новых задач и мотивов дальнейшей собственной деятельности, которая превращается в деятельность, направленную на будущее и приобретающую в связи с этим характер профессионально-учебный [73, 75].

Возможные факторы, *неблагоприятно влияющие* на развитие подростков:

- ♦ проявления дисфункции сердечно-сосудистой системы;
- ♦ патологические состояния желудочно-кишечного тракта (гастриты, дуодениты, язвенная болезнь и др.);
- ♦ хронические соматические заболевания;
- ♦ нарушение осанки;
- ♦ аллергические расстройства;
- ♦ нейроэндокринные нарушения;

- ◆ развитие ожирения;
- ◆ неустойчивость эмоционально-волевой сферы;
- ◆ патологические состояния нервно-психической сферы;
- ◆ повышенная интеллектуальная нагрузка (обучение в школах с углубленным изучением ряда предметов в сочетании с внешкольными параллельными углубленными занятиями, нередко 2–3 вида деятельности);
 - ◆ неблагоприятная атмосфера в школе или в классе, в результате — частые пропуски занятий [48];
 - ◆ неуспеваемость как следствие неспособности ребенка соответствовать завышенным требованиям родителей [48];
 - ◆ грубое нарушение режима;
 - ◆ развитие нарушения зрения;
 - ◆ сверхценное увлечение компьютерными играми и виртуальным общением;
 - ◆ расстройства поведения, ограничивающиеся условиями семьи;
 - ◆ расстройства поведения, ограничивающиеся условиями образовательного учреждения;
 - ◆ школьная дезадаптация.

Основным лейтмотивом психического развития в подростковом возрасте является становление нового, еще достаточно неустойчивого, самосознания, изменение «Я-концепции», попытки понять самого себя и свои возможности. Подростковый период знаменует собой переход к взрослости, и особенности его протекания накладывают отпечаток на всю последующую жизнь.

Итак, основные особенности этого возраста являются резкие, качественные изменения, затрагивающие все стороны развития:

- ◆ бурный процесс анатомо-физиологической перестройки;
- ◆ социальная ситуация — переход от зависимого детства к самостоятельной и ответственной взрослости;
- ◆ ведущей деятельностью подростка является общение со сверстниками;
- ◆ главная тенденция — переориентация общения с родителями и учителями на сверстников;
- ◆ продолжает развиваться теоретическое и рефлексивное мышление;
- ◆ центральное новообразование подросткового периода — отношение к себе как к взрослому, развитие самосознания, склонность к рефлексии, формирование самоанализа, половое созревание, частая смена настроений и неуравновешенность.

Вопросы и задания

1. Дайте определение термину «развитие ребенка».
 2. Перечислите разные основания для выделения и классификации периодов развития детей.
 3. Кто из авторов выделяет антенатальный, интранатальный и постнатальный периоды развития?
 4. Сделайте сравнительную таблицу психомоторного развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста.
 5. Сделайте сравнительную таблицу психоэмоционального развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста.
 6. Сделайте сравнительную таблицу развития произвольной деятельности детей младшего школьного возраста и подросткового.
 7. Подготовьте тезисы к деловой игре-конференции на тему: «Современный ребенок и проблемы его развития».
-

Глава 3

КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ

Процесс онтогенеза в детском возрасте включает, кроме определенных этапов, так называемые *критические* (кризисные) периоды, или переходные от одного этапа развития к другому. Критические периоды представляют собой короткие отрезки времени, характеризующиеся бурными изменениями функционирования организма, общей и психической реактивности. Возрастные кризы характеризуются значительными сдвигами в психическом развитии ребенка и повышенной ранимостью нервной системы. Период наиболее быстрого роста называется критическим. Критические периоды для разных органов различны.

Понятие критических периодов в психологии введено Л.С. Выготским, который различал периоды спокойного развития («лизисы») и периоды переломного, критического развития («кризисы»), характеризующиеся рассогласованностью в работе функциональных систем организма, перестройкой многих из них, наличием, наряду с позитивными, разрушительных тенденций. Он писал, что «развитие здесь, в отличие от устойчивых периодов, совершает скорее разрушительную, чем созидательную работу», и понимал критические периоды как «поворотные пункты в детском развитии, принимающие иногда форму кризиса», как периоды, когда «развитие приобретает бурный, стремительный, иногда катастрофический характер» [20]. Наряду с этим исследователь подчеркивал и позитивные тенденции развития в период возрастных перестроек, которые составляют «...главный и основной смысл всякого критического периода». В зависимости от преобладания позитивной или негативной симптоматики различным будет и характер переходного периода: он может быть бурным или постепенным. В конце каждого переходного периода формируются новые свойства и качества, которых не было в предыдущем возрасте (психологические новообразования). Позднее были выделены три основных пути перехода от детства к взрослости, разрешив назревший в англо-американской литературе спор о преобладании негативной или позитивной симптоматики в переходный период [83]. Первый из этих путей — непрерывный рост, или спокойный период; второй — волнообразный рост, характеризующийся преобладанием адаптивных явле-

ний над теми трудностями, которые возникают в этот период, и третий — затрудненный рост, являющийся противоречивым периодом развития с явным преобладанием негативных тенденций над позитивными.

Л.С. Выготский рассматривал границы этапов психического развития с точки зрения «кризисов», переломных периодов в жизни ребенка (кризис новорожденного, одного года, трех, семи, тринадцати лет или подросткового периода), во время которых происходят основные, значимые перестройки, открывающие путь качественно новым этапам развития [20]. Он полагал, что критерием периодизации должен быть объективный признак, который легко может определяться, как, например, смена зубов.

С точки зрения нейроморфологии, критические периоды [66] представляют собой как бы пик происходящих на соответствующем этапе структурных преобразований. Критические периоды представляют собой короткие отрезки времени, характеризующиеся бурными изменениями функционирования организма, общей и психической реактивностью:

- *период первого возрастного криза* — от 2-х до 3,5–4-х лет,
- *второй возрастной криз* — от 6 до 7 лет,
- *период третьего возрастного криза (подросткового)* — от 12 до 15–17 лет.

Для коррекционной педагогики, детской психологии, и медицины они представляют большой интерес, так как эти изменения обусловливают повышенный риск возникновения любых заболеваний, в том числе нервно-психических, и способствуют возникновению проблем обучения и поведения детей. Такой подход дает возможность создать адекватные психолого-медицинско-педагогические программы, предпринять своевременные меры, устраняющие или корrigирующие возникшее отклонение.

Возрастные кризы характеризуются значительными сдвигами в психическом развитии ребенка и повышенной ранимостью нервной системы. Границы, отделяющие начало и конец кризиса от смежных периодов, крайне нечетки. Кризис возникает незаметно, очень трудно определить момент его наступления и окончания. Резкое обострение (кульминация) наблюдается в середине кризиса. В это время кризис достигает апогея.

Кроме критических периодов некоторые исследователи выделили еще критические фазы — перинатального и раннего детства (табл. 10).

Приведенная периодизация критических фаз развития вначале была выделена психологами и врачами эмпирическими, но затем она нашла подтверждение в специальных нейропсихологических, нейроморфологических и нейрофизиологических исследованиях [62, 66].

Таблица 10. Критические фазы перинатального и раннего детства

Кризисные периоды развития	Критические фазы детства	Возраст ребенка
Перинатальный период	Антенатальные фазы	15–25-я недели беременности
		28-я неделя беременности
		III триместр беременности (30–40 недель)
		предродовой период (3–5 дней перед родами)
	Инtranатальная фаза	Роды
Ранний возраст	Постнатальная фаза	Неонатальный период (1–1,5 месяца)
	Младенческая фаза	6–8 месяцев
	Первая ранняя фаза	15–17 месяцев
	Вторая ранняя фаза	от 2,5 до 3,5 лет

Так, критический период *15–25 недель внутриутробного развития* плода соответствует закладке подкорковых структур мозга, *28 недель* — закладке структур коры головного мозга. Психологически *III триместр беременности* характеризуют как появление элементов слуховой памяти и корреляций поведения плода с психическим состоянием матери.

Первый месяц жизни, или *неонатальный период*, соотносится с началом недифференцированного восприятия своего «Я». В нем особое значение имеют первые дни жизни ребенка, которые характеризуются феноменом импринтинга Конрада Лоренца, или феноменом «запечатления». Речь идет о первом контакте новорожденного, зрительном контакте (eye-contact) с человеческим лицом, в первую очередь с матерью. Считается, что этот контакт является фактором,

во многом определяющим все дальнейшее психическое развитие ребенка.

Следующий сенситивный этап периода новорожденности — *3–4 недели*. Он называется также периодом первичного социального поведения в виде зрительного контакта с окружающим миром (*early-eye-contact baby*). Этот период характеризуется выработкой первичных положительных и отрицательных ощущений и представлений об окружающем мире.

Критический период, относимый к *возрасту 6–8 месяцев*, определяется началом дифференциации чувства «Я», индивидуализации «Я», а также началом формирования первичной привязанности, избирательной «улыбки» и элементарных социальных предпочтений.

Критический период в *возрасте 15–17 месяцев* определяется появлением первичной мотивации поведения, обусловленной преимущественно витальными потребностями организма, а затем и вторичной мотивации, характеризующейся ориентировкой на оценку поведения окружающими и постепенной идентификацией положительного поведенческого опыта с одобрением его близкими ребенку людьми. В рассматриваемый критический период появляются описанные особенности, но их формирование в его пределах, естественно, не заканчивается и их развитие продолжается и в более старшем возрасте. Необходимо также отметить, что в 15–17 месяцев происходит интенсивное созревание клеток коры головного мозга (*оно начинается с 28 недель беременности и продолжается до 25 лет*). Этому соответствуют и существенные перестройки биологических мозговых ритмов, что отражается на электроэнцефалографических характеристиках.

Последний критический период раннего онтогенеза, как уже указывалось А.С. Тигановым [66], относится к *возрасту 2,5–3,5 лет*. Он определяется как период формирования самосознания, полного обособления «Я» и индивидуальности. На этом этапе ребенок уже имеет не только положительный, но и отрицательный опыт взаимоотношений с окружающим миром, с переживанием чувства угрозы, тревоги, вины и пониженного настроения. Но наиболее знаменательным для этого периода являются изменения, связанные с переходом от полной и частичной симбиотической связи с матерью до ощущения самостоятельности. Не случайно этот период иногда называют «революционным» и «первым пубертатным

кризом» [2, 47, 66]. Позитивное значение этого критического периода проявляется в том, что возникают новые характерные черты личности ребенка. Установлено, что если в это время кризис протекает вяло и невыразительно, то в дальнейшем может наблюдаться задержка развития аффективной и волевой сторон личности данного ребенка. Главные изменения в этот период сосредоточены вокруг «оси Я», проявляющиеся в психологической эмансипации «Я» ребенка от окружающих взрослых, которая сопровождается рядом специфических проявлений — упрямством, негативизмом, протестом против близких взрослых, строптивостью, стремлением к деспотическому управлению окружающими. Новообразования кризиса этого возраста — возникновение системы «Я», появление «личного действия», чувства «Я сам», гордость за достижения.

В отношении *6–7-летнего кризиса* всеми исследователями отмечается, что наряду с негативными симптомами в этом возрасте имеется ряд больших достижений. В этот период возрастает самостоятельность ребенка, изменяется его отношение к другим детям. На основе возникновения личного сознания возникает кризис. У ребенка возникает новая внутренняя жизнь, жизнь переживаний, которая прямо и непосредственно не накладывается на внешнюю жизнь. При этом внутренняя жизнь небезразлична для внешней, она влияет на нее. Возникновение внутренней жизни — чрезвычайно важный факт, теперь ориентация поведения начнет осуществляться внутри ее. Ребенок вступает в отношения с обществом как с совокупностью людей, осуществляющих обязательную, общественно необходимую и общественно полезную деятельность. Симптомом, рассекающим дошкольный и младший школьный возрасты, становится «симптом потери непосредственности» [20]: между желанием что-то сделать и самой деятельностью возникает новый момент — ориентировка в том, что принесет ребенку осуществление той или иной деятельности. Здесь впервые возникает эмоционально-смысловая ориентировочная основа поступка. Согласно взглядам Д.Б. Эльконина, там и тогда, где и когда появляется ориентация на смысл поступка, там и тогда ребенок переходит в новый возраст. Л.С. Выготский выделяет некоторые особенности, характеризующие кризис 6–7-ми лет:

• переживания приобретают смысл (сердящийся ребенок понимает, что он сердит), благодаря этому у ребенка возни-

кают новые отношения к себе, которые были невозможны до обобщения переживаний;

♦ впервые возникает обобщение переживаний, или аффективное обобщение, логика чувств.

Подростковый возраст является одним из самых важных, существенно влияющим на дальнейшее развитие, *критическим периодом* в жизни человека. Он выступает в роли «переходного мостика» между детством и взрослостью. Понятие «кризис» применительно к подростковому периоду используется для того, чтобы подчеркнуть тяжесть, болезненность переходного состояния от детства к взрослости, этого периода разлома. Традиционно в качестве одной из основных причин возникновения выделяется половое созревание, которое влияет на психологический и психофизиологический облик, определяет его функциональные состояния (повышенную возбудимость, импульсивность, неуравновешенность, утомляемость, раздражительность), вызывает половое влечение (часто неосознанное) и связанные с этим новые переживания, потребности, интересы. Оно создает основания для специфических тревог, связанных с физическим Я, образом тела, и определяет соответствующую кризисную симптоматику.

Проявляемое в этот период противопоставление себя взрослым, активное завоевание новой позиции является не только закономерным, но и продуктивным для формирования личности. Именно через это столкновение они узнают себя, о своих возможностях, удовлетворяют потребность в самоутверждении. Чаще всего это проявляется в известных и ярко выраженных трудностях поведения — негативизме, упрямстве, открытом непослушании, конфликтах со взрослыми, стремлении всегда настоять на своем. При этом повышенная конформность по отношению к группе сверстников и демонстративное противопоставление себя не столько взрослым, сколько образу послушного ребенка, который часто культивируется этими взрослыми. Это противопоставление может быть достаточно длительным, ярко выраженным.

В случаях, когда этого не происходит и подростковый период проходит гладко, бесконфликтно, то в дальнейшем можно столкнуться с двумя вариантами: с запоздалым, а потому особенно болезненным и бурным протеканием кризиса в 17–19 лет или с затяжной инфантальной позицией «ребенка». Кризисные симптомы не проявляются постоянно, это

скорее эпизодические, хотя порой и достаточно длительные явления, их интенсивность и способы выражения также различны. Протекание возрастного кризиса проходит три фазы:

- ♦ *негативную*, или предкритическую, когда происходит ломка старых привычек, стереотипов, распад сформировавшихся ранее структур;
- ♦ *кульминационную*, или точку кризиса (в подростковом возрасте — это 13 лет, хотя эта точка, конечно, достаточно условна);
- ♦ *посткритическую*, период формирования новых структур, построения новых отношений, и т.п.

Позитивный смысл подросткового кризиса заключается в том, что через него, через борьбу за эмансиацию, за собственную независимость, происходящую в относительно безопасных условиях и не принимающую крайних форм, подросток удовлетворяет потребности в самопознании и самоутверждении, у него возникают чувство уверенности в себе и способность полагаться на себя, формируются способы поведения, позволяющие ему и в дальнейшем справляться с жизненными трудностями.

Вопросы и задания

1. Кто из ученых ввел в специальную педагогику и психологию термин «кризис развития»?
 2. В чем заключается сходство и различие терминов «кризисные» и «сенситивные» периоды развития ребенка?
 3. Охарактеризуйте кризис новорожденности. Составьте таблицу.
 4. Познакомьтесь с дневниками Д.Б. Эльконина. В чем заключаются особенности его подхода к исследованию кризиса ребенка «первого года жизни»?
 5. Охарактеризуйте кризис «трех лет». Составьте таблицу.
 6. Охарактеризуйте кризис 7-го года жизни. Составьте памятку для воспитателей и учителей начальной школы.
 7. В чем проявляется сходство и различие кризисов дошкольного и школьного детства?
-

Раздел II

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Глава 1

ПОНЯТИЕ «ФАКТОРОВ РИСКА»

Факторы риска (в психологии развития) — понятие, обозначающее широкий круг условий, способных оказывать неблагоприятное влияние на психическое развитие ребенка. В отличие от однозначно вредоносных воздействий, факторы риска — это такие условия, опасное действие которых носит вероятностный характер, т. е. означает неизбежность, а лишь более или менее вероятную угрозу возникновения отрицательных последствий. В зависимости от степени ее вероятности выделяют факторы высокого, умеренного и низкого риска [55].

Контингент детей, подверженных действию того или иного фактора риска, называется группой риска по данному фактору. Как понятие «фактор риска», так и понятие «группа риска» первоначально использовались в медицине. В конце 60-х годов прошлого века они были перенесены в психиатрию, дефектологию, переосмыслены и постепенно распространены с анализа патологии на проблемы психического развития ребенка.

На основании результатов анатомо-патологических исследований авторы [2, 36, 54, 71, 79] указывали на поражения головного мозга у детей, которые возникали преимущественно во время беременности, родов и первые месяцы жизни, серьезно воздействуя на психофизическое развитие. При этом было выявлено, что нарушения и отклонения созревания функций и систем детского организма зависят от времени воздействия патологических факторов — от того, на каком этапе онтогенеза они воздействовали и сколько по времени. Это означает, что их обратимость зависит от возраста влияния данных факторов на детей и длительности их воздействия [53]. На последнее также влияет, как сочетаются факторы риска. Например, учеными установлено, что в случаях минимальной мозговой дисфункции биологические факторы влияют на выраженность адаптивных расстройств

[41] и играют роль «почвы», способствующей формированию отклонений в формировании личности и девиантных форм поведения под влиянием неблагоприятных условий среды. П.Г.Л. Серхио [59] также указывает на то, что наличие патогенных факторов, действующих в период внутриутробного развития и раннем постнатальном периоде, — расстройства в виде минимальной мозговой дисфункции или психоорганического синдрома — является пусковым фактором при асоциальном поведении. Другой пример: при длительных заболеваниях в период раннего возраста и при социальном пренебрежении ребенком в семье, которое в последние годы встречается все чаще, возникают выраженные нарушения психического развития детей и патологическое формирование личности, которые приводят к ограничению их жизненных и социальных функций, развитию расстройств эмоционально-поведенческой сферы, в наиболее тяжелых случаях приводящие к социальной недостаточности [4, 14, 67]. Так или иначе, но исследования в данной области свидетельствуют о том, что биологические и социальные факторы по-разному сочетаются и в различной мере воздействуют на нарушения в развитии у детей. Это требует рассмотрения данных факторов в комплексе. В связи с этим В.В. Ковалев считает, что в основе факторов риска могут лежать «... различные физиологические, микроморфологические механизмы, однако их общим результатом является особая готовность организма к возникновению того или иного заболевания. По мере изменения состояния организма от полного здоровья к болезни повышается риск возникновения последней под влиянием различных внешних и внутренних факторов» [35].

Нарушения развития у детей манифестируют в период интенсивного формирования всех высших психических функций ребенка, и отставание в развитии влияет на дальнейшую социальную адаптацию и качество жизни. Вредности раннего периода онтогенеза, выраженные эмоционально-поведенческие расстройства, наличие парциального недоразвития ряда психических функций, неадекватная оценка состояния ребенка некоторыми специалистами и родителями у большинства детей приводят к снижению адаптационных возможностей, что в дальнейшем может привести к социальной и медико-психологопедагогической дезадаптации и увеличению количества детей с расстройствами развития нервно-психической сферы.

В литературе отмечена высокая распространенность нарушений развития у детей — от 15 до 43%, у пациентов с минимальной мозговой дисфункцией — 83%, а по всей протяженности раннего и дошкольного возраста — в среднем по всем параметрам — 65% [12, 13, 19, 50, 51, 64, 77, 81 и др.]. Академиком Т.Б. Дмитриевой были озвучены следующие данные: за последние десятилетия уровень заболеваний, связанных с нарушением нервно-психической сферы, в Российской Федерации вырос в 11,5 раз, причем наибольший рост — среди детей и подростков.

В 2000–2001 гг. в городе Москве был проведен эпидемиологический скрининг детей первых лет жизни. Интенсивность показателей только по выраженным расстройствам нервно-психической сферы составила 14–16% от обследованных детей (n=2000), а группа риска — 35–40% [38]. При этом О.Е. Девятова отмечает, что 68,1% детского населения имеют непсихотические расстройства [27]. Среди больных непсихотическими психическими расстройствами самую большую группу по частоте встречаемости составляют дети с нарушениями возрастного психического развития в виде специфических симптомов и синдромов — 53,1% (отставание в развитии, расстройства развития речи, нарушения формирования когнитивных функций, нарушения активности внимания). В то же время, распространенность пограничной интеллектуальной недостаточности среди неуспевающих школьников младших классов массовых школ по данному кафедры детской психиатрии Российской медицинской академии последипломного образования на 2000 год составила 50% и более. Широкая распространенность состояний психического недоразвития, и в особенности его легких форм, является для общества дополнительным источником серьезных проблем, к основным из которых можно отнести недостаточную социальную интеграцию лиц с нарушениями развития.

Неслучайно различным аспектам этих проблем посвящены многочисленные исследования разных специалистов — психологов, педагогов, коррекционных педагогов, психиатров, неврологов. Изыскания носят психолого-педагогическую или клинико-психологическую ориентацию. При относительном сходстве позиций в понимании общих закономерностей этих проблем, отмечаются некоторые расхождения в оценке отдельных факторов. Они чаще не носят принципиального характера, а являются результатом автоном-

ности исследовательских подходов в рамках конкретной научной области [39]. Например: М.С. Проселкова, Г.В. Козловская [53], говоря о программе ранней профилактике нарушений развития, в том числе и психического, считают ведущими направлениями стимуляцию развития эмоциональных функций, профилактику психофизических расстройств, охрану прав личности ребенка в семье и обществе с первых лет жизни. Ведущими факторами развития, на которые опирается данная программа, с одной стороны, становятся эмоциональные и социальные факторы. С другой — есть исследования и разработки в данной области, которые опираются на противопоставление и интеграцию других факторов развития: связанных с биологическими и психологическими аспектами развития, семейными и социальными отношениями, особенностями адаптации, развития эмоционального и социального интеллекта.

Нарушения и отклонения созревания функций и систем детского организма, развитие врожденных заболеваний нередко являются последствиями патологических факторов, воздействующих на определенных этапах онтогенеза. Одни и те же факторы, воздействующие на различных этапах развития ребенка, могут привести к неодинаковым расстройствам как по тяжести, так и по проявлениям. Чем раньше происходит патогенное влияние на развивающийся организм, особенно на нервную систему, тем более тяжелые расстройства возникают у ребенка впоследствии. Предикторами нарушений развития у детей являются факторы, оказывающие патологическое воздействие на развитие ребенка, могут быть: *биологические, семейные, психологические, социальные, эмоциональные, состояние адаптационных механизмов ребенка.*

1.1. Биологические факторы

В основе интеллектуальной недостаточности в большинстве случаев лежит воздействие ряда патогенных факторов (инфекций, интоксикаций, травм и др.) на ЦНС плода в период беременности, родов и в первые годы жизни ребенка. Такая дефицитарность центральной нервной системы выражается в нарушении познавательной деятельности ребенка, незрелости эмоционально-волевой сферы, ослаблении у него внимания, восприятия, памяти, отставании в развитии речи

и тонкой моторики, ослаблении произвольной регуляции поведения [7, 9, 21, 35, 36, 63].

Дети, страдающие тяжелыми нарушениями развития, представляют одну из наиболее сложных категорий пациентов. Биологические факторы риска представляют собой как бы верхушку айсберга и носят многосторонний характер. Как показали немецкие исследователи в 1985 г., имеется биологический каталог, охватывающий 55 факторов риска.

Недооценка данных анамнеза и преморбидного состояния ребенка может привести к недостаточно полноценной комплексной медико-психолого-педагогической коррекционной работе. В дальнейшем это нередко может способствовать затруднению социальной реабилитации детей, остановке общего и психического развития, риску возникновения психического расстройства, резкому снижению качества жизни [7, 9]. Поэтому анализ сведений об особенностях течения онтогенеза очень важен для понимания структуры нарушения, возможностей всесторонней коррекции и прогноза.

У детей, наблюдавшихся с нарушениями развития ВПФ, был проведен углубленный анализ данных анамнеза: особенностей антено- и интранатального периодов, заболеваний на первом году жизни и в последующие годы, наличие сопутствующих соматических заболеваний и нервно-психических расстройств [5, 9], $p < 0,01$. Все данные верифицированы.

При анализе этих данных были отмечены следующие особенности онтогенеза — 735 наблюдавшихся детей с нарушением развития (речи, интеллекта и других ВПФ):

- ♦ осложненное течение антенатального периода (внутриутробного) — 86,7%;
- ♦ осложненное течение интранатального периода (период рождения) — 80,8%;
- ♦ осложнение неонатального периода (от рождения до 28 дней жизни) — 50,6%;
- ♦ заболевания на 1-м году жизни — 100%;
- ♦ частые (более 4 раз в год) острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ) — 34,3%;
- ♦ сопутствующие соматические заболевания — 20,8%;
- ♦ психоневрологические нарушения (резидуальная симптоматика, судорожный синдром, черепно-мозговая травма в возрасте 1–7 лет, эмоционально-поведенческие расстройства и др.) — 100%;
- ♦ оперативные вмешательства — 7,6%;
- ♦ нейрохирургические вмешательства — 2,3%.

Из указанных данных видно, что у всех детей отмечены заболевания на первом году жизни и нервно-психические нарушения, часто наблюдались отклонения в течение антенатального развития в силу патологического течения данной беременности у матери. У большого количества детей наблюдались осложнения интранатального периода. Одна треть наблюдавшихся детей часто болели острыми респираторно-вирусными инфекциями. Соматические заболевания в анамнезе зафиксированы у пятой части пациентов, острую пневмонию перенесли 15,0%. Судорожный синдром, грипп, оперативные вмешательства, черепно-мозговые травмы и нейрохирургические операции отмечены менее чем у 10% наблюдавшихся детей.

1. Осложненное течение *антенатального периода* у детей с нарушением развития ВПФ проявляется в следующих расстройствах:

- ◆ артериальная гипотония — в 79,9% случаях;
- ◆ ранний токсикоз — 69,9%;
- ◆ анемия у матери — 74,5%;
- ◆ угроза прерывания беременности — 71,0%;
- ◆ гестозы — 48,8%;
- ◆ стрессовое состояние у матери — 24,7%;
- ◆ артериальная гипертония — 16,7%;
- ◆ многоплодная беременность — 8,2%;
- ◆ частичная отслойка плаценты — 5,2%;
- ◆ аномалии пуповины — 3,7%;
- ◆ бронхиальная астма у матери — 5,3%;
- ◆ миома матки — 8,9%.

Перечисленные состояния приводят к гипоксии плода. Гипоксия плода приводит к нарушению плацентарного кровообращения, старению плаценты. Это в свою очередь, может привести к рождению мертвого плода на различных сроках гестации, а также к нервно-психическим нарушениям в постнатальный период: чаще всего к нарушению развития речи, интеллекта и других высших психических функций, по нашим данным от 84,8 до 87,8%.

Нарушения развития плода вызывают и эндокринные заболевания матери:

- ◆ сахарный диабет — 7,4%;
- ◆ гипотиреоз — 1,9%;
- ◆ нарушения функции надпочечников (единичный случай).

Сахарный диабет может привести к многоводью, гормональным нарушениям в плаценте, известно, что она осуществляет функции не только дыхательную, питательную, выделительную, иммунную, но эндокринную, вырабатывая и синтезируя гормоны, поддерживающие течение беременности и обеспечивающие развитие плода. Наличие сахарного диабета у беременной может привести к преждевременным родам и внутриутробной задержке развития плода.

Различные инфекционные заболевания матери во время беременности также являются факторами риска для аномального развития ребенка:

- ОРВИ — в 36,7% случаев;
- герпетическая инфекция — 5,3%;
- урогенитальная инфекция — 6,0%;
- краснуха — 6,2%;
- цитомегаловирусная инфекция — 4,4%.

Иммунологическая несовместимость крови матери и плода по Rh-фактору и группе крови встречалась у наблюдавшихся детей с отклонениями в развитии в 24,5% случаев. Оперативные вмешательства и медикаментозные интоксикации во время беременности матерей, дети которых развивались с нарушением речи и других ВПФ, встречались в 5,3–3,5% случаев, соответственно.

Только в первой половине беременности у матерей наблюдавшихся детей были следующие патологические состояния: ранний токсикоз, краснуха, цитомегаловирусная инфекция, медикаментозная интоксикация. Исключительно во второй половине беременности были отмечены такие патологические состояния как гестозы, частичная отслойка плаценты, аномалии пуповины, герпетическая инфекция. Как в первой так и во второй половине беременности наблюдались артериальная гипертония, анемия, угроза прерывания беременности, острые респираторно-вирусные инфекции, артериальная гипертония.

Надо отметить, что гипотрофия плода, недоношенность, задержка роста, тератогенные воздействия (действие фармакологических препаратов), мутация генов, влияние ионизирующей радиации и химических агентов могут привести к формированию грубых пороков развития и нарушенного формирования ребенка.

Сравнение частоты патологических состояний антенатального периода онтогенеза у детей с нарушением развития и ВПФ с аналогичными нарушениями в популяции [7, 9, 42] свидетельствует о статистически значимом превышении па-

тологии антенатального этапа у детей с расстройствами развития. Достоверно выявлено, что чем раньше происходит воздействие повреждающего фактора на плод, то вероятность дальнейшего атипичного формирования слухового, зрительного восприятия задерживает становление речевой системы в экспрессивном и импресивном компоненте.

2. Осложненные течения *интранатального периода*, которые могут привести к гипоксически-травматическому поражению плода, и даже его гибели, следующие, $p < 0,01$:

- ♦ инструментальное пособие в родах — 77,9%;
- ♦ быстрые роды — 33,2%;
- ♦ преждевременные роды — 24,6%;
- ♦ стремительные роды — 21,5%;
- ♦ запоздалые роды — 20,1%;
- ♦ оперативные роды — 19,4%;
- ♦ гипоксия плода — 18,6%;
- ♦ узкий таз — 16,5%;
- ♦ кефалогематома — 14,9%;
- ♦ слабость родовых сил — 13,9%;
- ♦ асфиксия плода — 11,8%;
- ♦ роды в тазовых предлежаниях — 9,5%.

Сравнение частоты осложнений интранатального периода у детей с нарушением развития и в популяции [7, 9, 42] показало, что у данной категории детей патологическое течение родов встречается в 3,5 чаще, чем в популяции, соответственно 80,8 и 23,1%.

Таким образом, у детей, которые в период интранатального периода развития испытывали воздействие отмеченных нами повреждающих факторов и имели последствия их воздействия, есть высокий риск развития специфического расстройства развития нервно-психической сферы и ВПФ.

Анализируя в целом особенности течения анте- и интранатального периодов развития детей с расстройствами развития, было отмечено, что в большинстве наблюдений у одного и того же ребенка встречались нарушения обоих периодов — 67,6%. У 13,1% детей, антенатальный период которых протекал normally, были зарегистрированы нарушения интранатального периода. Только осложненный антенатальный период был отмечен соответственно в 21,9% наблюдений.

3. В *неонатальный период* часто отмечаются следующие расстройства:

- ♦ морффункциональная незрелость плода — 33,0%;
- ♦ нарушение мозгового кровообращения — 31,5%;

- ◆ инфекционные заболевания — 28,1%;
- ◆ болезни, связанные с антигенной несовместимостью матери и плода — 26,7%;
- ◆ гипотрофия плода — 16,8%;
- ◆ конъюгационная гипербилирубинемия — 13,3%;
- ◆ отсутствие или снижение тесного контакта матери и ребенка их общения — 11,6%;
- ◆ судорожный синдром — 6,9%;
- ◆ острая пневмония — 6,8%,
- ◆ гнойный конъюнктивит — 6,8%;
- ◆ наследственные заболевания — 6,2%;
- ◆ ОРВИ — 2,4%;
- ◆ пороки развития плода — 8,0%.

Данные осложнения и заболевания неонатального периода развития ребенка, которые способствуют повреждению мозга на этом этапе, а также явления эмоциональной депривации достаточно часто приводят к тяжелым системным нарушениям развития ВПФ, в том числе речи и интеллекта.

4. На *первом году жизни детей* с нарушением развития нервно-психической сферы были выявлены следующие заболевания и патологические состояния:

- ◆ перинатальные поражения ЦНС — 92,2%:
 - гипоксически-ишемические поражения ЦНС — 59,5%;
 - дисметаболические и токсико-метаболические поражения ЦНС — 11,5%;
 - поражение ЦНС при инфекционных заболеваниях — 11,2%;
 - гипоксически-травматические поражения ЦНС — 10,1%;
- ◆ инфекционные заболевания — 91,7%:
 - дисбактериоз кишечника — 33,1%;
 - катаральный и гнойный отиты — 20,0%;
 - ОРВИ — 12,7%;
 - острая пневмония — 13,6%;
 - грипп — 7,9%;
 - стафилококковый сепсис — 4,6%;
- ◆ аллергические заболевания — 37,6%;
- ◆ гипотрофия — 13,4%;
- ◆ черепно-мозговая травма — 9,1%;
- ◆ поствакцинальные реакции — 8,4%;
- ◆ судорожный синдром — 8,1%;
- ◆ оперативные вмешательства — 5,2%.

Итак, разнообразные тяжелые повреждающие факторы, воздействовавшие на мозг ребенка в течение первого года жизни, создают высокий риск развития нарушений умственных способностей, интеллекта и ВПФ.

5. У детей с нарушением развития нервно-психической сферы выявляются следующие *сопутствующие соматические заболевания*:

- ◆ дискинезия желчевыводящих путей — 61,8%;
- ◆ аллергические заболевания (пищевая аллергия, нейрорефлексы, бронхиальная астма) — 55,0%;
- ◆ ОРВИ — 13,9%;
- ◆ хронический пиелонефрит — 12,4%;
- ◆ оперативные вмешательства — 7,2%;
- ◆ наследственные заболевания (ихтиоз, синдром Клайнфелтера) — 4,0%;
- ◆ острые пневмонии — 3,8%.

Аллергические заболевания, особенно бронхиальная астма, оперативные вмешательства, преимущественно нейрохирургические вмешательства, и наследственная патология значительно чаще встречаются у детей с тяжелыми нарушениями развития.

6. Как показывает наш многолетний опыт, *расстройства нервно-психической сферы* у детей с нарушениями развития и ВПФ отчетливо влияют на течение нарушений и отклонений развития, а именно:

- ◆ снижают мотивацию речевой деятельности;
- ◆ замедляют формирование ВПФ (память, внимание, восприятие);
- ◆ уменьшают активность познавательной деятельности;
- ◆ способствуют пассивному восприятию информации;
- ◆ снижают самооценку и уверенность в своих интеллектуальных возможностях;
- ◆ способствуют развитию негативизму или отказу от познавательной и творческой деятельности;
- ◆ приводят к дезадаптации в окружающей микро- и макросреде.

У всех наблюдавшихся детей отмечались патологические проявления в нервно-психической сфере:

- ◆ внутричерепная гипертензия — 100%;
- ◆ рассеянная неврологическая симптоматика резидуального генеза — 100%;
- ◆ гиперкинетическое расстройство активности внимания (синдром дефицита внимания) — 100%;

- ◆ нарушения церебральной гемодинамики — 98,1%;
- ◆ проявления психоорганического синдрома — 91,9%;
- ◆ вегетовисцеральные нарушения — 87,7%;
- ◆ депрессивное расстройство поведения — 63,1%;
- ◆ расстройства поведения, связанные с ситуацией в образовательном учреждении, — 40,2%;
- ◆ расстройства поведения, ограничивающиеся условиями семьи — 38,7%;
- ◆ гиперкинетические расстройства поведения — 37,9%;
- ◆ эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста (фобическое тревожное и социальное тревожное расстройства) — 33,9%;
- ◆ неорганический энурез — 14,4%;
- ◆ транзиторное тикозное расстройство — 11,7%;
- ◆ аутистико-подобные проявления — 11,5%;
- ◆ неорганический энкопрез — 6,4%;
- ◆ черепно-мозговая травма — 4,9%;
- ◆ судорожный синдром — 4,5%.

У детей, перенесших раннее перинатальное поражение центральной нервной системы (перинатальную энцефалопатию), имеются особенности поведения и эмоций в связи с наличием органического фона: неустойчивый поверхностный сон с нарушением смены периодов сна и бодрствования, пониженный аппетит, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, эмоциональная неустойчивость и возбудимость, импульсивность, негативизм и реакции протеста, впечатлительность, боязливость, неустойчивость настроения, двигательная расторможенность, суетливость, назойливость, недостаточность и кратковременность активного внимания, утомляемость, уменьшение объема краткосрочной памяти, пассивное восприятие информации, низкая мотивация познавательной деятельности, слабость адаптационных механизмов. Нередко эта категория детей испытывает значительный дефицит понимания, признания, одобрения, эмпатии со стороны не только родителей, но и воспитателей, педагогов и других специалистов, работающих с детьми. Находясь в такой ситуации непризнания у ребенка, возможно нарастание проблем в развитии, познавательной и интеллектуальной деятельности, нарушение формирования когнитивных функций.

Все перечисленные биологические факторы следует рассматривать как состояния высокого риска, которые относят-

ся к проявлениям предболезни и могут привести в дальнейшем к расстройствам развития.

Итак, наличие в онтогенезе ребенка одного или, тем более, сочетание нескольких биологических патогенных факторов является базой для формирования нарушенного развития. Предотвращение влияния перечисленных факторов или, если уже произошло воздействие, своевременное устранение его, может способствовать предупреждению расстройств развития у ребенка.

1.2. Семейные факторы

Понятие семейных факторов появилось в научной литературе сравнительно недавно и не имеет однозначного толкования. Ученые включают в него много характеристик, отражающих разные условия, позитивные и негативные факторы жизнедеятельности семьи, которые определяют ее воспитательные предпосылки и могут в большей или меньшей степени обеспечить успешное или неуспешное развитие ребенка.

Среди самых первых особенностей семьи ученые называют эмоциональный фактор воспитания. Это бескорыстная безусловная любовь родителей к детям, эмоциональное благополучие ребенка, которые базируются на уверенности в том, что его любят близкие родные люди. Родительская любовь занимает особое место в сфере интимно-эмоциональных отношений как чрезвычайно важный источник духовного и нравственного развития ребенка, поскольку она является основой его понимания, принятия, признания. Семья создает наиболее благоприятные условия для развития индивидуальности личности или, напротив, препятствует этому развитию. Практические психологи давно пришли к выводу, что «проблемные» дети, как правило, появляются в семьях с неправильно сложившимися отношениями, и даже трудные проблемы воспитания могут быть разрешены при восстановлении благоприятного внутрисемейного микроклимата [28]. Многолетняя практика психолого-медицинско-педагогического коррекционного воздействия убедительно доказывает необходимость и возможность изучения внутрисемейных отношений с целью профилактики нарушенного развития и более благоприятной реабилитации проблемных

детей на основе использования потенциалов эмоционального фактора воспитания.

Ребенок, особенно в первые годы жизни, полностью зависит от окружающих его людей. Постепенно развиваясь, обретая некоторые элементы самостоятельности, он особенно нуждается в стабильной и спокойной семейной атмосфере, наполненной эмоциональной теплотой, дающей ему ощущение безопасности, обеспечивающей одобрение, поддержку и помощь.

Кроме вышеперечисленных моментов, необходимо остановиться на следующих обстоятельствах в семейной ситуации. В первую очередь, они связаны с состоянием психосоциобиологической системы: диады «мать — дитя». От состояния психического здоровья матери, от ее взаимоотношений с ребенком, зависят его развитие и состояние психического здоровья. Большое значение имеют адекватность эмоциональных реакций матери, связанных с выраженностью материнского чувства. Последнее складывается у матери во время беременности и зависит от ее предыдущей жизни. Оно регулирует отношения в диаде «мать — дитя» и участвует в формировании у ребенка основных его интрапсихических структур. Недостаточность материнского чувства лежит в основе материнской деривации. Возможно, в этих случаях имеются трудности формирования чувства привязанности или базового доверия [58]. Именно смягчение действия материнской деривации, предотвращение ее появления у матери еще на этапе беременности и позже, повышение компетенции матери во взаимодействии и понимания младенца способствуют правильному формированию ребенка.

Психопатологические проявления у матери во время беременности и после родов нередко являются тем фундаментом, на котором впоследствии формируются неправильные типы общения с ребенком. При нежелательной или не планируемой беременности первые три месяца могут протекать на фоне тревожного и депрессивного состояния, в последние недели может возникать страх перед предстоящими родами и беспокойство, связанное с неуверенностью в нормальном развитии плода. Послеродовые психические расстройства часто выражаются в форме неустойчивого, в основном плохого депрессивного настроения, иногда в виде хронического депрессивного нарушения умеренной тяжести, бывают и послеродовые психозы. Такие состояния чаще возникают

у женщин, ранее перенесших психические расстройства или стрессы. На эмоциональное состояние беременной женщины влияют и серьезные проблемы со здоровьем, влияющие на течение беременности.

Результатом таких нарушений становится недостаточно эмоционально окрашенное, подчас холодное, отношение к новорожденному ребенку. Мать мало разговаривает с ним, бывает раздражительной, недовольной, подавленной; с большим трудом привыкает к новому темпу и стилю жизни. Эти расстройства приводят к тому, что с первых дней своей жизни младенец начинает испытывать дефицит положительных эмоций, внешних проявлений любви, внимания и эмоционального приятия со стороны самого для него близкого человека — МАТЕРИ, которая является в этот период для ребенка и защитой, и самым главным источником любви и обеспечения жизнедеятельности. Дети в младенческом возрасте особенно остро и чутко чувствуют эмоциональное состояние матери, тесно связаны с ним. Они становятся беспокойными, крикливыми, мало спят, плохо едят, успокаиваются только на руках у матери. При этом никаких расстройств со стороны внутренних органов и нервной системы врачи не обнаруживают. Такое состояние ребенка вторично начинает угнетать мать, ее раздражение против собственного сына или дочери усиливается и закрепляется. В дальнейшем этот возрастной период становится той основой, на которой формируется дальнейшее общение с ребенком, восприятие и понимание его. Главным для ребенка является связь с матерью (привязанность к отцу и другим близким людям также существенна). Данная связь носит двусторонний характер, т.е. протекает по типу взаимодействия; при этом очень ранние контакты между матерью и новорожденным играют чрезвычайно важную роль, закладывая первоначальную основу связи между ними в дальнейшем [23, 84].

В развитии ребенка большую роль играют и психологическая подготовка отца к отцовству, стимуляция его родительских чувств, повышение его компетентности в обращении и понимании своего ребенка. Эксперты Оксфордского университета изучили существующие доказательные данные и сообщают, что чаще всего слишком большой акцент делается на психическое здоровье матерей. Они выявили, что мальчики страдают больше, чем девочки, если отцы страдают депрессией, или же они алкоголики, или их общение с

ребенком носит формальный характер. Соответственно, влияние такого фактора оказывается пагубным для развития ребенка.

Также учеными доказано, что длительная разлука с родителями, нарушение межличностных взаимоотношений или плохие взаимоотношения в семье серьезно отражаются на нервно-психическом развитии детей. К нарушению нервно-психического развития детей могут привести следующие факторы:

- ◆ аффективные конфликты супружов;
- ◆ депрессивное или тревожное состояние родителей, особенно матери в антенатальный и ранний периоды развития;
- ◆ непонимание причин возникновения нарушений развития у ребенка;
- ◆ неумение правильно уделять внимание интеллектуальному развитию ребенка;
- ◆ недостаточная организация развивающих занятий и игр;
- ◆ неспособность заметить отклонения в развитии ребенка;
- ◆ жесткое, формальное, поверхностное общение с ребенком в семье;
- ◆ неадекватные реакции родителей на интеллектуальные возможности и неудачи ребенка, на измененные эмоционально-поведенческие и коммуникативные реакции;
- ◆ непонимание состояния ребенка;
- ◆ отсутствие учета личностных особенностей ребенка (экстравертность, интровертность, амбивертность), его возрастных, конституциональных и физиологических возможностей;
- ◆ необоснованный рост требований, предъявляемых личности ребенка;
- ◆ неумение сформировать для ребенка коррекционно-развивающую среду.

В результате личность ребенка может развиваться дисгармонично, что может привести к трудностям социально-психологической адаптации и проблемам, связанным с формированием позитивного образа себя и взаимоотношений с окружающим миром.

Следующей особенностью воспитания в семье, которая относится к позитивным семейным факторам, является **постоянство и длительность воспитательных воздействий на ребенка**. Это означает, что у семейного воспитания нет ни на-

чала, ни конца, ребенок начинает воспитываться уже в утробе матери, и, вырастая, также подвергается воздействиям со стороны родителей. Влияние взрослых на ребенка происходит в самых разнообразных жизненных ситуациях, характеризуется непосредственным взаимодействием ребенка и взрослого. Поэтому родительское воспитание может быть неполноценным, когда ребенок воспитывается в неполной семье или в условиях непостоянного и отдельного проживания детей с родителями. В этом случае отсутствует постоянство и единство воспитательных воздействий на ребенка со стороны членов семьи. Также и воспитание ребенка в социально изолированной семье может служить фактором риска для ребенка [32], так как нередко обособление семьи связано с изменением личности родителей, их социальной дезадаптацией.

При этом под стилем воспитания понимается принятый в семье тон эмоционального и практического отношения к ребенку. Поэтому, изучая психологическую атмосферу в семье, необходимо выяснить следующие обстоятельства:

- ♦ полная семья, семья без отца, семья без матери, семья с отчимом, семья с мачехой;
- ♦ часть времени или на протяжении всего раннего или дошкольного детства воспитывался у родственников; в чужой семье; в детском доме;
- ♦ кто лидер в семье;
- ♦ к кому привязан ребенок в семье;
- ♦ место ребенка в семье и положение ребенка в семье (единственный, младший, средний, старший);
- ♦ конфликты с братьями и сестрами (нет, есть, регулярные, нерегулярные, соперничество, ревность).

Имеют значения и особенности воспитания в семье:

- ♦ чрезмерно строгое отношение с повышенными требованиями;
- ♦ непоследовательное отношение;
- ♦ насмешливое отношение;
- ♦ безразличное отношение;
- ♦ неприязненные отношения;
- ♦ чрезмерная опека;
- ♦ безнадзорность;
- ♦ различные наказания (постоянные запреты, побои, ругань, угрозы, бойкот).

Каждый из перечисленных типов воспитания нередко является тем самым пусковым механизмом, который в итоге

может привести к проблемам нарушенного развития и эмоционально-поведенческого реагирования.

Следует отметить, что наличие в семье лиц с психическими нарушениями, личностными отклонениями или инвалидов представляют для ребенка потенциальный риск патологического развития. Психическая или физическая инвалидность, сенсорный дефект у родителей (глухота, слепота), тяжелая эпилепсия, хроническое соматическое заболевание родителей делают их неспособными полноценно заботиться о ребенке, обеспечивать его гармоничное развитие.

Сами по себе отдельные факторы не могут вызвать отклонений в развитии, но в комплексе, обеспечивая постоянство и длительность воспитательных воздействий на ребенка, они могут существенно влиять на его развитие, точнее, на потенциалы его взаимодействия с другими людьми и окружающим миром, сужая или расширяя их, обедняя или обогащая. Это происходит тогда, когда ребенок вместе со старшими участвует в различных семейных событиях, видит взаимоотношения членов семьи между собой и другими людьми, отношение их к окружающей жизни, непосредственно подражая им. Поэтому здесь так важен учет следующих факторов семейного риска:

- ♦ невысокий культурный и образовательный уровень родителей;
- ♦ неспособность заметить отклонения в развитии ребенка;
- ♦ неумение сформировать для ребенка коррекционно-развивающую среду;
- ♦ неготовность родителей к организации развивающих занятий и игр;
- ♦ неумение правильно уделять и распределять внимание между двигательным, интеллектуальным, творческим и социальным развитием ребенка;
- ♦ ранние сроки начала обучения на фоне усложнения обучающих программ, их несоответствия возрастным и индивидуальным особенностям детей;
- ♦ расценивание трудностей в формировании познавательной деятельности ребенка как дефект характера, результат неправильного воспитания, леность и пр.

Фиксируясь на внешних проявлениях неблагополучия, не понимая внутренней глубинной сущности происходящих в ребенке изменений, родители с трудом принимают тот факт, что причины возникновения тех или иных отклонений у ребенка могут лежать в сфере семейных отношений.

Нередко нарушение развитие ребенка, его деструктивное поведение неправильно оцениваются родителями. Они уверены, что проблемы развития объясняются характером ребенка, его «вредностью», леностью, капризами, неправильным отношением к ребенку бабушек и дедушек и др. Фиксируясь на внешних проявлениях неблагополучия, не понимая внутренней глубинной сущности происходящих в ребенке изменений, родители с трудом принимают тот факт, что причины возникновения тех или иных отклонений у ребенка могут быть связаны с неправильной тактикой организации воспитательных воздействий на ребенка. Особенно ярко это видно на детях раннего возраста.

В исследовании Н.С. Пангиной, посвященного анализа влияния типов семейного воспитания и особенностей воспитательных воздействий на развитие ребенка раннего возраста, все дети были разделены на три группы, в зависимости от уровня их развития.

Первую группу (*с высоким уровнем развития*) составили дети из семей с гибким типом воспитания. Родители в таких семьях воспринимают ребенка как личность, ограничения в поведении обговариваются с ребенком, который принимает их как справедливые.

Вторую группу (*со средним уровнем развития*) составили дети из семей с гиперопекой и из семей со сменой воспитательных приемов. Для родителей из семей с гиперопекой характерно использование системы запретов и ограничений в поведении ребенка, без учета его пожеланий и возможностей. В семьях со сменой воспитательных приемов, как правило, не существует единой концепции воспитания детей, что выражается в полярности использования воспитательных приемов и средств: от полного запрета до неограниченной свободы действий.

Третью группу (*с низким уровнем развития*) составили дети из семей с гипоопекой. Для родителей характерно предоставление полной свободы действий ребенку, отсутствие контроля с их стороны и даже избегание контактов. Данная тенденция наблюдается не только в семьях с низким материальным достатком, но и в обеспеченных семьях, где дети отдаются на воспитание гувернанткам.

Тип семейного воспитания оказывает влияние на развитие *предметной и игровой деятельности*. В этом возрасте дети в игре подражают взрослым, их действиям и поступкам, поэтому, чем лучше организовано общение родителей и

ребенка, тем выше уровень развития игры. У детей с гибким типом воспитания по данному параметру несколько выше, чем у остальных участников исследования.

Становление многих *психических функций* у детей на третьем году жизни зависит от развития предметной, предметно-игровой деятельности и правильно организованной развивающей среды. При этом важна роль взрослых (матери, отца), с помощью которых ребенок учится познавать окружающий его мир. Показатели развития психических функций у детей из семей со сменой воспитательных приемов, гиперопекой и гипоопекой снижены по сравнению с детьми из семей с гибким типом воспитания. Недостаток или избыток внимания со стороны родителей замедляет в некоторых случаях формирование психической сферы, а также замедляет становление ее произвольности.

У детей из семей с гибким типом воспитания развитие произвольного внимания, целенаправленной поисковой деятельности, произвольной слуховой и зрительной памяти выше, чем у остальных детей. При гиперопеке возникающие у ребенка потребности в совершении какого-либо произвольного сложного целенаправленного движения подавляются неосознанно родителями, которые стремятся помочь и выполнить все за него. У детей из семей с гипоопекой произвольность функций оказывается недостаточной в силу ограничения совместной деятельности с родителями.

Изучение состояния *сенсорных функций* обнаружило, что большинство детей способно к восприятию и дифференциации контрастных геометрических фигур и основных цветов. Несколько сниженные результаты отмечаются у детей из семей с гипоопекой и гиперопекой. Кроме того, дети из семей с гипоопекой затруднялись назвать основные цвета, а подбор предметов по цвету стал возможен после обучения. Дети из семей с гибким типом воспитания и дети из семей со сменой воспитательных приемов лучше справились с заданием, направленным на изучение пространственного гноиса. Понимание направлений у многих детей из семей с гиперопекой и гипоопекой затруднено, хотя в повседневной деятельности у них не отмечается нарушений ориентации в пространстве.

Исследование *речевого развития* показало, что у детей с гибким типом воспитания уровень сформированности импресивной и экспрессивной речи в большинстве случаев соответствует возрасту. У детей, в воспитании которых преоб-

ладает гиперопека или смена воспитательных приемов, объем пассивного словаря, понимание многих конструкций с простыми предлогами, дифференциация грамматических значений числа сформированы на достаточном уровне. Однако активный словарь и фразовая речь соответствуют младшему возрасту. У детей с гиперопекой разрыв между пассивным и активным словарем нередко возникает из-за отсутствия потребности в речи, в силу того, родители заранее предвосхищают его высказывания и тормозят собственно речевую продукцию ребенка. В случае смены воспитательных приемов ребенок допускает ошибки или использует слова более младшего возраста. У детей из семей с гиперопекой обеднен активный и пассивный словарь, недостаточно сформировано понимание грамматических конструкций из-за дефицита общения с матерью. Речь детей находится на уровне ниже возрастной нормы, отмечается в некоторых случаях задержка формирования речевой деятельности.

Приведенные выше результаты исследования позволяют судить о влиянии типа семейного воспитания на всестороннее развитие ребенка раннего возраста и свидетельствуют о необходимости разработки системы интегрированной профилактической и психолого-коррекционной работы с такими детьми, которая будет направлена на оптимизацию и создание условий для полноценного развития детей в семье, на организацию непосредственно занятий с ними. Также необходимо учитывать фактор семейного воспитания, связанный с организацией *естественных условий для включения детей в самые разнообразные внутрисемейные отношения и деятельность*. Во многом это зависит от наличия объективных возможностей для включения детей в бытовую, хозяйственную, воспитательную деятельность семьи. Отмечено, что семья учит жизни при помощи «живого», жизненно нужного, а не придуманного, суррогатного дела, учит делом, а не словом. От мамы дочка учится шить, пекать пироги, заниматься рукоделием, мальчики от папы учатся производить небольшой ремонт бытовой техники, пилить и другим делам. В то же время, если оберегать ребенка от трудовых дел семьи, не давать ему проявить самостоятельность, он вырастет малоинициативным. Поэтому к числу важных факторов, оказывающих заметное влияние на эффективность воспитания детей в семье, относят семейные традиции.

Слово «традиция» означает исторически сложившиеся и передаваемые из поколения в поколение обычаи, порядки

правила поведения. В подобных традициях и обычаях отражаются этнические, культурные, религиозные особенности семьи. Сколько многофункциональны нормы, ценности каждой конкретной семьи, столь и разнообразны и традиции по своей воспитательной сущности. В зависимости от ценностей, норм семьи, которые реализуются в той или иной традиции, можно говорить о созидательных и разрушительных, конструктивных, стереотипных и нестереотипных, истинных и мнимых традициях. Передаваясь из поколения в поколение, традиции, адаптируясь к условиям современной жизни, не остаются застывшими, раз и навсегда данными. Неизменным остается их назначение в человеческом обществе:

— упрочнение семейно-родственных связей и отношений, которые функционируют в качестве механизмов передачи таких личностно и социально ценных качеств человека, как любовь, доброта, сострадание;

— основное средство трансляции норм семьи в обществе, социально-культурных ценностей и установления ее связей с окружающим миром.

Исследования, проведенные В.К. Котырло и С.А. Ладывир, показали, что может быть выделено три основных стиля воспитания:

1. Деловое взаимодействие.

Оно возникает при стремлении взрослых организовать детскую деятельность или регламентировать их поведение. Мотивами поведения родителей выступают:

- ◆ желание приучать к делу;
- ◆ вооружать соответствующими навыками;
- ◆ стремление умерить активность;
- ◆ унять расшалившегося ребенка или отвлечь его от недостойного или ненужного в данный момент занятия.

В условиях сотрудничества ребенок ищет возможность сохранить общение, оправдать доверие взрослых. Воспринимая же ненужность своего участия в совместной деятельности, обусловленное стремлением просто занять его чем-то, отделяется формальным исполнением.

2. Специальные воспитательные воздействия.

Это целенаправленные действия и поступки взрослых, смысл которых состоит в том, чтобы научить, дать образец, побудить к подражанию. Существенным здесь является подход к процессу воспитания как к решению воспитательных задач, заставляющий анализировать поведение взрослых и детей.

Мотивация преднамеренных воспитательных влияний основана на:

- ♦ понимании взрослыми своего долга, которое не исчерпывает осознанности, необходимости ухода за ребенком и организации его жизнедеятельности;
- ♦ стремлении приобщить ребенка к определенным ценностям;
- ♦ выработке отношения к окружающему миру;
- ♦ обучения ребенка.

Отличительной чертой данного стиля выступает субъективизмом и имплицитный характер постановки целей и выбора методов воспитания и обучения, определяя идеалы и представления конкретной семьи, а не общественности, о том, какими она хочет вырастить своих детей.

3. Общение ради общения.

Главной особенностью такого стиля является удовлетворение взрослыми своей потребности в любви, чувстве привязанности, сохранении родственных уз. Желание приласкать ребенка, поговорить с ним о его детских заботах, просто побывать вместе отличает данный стиль общения от делового и воспитательного воздействия. Он носит глубоко эмоциональный, интимный характер воспитания. Его «проводниками» становятся *родительская любовь к детям и ответные чувства* (привязанность, доверие, нежность и пр.) детей к родителям.

Кроме стиля воспитания, важнейшим фактором, обеспечивающим расширение зоны ближайшего развития ребенка или его сужение, выступает модель **сотрудничества родителей с детьми**. По Г.А. Мишиной, существует 6 моделей сотрудничества взрослых с ребенком: изолированность, предполагаемая взаимосвязанность, речевая взаимосвязанность, «молчаливое соприсутствие», «влияния и взаимовлияния», активная взаимозависимость.

Первая модель (изолированность) представляет собой двух, совершенно независимых друг от друга, индивидов. Такое формальное общение характерно для 2% родителей, воспитывающих проблемного ребенка. Дети, привыкшая к постоянным отказам от близкого взаимодействия, вскоре начинают занимать отстраненную позицию в общении, плохо понимают чувства и желания своих сверстников, встречая их на улице или в детском саду.

Вторая модель (предполагаемая взаимосвязанность) отличается неумением родителей создавать ситуацию совместной деятельности, преобладанием заниженного уровня тре-

бований, несформированностью потребности в общении. Эта модель поведения характерна для 22% родителей, воспитывающих проблемных детей.

Третья модель (речевая взаимосвязанность) характеризуется организацией родителями сотрудничества в предметно-игровой деятельности ребенка только с помощью речи. Взрослые не уверены в своих педагогических способностях, общение с ребенком носит директивный характер, отсутствует потребность в общении с ним. Такое поведение свойственно 7% родителей, воспитывающих нормально развивающихся детей, и 36% родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями.

Четвертая модель («молчаливое присутствие») снижает количество проблем, связанных с сотрудничеством взрослых с детьми, ориентирует родителей на интересы ребенка, но не решает познавательных задач. Эмоциональные проявления и чувствительность к ребенку также отсутствуют. Эта модель зафиксирована у 13% родителей, воспитывающих нормально развивающихся детей, и у 24% родителей, воспитывающих проблемных детей. В основном, дети не умеют обращаться за помощью, спокойны, нередко пассивны, не ожидают оценки себя и своей деятельности со стороны взрослых.

Пятая модель (по типу «влияния и взаимовлияния») характеризуется умением родителей организовывать совместную предметно-игровую деятельность, адекватной позицией в отношении к особенностям или способностям ребенка, уверенным стилем воспитания. Однако возможности детей за высшаются. Эта модель зафиксирована у 16% родителей, имеющих проблемных детей, и у родителей, имеющих нормально развивающихся детей. В этих семьях за короткий срок хотят сделать из ребенка «вундеркинда», преувеличивая его способности и возможности. У детей зачастую возникает протест против конкретных указаний взрослых, хотя у них и сохраняется желание откликнуться на какое-либо общее предложение (поиграть, поконструировать, посчитать и т.д.). Ожидание оценки своей деятельности у этих детей искажено.

Шестая модель (активная взаимозависимость) характеризуется умением родителей организовывать совместную предметно-игровую деятельность, осуществляемую через частично-совместные и раздельные действия. Родители используют все средства общения, имеют потребность в эмо-

циональном общении и адекватную позицию по отношению к ребенку, а также уверенный стиль воспитания. Такое поведение характерно для большинства родителей (80%), воспитывающих нормально развивающих детей.

Таким образом, на родителях лежит особая, профессиональная роль воспитателя, заключающаяся в принятии на себя полной меры ответственности за условия, характер и перспективы развития личности ребенка.

1.3. Психологические факторы

Во всех клинических и психологических работах, посвященных проблемам нарушения развития у детей, указывается на психотравмирующее воздействие среды, которое может способствовать неправильному формированию нервно-психической деятельности ребенка. Психологические факторы играют значительную роль в формировании и развитии детей. Немаловажное значение имеет не столько объективная патогенность фактора, сколько его психологическая значимость. А в результате многократно повторяющегося психотравмирующего воздействия одновременно наблюдаются суммация эффекта и снижения чувствительности к раздражителю.

При раннем возникновении и длительном действии психотравмирующего фактора возникают стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обусловливающие патологическое развитие его личности и возникновение расстройств в формировании высших психических функций. Неблагополучная психологическая атмосфера, доминирующая в семье, является одним из значимых факторов, который может способствовать отклонению в развитии нервно-психической деятельности ребенка.

Неблагоприятные семейные обстоятельства, становясь психологическим факторами риска, нередко оказывают отрицательное воздействие на развитие ребенка, начиная с его внутриутробного развития, когда атмосфера ожидания ребенка характеризуется как стрессовая [8, 12, 14]:

- ♦ неопределенные или напряженные отношения с отцом будущего ребенка;
- ♦ нежелание иметь ребенка;
- ♦ негативное отношение близких родственников к рождению ребенка;

- ♦ страх или боязнь предстоящей ответственности за свое-го ребенка;
- ♦ неуверенность в своих силах и в умении выполнять но-вые обязанности, связанные с уходом и воспитанием сына или дочери;
- ♦ отсутствие внешней помощи и поддержки;
- ♦ наличие депрессии у матери;
- ♦ бытовая неустроенность;
- ♦ патология беременности, родов.

Конфликтные отношения между родителями, частые и длительные ссоры, приводящие к напряженной атмосфере в семье, сами по себе могут оказаться на развитии ребенка, вызывая нарушение поведения и невротические проявле-ния. В результате личность ребенка может развиваться дис-гармонично, что приведет к трудностям адаптации и опреде-ленным проблемам во взрослом периоде жизни.

Психологические факторы в процессе воспитания детей играют важную роль, а именно: правильное отношение роди-телей к ребенку, особенно если у него имеются проблемы обу-чения, восприятия, которые могут быть недостаточно оцене-ны окружающими на начальных этапах. Дети с проблемами развития высших психических функций и интеллекта име-ют объективные проблемы обучения и отличаются пассив-ным восприятием информации. Они достаточно быстро начи-нают испытывать беспокойство, проявлять выраженные ре-акции протesta и негативизма, неуверенность в своих интеллектуальных возможностях. На этом фоне самооценка ребенка резко снижается, что приводит к нарастанию негати-визма, отказу от познавательной и творческой деятельно-сти.

Так, в условиях безнадзорности может формироваться па-тологическое развитие личности с задержкой психического развития по типу психической неустойчивости: неумением тормозить свои эмоции и желания, импульсивностью, отсут-ствием чувства долга и ответственности.

Ситуации эмоционального неприятия специалистами и родителями ребенка, отказ в признании его творческих и ин-теллектуальных возможностях приводит к развитию у него па-тологических форм реагирования на окружающих, без-различия к любой интеллектуальной деятельности и даже игровой, избеганию внешних контактов. В результате у зна-чительной части детей развиваются расстройства, усугубля-ющие проблемы обучения, происходит дезадаптация в ми-кро- и макросоциуме.

С началом обучения в школе у детей нередко выявляются специфические проблемы обучения: трудности письма, расстройства памяти, слухоречевые дисфункции; интеллект, как правило, не нарушается. Почти постоянно у этих детей наблюдаются эмоциональная лабильность, перцептивные, двигательные нарушения и расстройства координации. У 75% детей этой категории довольно устойчиво возникают патологические изменения эмоционально-поведенческих реакций: агрессивное, протестное, вызывающее поведение или, напротив, развиваются подавленное настроение, тревога, страхи, тики, энурез и прочие, которые усугубляют и так имеющиеся трудности обучения.

К психологическим факторам риска следует отнести и состояния психологического внутреннего дискомфорта у ребенка, проявляющиеся в следующем:

- ◆ необоснованное беспокойство о будущем;
- ◆ постоянные размышления о своем поведении;
- ◆ ощущения себя плохим и никому ненужным;
- ◆ страх всего нового;
- ◆ страх ошибиться;
- ◆ страх быть неуспешным;
- ◆ неуверенность в одобрительном отношении окружающим, в раннем возрасте — родителей, потом — сверстников;
- ◆ постоянная неудовлетворенность своими достижениями;
- ◆ наличие у ребенка дефицита внимания, понимания, признания, одобрения, любви со стороны окружающих, особенно близких людей.

Перечисленные состояния нередко возникают вследствие того, что родители и отдельные воспитатели и педагоги, отмечая у ребенка проблемы в обучении и познавательной деятельности, поведенческие и эмоциональные особенности (детскую «нервность»), расценивают последние или как дефект характера, или результат неправильного воспитания (чаще речь идет об излишнем баловстве), леность ребенка или даже психическое нарушение. Следствием этого является предъявление этим детям требований, которые не соответствуют их конституциональным, возрастным и психофизическим возможностям, несвязанных с уровнем развития интеллекта или наличием у них психического заболевания. В свою очередь такое неадекватное отношение к ребенку не способствует формированию у него интереса к познавательной деятельности и учебному процессу.

Таким образом, становится очевидным, как важны для нормального психофизического развития ребенка следующие моменты: правильное отношение родителей и специалистов к ребенку, особенно если у него имеются проблемы развития, которые могут быть недостаточно оценены окружающими на начальных этапах; атмосфера доброжелательности, понимания, сопереживания, поддержки; формирование у детей достаточной самооценки и мотивации интеллектуальной деятельности; создание адекватных условий жизни в микро- и макросоциуме, позволяющих ему гармонично и полноценно развиваться.

1.4. Социальные факторы

Исследователей психического развития детей всегда интересовал вопрос о зависимости врожденных задатков от воздействия среды, в первую очередь социальной. А.В. Запорожец указывал, что ни одно из специфических психических функций человека, таких как логическое мышление, творческое воображение, волевая регуляция действий, память, внимание, речь и т.д., не может быть обусловлено лишь путем вызревания органических задатков [30]. Для формирования этих функций требуются определенные социальные условия жизни и воспитания.

Как показал Л.С. Выготский, в каждом возрастном периоде имеется своя, специфичная для ребенка социальная ситуация развития, которая представляет конкретную форму отношений с взрослым в тот или иной период своей жизни [20]. Социальную ситуацию развития Л.С. Выготский рассматривает как «систему отношения между ребенком данного возраста и социальной действительностью, как “исходный момент” для всех динамических изменений, происходящих в развитии в течение данного периода и определяющих» целиком и полностью те формы и тот путь, следяя по которому, ребенок приобретает новые свойства личности. В тоже время социальная ситуация определяется тем местом, которое занимает в обществе ребенок. Позиция ребенка в любом возрасте имеет две стороны: отношение к ребенку окружающих его людей и его собственное отношение к окружающему миру. Социальные изменения, происходящие на каждой ступени развития ребенка, способствуют позитивному или неблагоприятному воздействию на его психическое

развитие. Последние нередко приводят к социальной дезадаптации: у ребенка происходит неадекватное восприятие окружающей действительности, нарушается система отношений и общения с окружающими, снижаются когнитивные функции, искажается организация досуга и отдыха, изменяется характер поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других и т. д.

Результаты исследований, посвященных влиянию факторов риска на формирование нервно-психической деятельности ребенка [54] убедительно продемонстрировали, что благоприятные социальные факторы смягчают воздействие биологических факторов риска.

Д.Н. Исаев выделяет следующие социальные факторы:

- ◆ глобальные;
- ◆ общественные;
- ◆ связанные с детскими, медицинскими и образовательными учреждениями;
- ◆ семейные.

Глобальные неблагоприятные факторы, которые вызывают у детей страх перед возникновением войны, ожиданием экологической катастрофы, стихийных бедствий или промышленных катастроф, а также межнационального противостояния, появляются у детей отчасти как отражение тревог родителей, отчасти как собственные впечатления, полученные через средства массовой информации, а нередко после просмотров фильмов-катастроф. При этом дети, в отличие от взрослых, неправильно оценивают степень реальной опасности, считая, что угроза неотвратима и стоит на пороге дома. Надо отметить, что воздействие этих факторов на детей может быть отсроченным во времени и проявиться после исчезновения непосредственной опасности. В этих случаях у ребенка возможна потеря интереса к окружающему миру, познавательной деятельности вплоть до полного отказа.

Общественные неблагоприятные факторы нередко связаны с местными жизненными трудностями: добровольный или вынужденный выезд из привычного места жительства, например, семья находится в положении беженцев, мигрантов. Большой риск отрицательного воздействия возникает, когда переезд семьи влечет утрату ее социального статуса. У ребенка возможно развитие страха быть непринятым или отвергнутым сверстниками в новом месте. Неблагоприятно воздействует на ребенка ситуации вне дома, где он подверга-

ется нападению, насилию, издевательствам, а иногда и сексуальным домогательствам. Не менее опасны и ситуации, в которых ребенок эпизодически или постоянно находится под угрозой избиения, издевательств, которые он терпит от сверстников или более старших детей из своего учебного заведения или района, где проживает. Также дети тяжело переживают дискриминацию или преследование в детском коллективе за принадлежность к определенной этнической, религиозной, языковой или какой-то другой группе, с чем нередко сталкиваются специалисты, оказывающие медико-психологического-педагогическую и коррекционную помощь детям.

К социальным факторам относятся и неблагоприятные материально-бытовые условия жизни, определяющиеся социальными и социально-экономическими условиями общества.

Факторы, связанные с детскими, медицинскими и образовательными учреждениями, составляют ту социальную среду, в которой дети находятся продолжительное время. Нередко они являются причиной возникающих проблем в эмоционально-поведенческой сферы и познавательной деятельности детей. Решающая роль этих факторов в психоречевом развитии ребенка и его познавательной деятельности подтверждается фактами, явившимися результатом неблагоприятных условий (полной изоляции детей от взрослых, недостаточностью контактов с взрослыми), а также позитивными фактами положительного воздействия общения на развитие личности ребенка, полученными в работах психологов [45, 57, 69, 75].

Длительное пребывание детей без родителей в больницах (госпитальный синдром или госпитализм), интернатах, лесных школах и даже санаториях, особенно детей раннего и дошкольного возраста, оказывает отрицательное влияние на уровень нервно-психического развития.

Воспитанники, направленные в дома ребенка из больниц, в 2 раза больше отстают в развитии, чем поступившие непосредственно из родильного дома. Почти у всех воспитанников детского дома к 3–7-ми годам выявляется задержка нервно-психического развития. Пребывание детей в больницах оказывает отрицательное влияние на уровень нервно-психического развития. Нередко способствует этому и неправильное отношение к ребенку воспитателей детских учреждений и педагогов: чрезмерно строгое, насмешливое,

безразличное, неприязненное. Работы отечественных и зарубежных авторов показывают, что длительное пребывание ребенка в большом коллективе, в однотипных условиях, ограниченный контакт с внешним миром приводят к тяжелым последствиям [21].

Поступление ребенка в образовательное учреждение без учета его конституциональных, психологических, возрастных особенностей и состояния индивидуальных коммуникативных реакций (амбивертность, интровертность или экстравертность) нередко является предиктором нарушения развития. Например, если мы ребенка с тенденцией к интровертности помещаем в условия длительной публичности или продолжительного пребывания в детском учреждении, то он становится замкнутым, отказывается от любого контакта, на все попытки взаимодействия с ним дает реакции негативизма и протеста, внешне проявляет безразличие к любой интеллектуальной, познавательной, учебной и даже игровой деятельности.

Помимо перечисленных факторов риска, нарушающих право детей на уровень жизни, необходимый для их физического, умственного, духовного и социального развития, выделяется значительная группа причин, которые могут быть названы педагогическими. Они, как правило, связаны с отсутствием в образовательных учреждениях вариативных образовательных программ, рассчитанных на детей разного уровня способностей и развития, диагностических методик и технологий, позволяющих своевременно выявлять проблемы обучения и воспитания ребенка и вносить соответствующие изменения в программу обучения, организационно-управленческих механизмов, обеспечивающих реализацию и защиту прав детей и контроль за их соблюдением в системе образования, и др. Данные факторы приводят к тому, что в отношении этой категории детей фактически становится во многом декларативным, т.е. практически не реализуется или реализуется не в полной мере и другое основное их право — право на образование [55].

Семейные факторы значительно воздействуют на гармоничное неотклоняющееся развитие и социализацию ребенка. Родительская семья является ключевым условием оптимального психосоциального развития ребенка и наиболее часто выступает источником нарушений возрастного психического развития, безнадзорности, беспризорности несовершеннолетнего члена семьи. Неблагоприятные бытовые усло-

вия, наличие в семье инвалидов, хронических больных или престарелых, также нуждающихся в уходе; алкоголиков, наркоманов, лиц с асоциальными проявлениями (особенно если речь идет об обоих родителях) являются свидетельством выраженной социальной недостаточности такой семьи. Крайним проявлением социальной недостаточности семьи следует признать воспитание ребенка одной матерью, которая вынуждена работать, уделяя уходу за ребенком минимум внимания.

Дети, живущие в неблагоприятных социальных условиях, обычно отстают в развитии, потом имеют проблемы обучения, склонны к поведенческим нарушениям и нередко к антисоциальным поступкам.

Таким образом, устранение неблагоприятного воздействия социальных факторов или смягчения их влияния на развитие ребенка будет способствовать более правильному и гармоничному его развитию, а также значительно снизит риск возникновения нарушенного формирования личности и нервно-психической сферы.

1.5. Эмоциональные факторы

Между эмоционально-поведенческими проблемами детского возраста и расстройствами развития нервно-психической сферы существуют определенные связи.

В ситуациях, когда ребенку в силу тех или иных причин невозможно достичь его возрастного вариативного биологического и социального уровня развития, формируются разные эмоциональные нарушения, которые вторично неблагоприятно воздействуют на дальнейшее психическое и умственное развитие ребенка.

Данные Marielle C. Dekker, Hans M. Koot et al. продемонстрировали, что 50% детей с проблемами развития имеют показатели, указывающие на проблемы эмоционально-поведенческого характера, а дети без нарушений развития — только 18% [78].

При аномалиях развития, при длительных заболеваниях раннего возраста, нарушениях детско-родительских отношений, психологическом дискомфорте, испытываемом ребенком в детском учреждении, могут возникнуть выраженные нарушения эмоционально-поведенческой сферы, которые приводят к ограничению жизненных и социальных

функций, в наиболее тяжелых случаях приводящие к социальной недостаточности, трудностях обучения и девиантному поведению. Нередко эмоционально-поведенческие расстройства являются вторичными образованиями, связанными с нарушением внутрисемейных и межперсональных отношений, становясь факторами, которые приводят к снижению познавательной и интеллектуальной деятельности ребенка. В результате нарастает пассивное восприятие информации, ребенок согласен делать только то, что ему нравится, не требует от него усилий или он совершенно отказывается от любых видов интеллектуально-познавательной деятельности.

Нарушения эмоционально-поведенческой сферы у детей от младенческого до младшего школьного возраста влияют на дальнейшее психическое и интеллектуальное формирование, что обуславливает не только медицинскую и педагогическую, но и социальную значимость решения этого вопроса.

Ребенок, особенно в первые годы жизни, полностью зависит от окружающих его людей. Постепенно развиваясь, обретая некоторые элементы самостоятельности, он особенно нуждается в стабильной и спокойной семейной атмосфере, наполненной эмоциональной теплотой, дающей ему ощущение безопасности, обеспечивающей одобрение, поддержку и помощь. Длительная разлука с родителями, ранняя разлука с матерью или угроза такой разлуки, или эмоционально *бедное, формальное, раздражительное отношение* с ребенком, плохие взаимоотношения в семье серьезно отражаются на развитии ребенка. Последствия выражены в появлении у ребенка *тревожных, депрессивных расстройств* не только в этом периоде, но и более позднем возрасте. Недостаток эмоциональных привязанностей в раннем периоде жизни может привести в дальнейшем к возникновению социальных, учебных и личных проблем.

Здесь возникают вопросы прогноза, которые относятся к ребенку, членам семьи, а также специалистам и педагогам, работающими с детьми. Это инициирует необходимость все более дифференцированного изучения проблемы коррекции данных расстройств в процесс их устранения.

Наш многолетний опыт показал [8, 9, 12, 14], что различные эмоционально-поведенческие расстройства у детей с нарушениями развития отчетливо влияют на течение специфических расстройств развития речи и других высших психи-

ческих функций (ВПФ), а именно: снижают мотивацию речевой активности, замедляют формирование ВПФ (память, внимание, восприятие), уменьшают активность познавательной деятельности, способствуют пассивному восприятию информации.

Для этих детей характерно:

- ♦ дезадаптация в окружающей среде;
- ♦ неуспешность во всех видах деятельности;
- ♦ наличие объективных проблем обучения;
- ♦ пассивное восприятие информации;
- ♦ нарушение произвольности психических процессов;
- ♦ навыки контроля и самоконтроля;
- ♦ формирование неуверенности в интеллектуальных возможностях;
- ♦ заниженная самооценка и неуверенность в себе;
- ♦ низкая мотивация познавательной деятельности;
- ♦ негативизм или отказ от познавательной и творческой деятельности;
- ♦ низкий уровень работоспособности, снижение когнитивных способностей.

Отмечая перечисленные нарушения у ребенка, особенно имеющего специфическое нарушение развитие речи и других ВПФ, часто родители и отдельные воспитатели и педагоги расценивают последние или как дефект характера, или результат неправильного воспитания, или психическое нарушение. Следствием этого является предъявление этим детям требований, которые не соответствуют их конституциональным, возрастным и психофизическим возможностям, несвязанных с уровнем развития интеллекта или наличием у них психического заболевания. В свою очередь такое неадекватное отношение способствует вторичному нарастанию эмоционально-поведенческих нарушений.

Наличие органического фона у детей со специфическим расстройством развития речи сопровождается специфическим изменением эмоционально-поведенческих реакций:

- ♦ неустойчивый поверхностный сон с извращением смены периодов сна и бодрствования;
- ♦ пониженный аппетит;
- ♦ повышенная раздражительность;
- ♦ эмоциональная возбудимость;
- ♦ импульсивность, негативизм, реакции протеста;
- ♦ впечатлительность;
- ♦ боязливость;

- ♦ неустойчивость настроения;
- ♦ двигательная расторможенность;
- ♦ суевливость;
- ♦ назойливость;
- ♦ нарушение восприятия;
- ♦ недостаточность активности внимания;
- ♦ утомляемость;
- ♦ пассивное восприятие информации;
- ♦ низкая мотивация познавательной деятельности;
- ♦ слабость адаптационных механизмов.

Нами было проведено исследование, цель — изучение эмоционально-поведенческих нарушений у детей дошкольного возраста, страдающих специфическим расстройством развития речи, и методов их коррекции.

Дизайн исследования. Исследование проводилось в течение 2001–2008 годов в детском отделении Центра патологии речи и нейрореабилитации г. Москвы и ГОУ ЦПМСС «Взаимодействие» ЮАО г. Москвы. Наблюдалось 297 детей (201 мальчик, 96 девочек). Возраст: от 3-х до 7-ми лет. Период наблюдения: от 6 до 18 месяцев. Исследование: открытое и сравнительное. Все данные верифицированы.

У всех наблюдавшихся детей диагностировано специфическое расстройство развития речи в рубриках Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) — F80.1 и F80.2:

- ♦ специфические расстройства развития экспрессивной речи (рубрика F80.1);
 - дисфазия развития (*задержка темпов речевого развития*);
 - экспрессивная афазия развития (*моторная алалия*);
- ♦ специфические расстройства развития экспрессивно-рецептивной речи (рубрики F80.1 и F80.2) — экспрессивно-рецептивная афазия развития (*сенсомоторная алалия*).

Были выделены две группы наблюдавшихся детей:

- ♦ группа 1 (дисфазия развития) — 215 детей (146 мальчиков и 69 девочек; 72,4%);
- ♦ группа 2 (экспрессивная или экспрессивно-рецептивная афазия развития) — 82 ребенка (55 мальчиков и 27 девочек; 27,6%).

Афазия развития представлена двумя формами:

экспрессивная форма — 57 детей (69,5%);

экспрессивно-рецептивная форма — 25 детей (30,5%),
 $p < 0,01$.

Материалы и методы. Использовались методы: клиническое наблюдение, психологический, нейропсихологический, статистический. Методы клинического наблюдения включали: общее клиническое, неврологическое, психопатологическое, логопедическое.

Критерии отбора:

1 — наличие специфического расстройства развития речи, диагностированного в рубриках F80.1 и F80.2, на момент обращения;

2 — возраст от 3-х до 7-ми лет;

3 — информированное согласие родителей;

4 — отсутствие умственной отсталости и эндогенного заболевания;

5 — коррекционные комплексные мероприятия не проводились последние два месяца.

Эмоционально-поведенческие нарушения были диагностированы у 289 детей (97,3%). Они представлены состояниями:

- ♦ гиперкинетическое расстройство поведения — 32,7%;
- ♦ расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи — 26,3%;
- ♦ депрессивное расстройство поведения — 50,2%;
- ♦ эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста — 39,1%;
 - фобическое тревожное — 32,3%;
 - социальное тревожное — 6,8%;
- ♦ аутистическогоподобные проявления — 13,4% (только при экспрессивно-рецептивной афазии развития — сенсомоторной алалии);
- ♦ транзиторное тикозное расстройство — 4,7%;
- ♦ неорганический энурез — 10,4%;
- ♦ неорганический энкопрез — 2,0%.

Суммарный коэффициент частоты встречаемости эмоционально-поведенческих проявлений превышает 100%, поскольку у одного и того же ребенка нередко встречалось сочетание нескольких видов данных нарушений. Сравнительный анализ частоты встречаемости эмоционально-поведенческих нарушений в разных группах представлен на диаграмме 1.

Наличие многочисленных и разнообразных эмоциональных факторов, влияющих на процессы развития ребенка, убедительно подтверждает необходимость их купирования и устранения.

Диаграмма 1. Эмоционально-поведенческие нарушения в разных группах, $p<0,01$



В связи с этим была разработана коррекционная программа купирования эмоционально-поведенческих расстройств у детей с нарушением развития речи и других ВПФ, которая осуществлялась по следующим **направлениям**:

♦ собственно коррекция эмоционально-поведенческих расстройств;

- ♦ развитие интеллектуальных способностей;
- ♦ укрепление адаптационных механизмов;
- ♦ формирование социальных представлений.

Содержание коррекционной программы:

♦ согласованное взаимодействие специалистов разного профиля;

♦ углубленный анализ речевого и социального поведения детей;

♦ изучение условий развития ребенка, языковой среды, воспитания, микросоциального окружения;

♦ изучение эмоциональной сферы личности ребенка и эмоциональной стороны речи;

♦ психологические занятия по преодолению эмоционально-поведенческих нарушений;

- ♦ развитие коммуникативной сферы;

♦ формирование продуктивной деятельности, особенно игровой, бытовых навыков;

- ♦ логопедические занятия, учитывающие особенности восприятия информации;
- ♦ фармакотерапия, направленная на купирование психопатологических и эмоциональных проявлений, неврологических нарушений и стимулированию когнитивных функций [5] — КПМТ (курсовая патогенетическая медикаментозная терапия);
- ♦ соблюдение принципов психотерапевтической поддержки родителей и детей по системе «Особые дети — особое общение» [6], см. приложение 1;
- ♦ коррекция детско-родительских отношений, включение родителей в коррекционно-развивающий процесс.

Программа также включала: моделирование адекватного ролевого, языкового и социального поведения как взрослого, так и ребенка; обучение новому модусу интрапсихических, межличностных и коммуникативных взаимоотношений. Для коррекции эмоциональных нарушений использовались разные формы работы: индивидуальная, групповая, наглядная агитация, мастер-классы для родителей. Проводилась реализация взаимодействия всех специалистов и родителей по направлениям: согласованность действий специалистов, использование при составлении программы рекомендаций психиатра, логопеда, дефектолога, психолога (в том случае, если организовать параллельные занятия с данными специалистами синхронно невозможно), взаимоотношения специалист — родители, рекомендации специалиста по общению родителей с ребенком. Психотерапевтическая поддержка, включающая все виды когнитивно-ориентированной психотерапии, проводилась по системе «Особые дети — особое общение» [6, 8, 11, 12, 14]. Она осуществлялась в процессе: обследования; в процессе динамического наблюдения; непосредственного комплексного коррекционного и опосредованного воздействия.

Результаты. Результаты динамики эмоциональных нарушений в обеих группах представлены на диаграммах 2 и 3.

Как показал сравнительный анализ приведенных данных, использование в комплексных психолого-медицинско-педагогических реабилитационных мероприятиях специфических расстройствах развития речи направлений коррекционной программы эмоционально-поведенческих нарушений, способствует их значительному снижению, $p < 0,001$. Из диаграммы 2 видно, что при дисфазии развития

Диаграмма 2. Динамика эмоционально-поведенческих нарушений при дисфазии развития, $p<0,001$



Диаграмма 3. Динамика эмоционально-поведенческих нарушений при афазии развития, $p<0,01$



частота расстройств поведения, ограничивающихся условиями семьи, депрессивное расстройство поведения и гиперкинетические расстройства поведения после коррекции уменьшилась, соответственно, в 19,7 — 14–12 раз. А социальное и фобическое расстройства стали отмечаться, соответственно, в 7,2 и 5,5 разе после коррекции. Тикозные расстройства и неорганический энурез после коррекционных мероприятий прошли у всех детей, которые имели данные нарушения.

На диаграмме 3 наглядно видно, что у детей с афазией развития депрессивное расстройство поведения, неорганический энурез и расстройства поведения, ограничивающиеся условиями семьи, после коррекции стали проявляться, соответственно, в 11,7–6,7 раза реже. А социальное тревожное расстройство и гиперкинетические расстройства поведения — реже в 5,0 и 3,4 раза. Аутистическогоподобные проявления, которые были только у детей с сенсомоторной алалией, тикозные расстройства и неорганический энкопрез окончательно прекратились.

Необходимо отметить, что выраженность эмоциональных нарушений, которые остались у детей как с дисфазией, так и с афазией развития, после проведения комплексных коррекционных мероприятий существенно уменьшилась и стала менее актуальной.

У детей обеих групп при устраниении имевшихся эмоционально-поведенческих нарушений отмечалось значительное повышение эффективности проводимого комплексного психолого-медицинско-педагогического коррекционного воздействия. Дети становились более восприимчивыми ко всем видам коррекционной работы, у них быстрее и осознаннее формировался интерес к занятиям, окружающему миру, увеличивалась мотивация к познавательной и интеллектуальной деятельности, повышалась самооценка, улучшалось состояние когнитивных функций и формирование речи и других ВПФ.

Приведенные данные исследования достоверно показали статистически обоснованную аргументацию в пользу проведения предложенной программы коррекции эмоционально-поведенческих расстройств с использованием комплексного системного воздействия у детей с нарушенным развитием.

Вопросы и задания

1. Раскройте содержание понятия «факторы риска».
 2. Проанализируйте утверждение Л.И. Божович о том, что биологические факторы развития задают нижнюю и верхнюю планку развития. Если с этим согласиться, то какую роль можно отвести социальным факторам развития?
 3. Как соотносятся семейные и социальные факторы развития?
 4. Как соотносятся эмоциональные и психологические факторы развития? Подготовьте аргументы для дискуссии на эту тему.
 5. В чем заключаются основные принципы системы общения с детьми «Особые дети — особое общение»?
 6. Определите, в чем проявляется влияние факторов развития на организацию следующих ситуаций педагогического взаимодействия с детьми.
-

Ситуация 1.

В вестибюле детского сада компенсирующего вида, в вольере, жили два попугая. Все дети имели возможность их покормить печеньем, хорошо рассмотреть, однако никто особенного интереса к ним не проявлял, кроме тех случаев, когда птицы начинали кричать. Тогда воспитанники соседней, старшей группы, по очереди выбегали к ним, грозили пальцем: «Кеша — хороший, а Маша — плохая! Она кричит все время!» Однако когда на занятиях по развитию речи в той же группе зашла речь о попугаях, дети не смогли рассказать о птицах: какие у них перья, клюв и т.д.

Ситуация 2.

На логопедическом занятии в старшей группе педагог дал детям образец того, как можно описать предмет так, чтобы получилась загадка: «Это — предмет посуды. У него есть ручки, стенки, донышко и крышка. Он металлический. В нем можно варить суп».

Дети быстро отгадали загадку и начали придумывать свои. Загадку Никиты они долго не могли отгадать: «Это — флукт. У него есть хвостик. Вкусный. Висит глуша, нельзя скушать».

Придумать ответ не смогла даже логопед. Потом оказалось, что ответ — груша, но «челвивая, поэтому ее кушать нельзя». Дети радостно засмеялись, услышав отгадку, а ло-

гопед сделал Никите замечание: «Ты неправильно загадывал, поэтому я не смогла отгадать».

Мальчик, до этого воодушевленный вниманием сверстников, расстроился и убежал в раздевалку. «Нет, правильно! Правильно!» — закричал он уже издалека, размазывая по лицу слезы.

Ситуация 3.

Часто родители задают воспитателю специализированной группы вопрос: «Как определить, готов ли ребенок к школе?»

«Мой Димка — очень активный. Пора бы отдать его в школу, но сын не изъявляет большого желания учиться. Ему бы побегать, поиграть, а вот лишний раз почитать книжку или решить задачку в “Тетради будущего первоклассника” — не хочет!», — жалуется одна мама. — «Зато в спортивной секции его хвалят! Вот, хочу посоветоваться с его тренером: как соединить его активность и желание достигать успеха, но в другой области, с учебой».

«А у моей Нasti, наоборот, замедленная реакция на все. Мне кажется, что она “спит на ходу”. Но начинает капризничать, когда заставляю ее заниматься, закрывает лицо руками и убегает. Говорит, что голова болит или что буквы перед глазами разбегаются. Лишь бы ничего не делать. Как она будет учиться в школе?» — делится своими тревогами другая.

Глава 2

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ НА СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ В ПРОЦЕССЕ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ

2.1. Факторы развития и состояние адаптационных механизмов у детей

Адаптационные механизмы личности относятся к защитным механизмам, без которых невозможно психическое развитие и социальная адаптация ребенка. Они позволяют ребенку адекватно, без эмоционально-поведенческих нарушений пережить проблемные ситуации, приспособиться к новым изменяющимся условиям. Но так же, как и другие психические, психологические и нейропсихологические функции, они у детей не сформированы. Их формирование происходит в определенные возрастные периоды. Нормальное состояние адаптационных возможностей является одним из главных моментов соответствия поведения ребенка социальным требованиям среды.

Состояние адаптационных механизмов ребенка является одним из важных моментов, определяющих его нормальное нервно-психическое развитие.

Вредности раннего периода онтогенеза, нарушения и отклонения развития и врожденные заболевания, выраженные эмоционально-поведенческие расстройства, наличие парциального недоразвития ряда психических функций, неадекватная оценка состояния ребенка некоторыми специалистами и родителями у большинства детей приводят к снижению адаптационных возможностей, что в дальнейшем приводит к социальной и медико-психологической дезадаптации.

Фоновая резидуальная церебрально-органическая дефицитарность значительно влияет на выраженность адаптивных расстройств [40]. Полученные исследователем результаты свидетельствуют, что резидуально-органический фон утяжеляет как клинические, так и динамические проявления адаптивных расстройств у детей с акцентуацией диссоциального поведения.

На состояние адаптационных механизмов ребенка влияют все факторы риска, которые рассмотрены выше:

- ♦ биологические;
- ♦ семейные;
- ♦ психологические;
- ♦ социальные;
- ♦ эмоциональные.

Таким образом, чтобы развитие ребенка не шло по отклоняющему или искаженному варианту, необходимо учитывать состояние его адаптационных механизмов, создавать условия для их укрепления и правильного формирования.

Например, следует учитывать корреляцию эмоциональных, с одной стороны, и семейных и социальных факторов — с другой. Легкость или сложность адаптации детей в младенчестве зависит не только от того, насколько сами дети являются «трудными» или «легкими» в плане развития, но и насколько «любящими» или «нелюбящими» проявляют себя их матерей:

- ♦ сочетание «легких» детей и «любящих» матерей обеспечивает гармоничную адаптацию детей в дальнейшем;
- ♦ сочетание «трудных» детей и «любящих» матерей приводит к некоторым отклонениям в активности, которые влияют на проблемы воспитания детей, но в целом они не отражаются неблагоприятно на нарушениях социально-психологической адаптированности;
- ♦ «легкие» дети при «нелюбящих» матерях имеет худший прогноз социально-психологической адаптированности из-за того, что их жизненный опыт больше негативный, чем позитивный; при этом, формируется устойчивый патологический стереотип, противодействующий эмоциональной «разбалансировке» мозга;
- ♦ сочетание «трудных» детей и «нелюбящих» матерей — самое тяжелое для формирования адаптационных механизмов.

Необходимо отметить, что для детей последней группы повседневные мелочи жизни, случайные ситуации и факторы становятся важной «атакующей силой», которая влияет на состояние психики. Мозг либо «эмоционализируется» и дает избыточные реакции на даже слабые эмоциональные раздражители, вызывая подавление всех сложных процессов, связанных с мышлением, либо дает патологическую реакцию на эмоциональный стресс — эмоциональную тупость. Такой ребенок впоследствии становится «глухим» как к соб-

ственным, так и к чужим проблемам. Такие дети имеют повышенный риск формирования нарушений в поведении и в формировании аномалии личности.

Своеобразно сочетание эмоциональных и психологических, с одной стороны, и семейных, социальных факторов — с другой, проявляется и на следующем этапе адаптации — при переходе детей из условий семейного воспитания и обучения в условия общественного воспитания — при поступлении в ясли, детский сад, школу.

Необходимо отметить следующее:

- ♦ родители с низким уровнем внимания к процессу адаптации детей, в основном, имеют детей с недостаточной адаптированностью;
- ♦ родители с высоким уровнем внимания к процессу адаптации детей имеют детей с достаточно высоким уровнем адаптированности (особенно, по параметру «инициативность во взаимоотношениях»).

В остальных случаях, касающихся физиологической адаптации и нарушений поведения у детей, такой корреляции не наблюдалось. Динамические наблюдения психоэмоционального состояния детей с недостаточным уровнем адаптированности показали следующее (табл. 11).

Таблица 11. Результаты диагностики психоэмоционального состояния детей с недостаточным уровнем адаптации к дошкольному образовательному учреждению

№ п/п	Параметры	Время наступления адаптационных изменений (в месяцах)
1	Настроение	2,3
2	Длительность и характер засыпания	2
3	Длительность и характер сна	2,3
4	Аппетит	2
5	Навыки самообслуживания	2,9
6	Инициативность в игре	2
7	Инициативность во взаимоотношениях со взрослыми	2

№ п/п	Параметры	Время наступления адаптационных изменений (в месяцах)
8	Результативность действий	1,6
9	Самостоятельность в игре	1,6
10	Идет на контакт со взрослыми	2,3
11	Идет на контакт с детьми	1,6
12	Реакция на отрыв от матери	2

Из табл. 11 можно сделать вывод о том, что наибольшие изменения психоэмоционального состояния детей данной дифференцированной группы в период адаптации касаются:

- п. 8 — результативность предметных и продуктивных действий сначала была низкой, а затем возросла;
- п. 9 — в начале наблюдений дети не умели, не могли играть самостоятельно, а в конце — освоили навык самостоятельной игры;
- п. 11 — на начало наблюдений дети с трудом шли на контакт с другими детьми, а на конец наблюдений более активно стали контактировать с другими детьми.

Характеристика психоэмоционального состояния детей со средним уровнем адаптации представлена в табл. 12.

**Таблица 12. Результаты диагностики
психоэмоционального состояния детей
со средним уровнем адаптации**

№ п/п	Параметры	Время наступления адаптационных изменений (в месяцах)
1	Настроение	2,2
2	Длительность и характер засыпания	2,2
3	Длительность и характер сна	3
4	Аппетит	2
5	Навыки самообслуживания	3

№ п/п	Параметры	Время наступления адаптационных изменений (в месяцах)
6	Инициативность в игре	2
7	Инициативность во взаимоотношениях со взрослыми	1,6
8	Результативность действий	1,6
9	Самостоятельность в игре	2
10	Идет на контакт со взрослыми	2,6
11	Идет на контакт с детьми	2
12	Реакция на отрыв от матери	2,6

Из табл. 12 видно, что, как и в предыдущей дифференцированной группе, наибольшие изменения психоэмоционального состояния в период адаптации касаются:

- п. 7 — дети сами не вступали в контакт со взрослыми, но постепенно стали сами вступать в контакт. Видимо, это связано с тем, что дети до поступления в детское учреждение почти не общались с другими взрослыми, кроме родителей;

- п. 8 — в начале наблюдений дети не доводили начатое дело до конца, а в конце наблюдений дети стали доводить начатое дело до конца (но не всегда).

Это означает, что на формирование адаптационных механизмов у детей с низким и средним уровнем адаптации, в первую очередь, положительно влияют такие факторы, как семейные, социальные и психологические. Особенно сильным воздействием обладает эмоциональный фактор. Поэтому в вышеописанных случаях речь идет о психоэмоциональном состоянии ребенка в процессе адаптации, которое характеризует уровень его социально-психологической адаптированности.

То есть можно говорить о том, что эмоционально несбалансированный мозг способствует развитию нарушения большинства видов его деятельности, а в дальнейшем и на состояние адаптации детей в микро- и макросоциуме.

2.2. Влияние двигательной активности на состояние адаптационных механизмов

Необходимо учитывать механизм межсистемного взаимодействия эмоциональной и двигательной деятельности в процессе профилактики нарушений адаптации у детей.

Наблюдения показывают, что во время адаптационного процесса особенности двигательной активности у детей сочетаются с определенным состоянием эмоционально поведенческих проявлений и высших психических функций:

- ♦ малоподвижный, двигательно заторможенный ребенок может быть подавленным, вялым, со сниженным фоном настроения, малоинициативным, утомляемым, периодически проявлять негативное отношение к общению, такой ребенок нередко демонстрирует поведенческий негативизм, у него имеются сниженный аппетит, отмечаются нарушения сна;
- ♦ у детей с гиперактивным расторможенным поведением грубо нарушен ритм сна или его характер (беспокойный, прерывистый, со страшными сновидениями и пр.), выражена эмоциональная неустойчивость, отмечается нередко конфликтность со взрослыми и сверстниками, нарушено дифференцированное внимание, наблюдается склонность к протестным реакциям и кратковременному аффекту, отмечаются повышенная утомляемость в познавательной деятельности и сниженная мотивация интеллектуальных занятий;
- ♦ дети с выраженным хаотичным поведением в сочетании с манежно-полевыми элементами, стереотипными тенденциями в двигательной сфере и различных видах деятельности отличаются от сверстников формальными формами общения, сниженной потребностью в общении, уплощенностью эмоциональных реакций;
- ♦ состояние двигательной сферы детей опосредованно влияет на развитие восприятия, мышления, воображения, на расширение их познавательных возможностей, развития интеллектуальных способностей и высших психических функций.

Организация двигательной активности и поведения ребенка несомненно способствует тому, что его эмоциональное поведение стабилизируется. В результате формирование адаптационных механизмов протекает успешнее, и этот процесс происходит непрерывно. В процессе освоения основных движений у ребенка можно развивать различные виды па-

мяти: эмоциональную, образную, словесную и др. Это увеличивает адаптационные возможности ребенка в новой среде.

Итак, в процессе формирования и укрепления адаптационных механизмов необходимо уделять внимание не только формированию гармоничного развития личности и психики ребенка, его эмоционально-поведенческой сферы, но и организации произвольной двигательной деятельности.

2.3. Влияние развития речи на формирование адаптационных механизмов

Состояние развития речи является одним из главных факторов, влияющих на адаптационные механизмы у детей, особенно при поступлении в ДОУ, школу, различные кружки по интересам, спортивные секции и пр.

Главная трудность у детей связана не только с процессом их биологической адаптации к новому режиму дня, типу питания и т.д., а с обязательным включением их в группу неизвестных им сверстников и новых взрослых людей, каждый из которых наделен своими индивидуальными чертами, а все вместе они образуют новую социальную общность, в которой им предстоит наладить взаимоотношения. Важную роль в этом играет уровень развития речи детей.

Доказано, что в первую неделю посещения как ясельной, так и младшей группы детского сада проявление речевой и игровой активности у детей резко снижается (в среднем, на 73%). Даже при условии перехода детей во вторую младшую группу, через месяц после их перехода, все данные являются более низкими по сравнению с данными, полученными ранее у этих же детей в том же учреждении.

Анализ изменения речевой активности в трех группах детского сада (*первая группа* — ясельная, *вторая группа* — младшая, *третья группа* — средняя) в адаптационный период продемонстрировал, что на этом этапе происходит изменение содержания потребности в общении, которое может быть проходить в 3 этапа:

- потребность в общении с близкими взрослыми как потребность в получении от них ласки, внимания и сведений об окружающем;

- потребность в общении со взрослыми как потребность в сотрудничестве и получении новых сведений об окружающем;

- ♦ потребность в общении со взрослым на познавательные темы и в активных познавательных действиях.

Дети *первой группы* должны пройти все три этапа на практике. Их потребность на первом этапе привыкания в ласке, внимании, просьбу взять на руки и пр. трудно удовлетворить в условиях группы. Поэтому адаптация таких детей происходит длительно, с осложнениями (от 20 дней до 2–3-х месяцев). С переходом на второй этап для ребенка более характерной станет потребность в сотрудничестве со взрослым и получении от него сведений об окружающем. Длительность протекания этого этапа также зависит от того, насколько полно и своевременно будет удовлетворена эта потребность. Третий этап привыкания для детей характеризуется тем, что общение принимает инициативный характер. Ребенок постоянно обращается к взрослому, самостоятельно выбирает игрушки и играет с ними. На этом период адаптации ребенка к условиям общественного воспитания заканчивается.

Такая «растянутая» динамика укрепления адаптационных механизмов свидетельствует о том, что на них действует целый комплекс факторов развития, а не один, и что между ними существует сложная иерархия. Данный прогноз характерен для детей с недостаточным опытом социально-психологической адаптации и свойственен дошкольникам с нарушениями в развитии.

Дети *второй группы*, соответственно, проходят два этапа в процессе привыкания к условиям дошкольного учреждения (от 7-ми до 20-ти дней). Такой прогноз характерен для детей с нормальным развитием и недостаточным опытом положительной адаптации, а также для дошкольников с функциональными отклонениями в развитии, но с положительным опытом социально-психологической адаптации, т. е. когда среди факторов развития преобладают не негативные, а позитивные факторы.

Для детей *третьей группы*, с первых дней испытывающих потребность в активных самостоятельных действиях и общении со взрослым на познавательные темы, третий этап является первым, и поэтому эти дети привыкают к условиям дошкольного учреждения быстрее других детей (от 2–3-х до 7–10-ти дней). Такой прогноз характерен для нормально развивающихся детей с уже сформированным опытом социально-психологической адаптации.

Таким образом, опыт общения ребенка с окружающими, полученный им до прихода в детский сад, определяет харак-

тер его адаптации к условиям дошкольного учреждения. Поэтому именно знание содержания потребностей ребенка в общении является ключом, с помощью которого можно определить характер педагогических воздействий на него в адаптационный период.

Основные представления о формировании речевых и коммуникативных проявлений и изменений речевой активности детей дошкольного и младшего школьного возраста в адаптационный период:

1. Формирование речи в раннем детстве определяется развитием новых видов деятельности и новых форм общения со взрослыми в связи с этим. Возникновение новых видов деятельности ребенка и его новых отношений со сверстниками и взрослыми приводит к дальнейшей дифференциации функций и форм его речи. Ведущей в этот период является предметно-орудийная деятельность, поэтому маркером изменений речевой активности детей в период адаптации к ДОУ выступает соотношение единиц в паре «глаголы—существительные». Новые потребности деятельности и общения ведут к дальнейшему интенсивному овладению языком, его словарным составом и грамматическим строем. В результате этого речь ребенка формируется в рамках возрастной вариативности, превращается в важнейшее средство передачи ребенку общественного опыта, управления его деятельностью со стороны взрослых. Взрослый (воспитатель или родитель) задает систему расчленения действительности, которая необходима для формирования понятия, когда показывает и называет признаки предметов ребенку в процессе совместной предметной или предметно-игровой деятельности с ним; систему обобщения, помогает накопить опыт обозначения каких-либо предметов их изображениями, символами или предметами-заместителями.

2. Высшие психические функции внутренне связаны с развитием речевой активности и языковой способности. Это объясняет факт понижения общей психической и речевой активности детей в период адаптации к новой среде. В период адаптации задерживается пополнение активного словаря детей новыми словами: в ясельной группе словарь детей ежемесячно пополняется 20–23 словами; в группе детского сада новые слова в словаре детей встречаются в отдельных случаях. Лишь к концу первого месяца адаптации дети начинают использовать, в среднем, 10–15 новых слов. С повышением речевой активности детей возрастает и их психическая ак-

тивность. Условием развития познавательной активности в данный период выступает общение ребенка с взрослым партнером, в процессе которого ребенок усваивает заинтересованное отношение к предметам и явлениям, способы исследовательских действий и управления своим поведением. Структурирование образа мира и образа себя, представлений о своих умениях и возможностях происходит благодаря слову.

3. Социальная среда и роль взрослого в развитии речевой активности ребенка — важные факторы социального и общего развития ребенка. В период адаптации детей к новому ОУ особенные требования предъявляются к речи воспитателя и педагога, его умению моделировать педагогические ситуации, позволяющие решать задачи стимуляции речевой активности, формирования речевых умений и навыков детей.

Вопрос об устойчивой адаптации детей при переходе из одной среды в другую, вопрос о преемственности в обучении родному языку между яслими, младшей, средней, старшей и подготовительной групп детского сада, а далее в школе подтверждает необходимость обеспечения ранней профилактики нарушений социального развития детей и высокоеэффективного процесса развития, воспитания и успешного обучения.

2.4. Факторный подход как основа сопровождения социализации ребенка в процессе его воспитания и обучения

Для определения значения разных факторов и их сочетания в процессе выстраивания адаптации и социализации ребенка, необходимо иметь базис для сравнения всех причин, которые вызывают ответные реакции ребенка на педагогическое воздействие со стороны других людей и общества. Таким базисом является изменение обучаемости и воспитания детей.

Единичные факторы объединяются и образуют общие, которые комплексно влияют на эффективность развития, обучения и воспитания. Их можно разделить на факторы эффективности обучения и воспитания:

- ♦ **факторы эффективности обучения:**

- **фактор изучаемого материала (25%)** охватывает все направления развития детей, задается комплексной обра-

зовательной программой или затрагивает только 1–2 направления развития ребенка и определяется парциальной программой, предполагает организацию соответствующей предметно-развивающей среды в образовательном учреждении;

▪ *фактор организационно-педагогического влияния* (32%) предполагает использование организованных форм обучения, нерегламентированных видов детской деятельности и свободного времени, предусматриваемого для ребенка в течение дня, в целях обучения;

▪ *фактор обучаемости ребенка* (28%) — это индивидуальные показатели скорости и качества усвоения человеком знаний, умений и навыков в процессе обучения, восприимчивость и способность к усвоению знаний; признаками обучаемости являются критерии оценки способности детей к обучению, которые включают активность ориентировки в новых условиях, перенос ориентировки в новые условия, быстроту образования новых понятий и способов деятельности, темп деятельности, работоспособность, выносливость, экономичность деятельности, восприимчивость к помощи;

▪ *фактор времени* — время, затраченное на подготовку и достижение эффективных результатов обучающего процесса (16%);

♦ *факторы эффективности воспитания:*

▪ *управление качеством образовательного процесса в образовательных учреждениях;*

▪ *состояние детско-родительских и детско-педагогических отношений;*

▪ *соответствие организации действий намеченной цели;*

▪ *соответствие практического опыта детей приобретенным знаниям;*

▪ *фактор воспитания* [40] и *самовоспитания*.

Благодаря изучению соотношения факторов воспитания и обучения на практике становится возможным эффективное разрешение многих проблем воспитательно-образовательного процесса, связанных с профилактикой нарушений развития у детей.

Вопросы и задания

1. Как влияют факторы развития на формирование адаптационных механизмов ребенка?

2. Какие факторы имеют приоритетное значение в антенатальный, неонатальный, интранатальный периодах, в младенческом, раннем дошкольном, дошкольном и младшем школьном возрасте? Ранжируйте их.
 3. Какие факторы могут влиять на состояние адаптационных механизмов в младшем школьном возрасте и подростковом периоде?
 4. Как взаимодействуют факторы эффективности обучения и воспитания?
 5. Подберите методики диагностики социально-психологической адаптированности детей:
раннего возраста — при поступлении в дошкольное образовательное учреждение;
дошкольного возраста — при переходе в школу.
-

Раздел III

ПРОГРАММА РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ

ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ

РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Глава 1

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРОГРАММЫ

В настоящее время специалистами и исследователями в области нарушений психического и психологического развития детей особое внимание уделяется вопросам комплексной охраны здоровья детского населения с приоритетом профилактических мероприятий; развитию мультидисциплинарного и межотраслевого сотрудничества, а также охране здоровья детей и молодежи в соответствии с их возрастом и местом пребывания (семья, дошкольное образовательное учреждение, школа и пр.). Это нашло отражение в материалах XV конгресса EUSUHM (Европейское общество школьной и университетской медицины и здоровья), проходившего 23–25 сентября 2009 в г. Лейдене (Нидерланды). Главная тема Конгресса — охрана здоровья молодежи в Европе и гарантия доступности мероприятий по его обеспечению. Было отмечено, что для реализации профилактики нарушений развития у детей необходимы медицинское оборудование и инструментарий, укомплектованность учреждений медицинскими работниками, а также соответствующая подготовка по вопросам профилактики, оздоровления и соблюдения физиолого-гигиенических и психологических регламентов к условиям развития и обучения дефектологов, медицинских работников, психологов, педагогов и специалистов смежных отраслей.

1.1. Актуальность организации ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей

Рост и развитие ребенка отражают совокупность динамики морфофизиологических особенностей растущего организ-

ма. Эти особенности связаны как с собственными внутренними свойствами тканей, органов и систем организма ребенка, так и с воздействием факторов внешней среды. Закономерности развития детей отчетливо выявляют целостность организма и единство его с окружающей средой. Нормальное психическое и интеллектуальное развитие ребенка представляет собой сложный процесс, в основе которого лежит видовая и генетическая программа, реализующаяся в условиях постоянной смены средовых факторов. Психическое развитие тесно связано с биологическими свойствами организма, его наследственными и конституциональными особенностями, врожденными и приобретенными качествами, опосредованными постепенным формированием структуры и функции различных отделов центральной нервной системы. Морфологические и физиологические характеристики ребенка динамично изменяются на протяжении всего периода детского и подросткового возраста.

Темпы формирования отдельных систем головного мозга различны и это определяет физиологическую гетерохронию его роста и развития, отражающуюся в различной скорости созревания отдельных психофизиологических функций. В число этих различий входят и индивидуальные колебания. Нарушения в одном или нескольких звеньев нервной системы, возникшие на том или ином этапе ее формирования, приводят к различным расстройствам развития ребенка, к стойкому образованию патологии развития, особенно нервной системы, высших психических функций и интеллектуального развития.

Поэтому подробное изучение и знание развития мозговых структур, а также особенностей ранних функциональных вариативных проявлений центральной нервной системы, позволяет своевременно выявить начальные признаки нарушенного созревания и выделить группу риска детей с угрозой формирования отклонений в развитии. При недостаточном понимании особенностей созревания и формирования детского организма в целом и отдельных его органов и систем мы нередко наблюдаем, что пропускается период ранних проявлений нарушенного развития, когда можно его предотвратить или значительно уменьшить последствия воздействия неблагоприятных факторов. Клиническим проявлениям нарушенного психического и речевого развития у детей предшествует латентная фаза. Ее существование значительно повышает риск фор-

мирования расстройств развития нервно-психической сферы.

Таким образом, необходимость проведения безотлагательных мер по организации ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей вполне очевидна.

Влияние нарушений развития у детей на уровень дезадаптации и социально-психического функционирования находит все большее подтверждение и вызывает необходимость все более дифференцированного изучения представителями разных областей науки. Неслучайно различным аспектам этих проблем посвящены многочисленные исследования разных специалистов — психологов, педагогов, коррекционных педагогов, психиатров, неврологов. Изыскания носят психолого-педагогическую или клинико-психологическую ориентацию. Есть и междисциплинарные подходы. Одним из направлений этих подходов является взаимодействие учреждений здравоохранения с органами образования и социальной защиты по различным медико-психолого-социальным вопросам состояния здоровья и развития детей и подростков, в том числе, проблемам профилактики.

Эффективность профилактических мероприятий повышается при своевременном их проведении, поэтому в психологии, педагогике, коррекционной педагогике, логопедии, педиатрии, неврологии и детской психиатрии основные предупредительные первичные профилактические мероприятия по охране здоровья начинать лучше как можно раньше. Одной из форм взаимодействия является интеграция детской специализированной помощи в учреждения системы образования и социальной защиты [65].

Опыт диагностической и лечебно-педагогической помощи детям раннего возраста с проявлениями нарушенного развития позволил сформулировать концепцию ранней профилактики этих расстройств. Она должна опираться на законы психического развития в раннем онтогенезе, которые проявляются через ряд психосоциобиологических феноменов в психической деятельности ребенка — психическую активность, компетенцию и привязанность [66].

Ведущие задачи такой профилактики — диагностика и коррекция аномалий развития психических функций ребенка, выявление, диагностика и коррекция отклонений внутрисемейных отношений между родителями и детьми, пси-

хологическая подготовка матери к материнству, а отца к отцовству, стимуляция их родительских чувств, повышение их компетентности в общении и понимании своего ребенка. Составной частью данной профилактической работы должно быть активное стимулирование психического здоровья самого ребенка через стимуляцию развития его основных психических функций: речи, эмоционально-волевых реакций, внимания, познавательных интересов, социального поведения, а также управление формированием основных интра-психических систем ребенка [68].

В реализации изложенных задач большое значение может иметь развитие в области детской психиатрии нового раздела — психиатрии младенчества, или микропсихиатрии [37], которая базируется на комплексном биолого-социально-психологическом подходе к ребенку, начиная с периода его внутриутробного развития, а дальше — новорожденности, раннего возраста, дошкольного и младшего школьного. Этот процесс отражает профилактическую направленность современной медицины, а так же логопедии, коррекционной педагогики и психологии с особым вниманием к выявлению факторов риска и начальных (с первых дней жизни) признаков патологии. Вовремя принятые необходимые меры могут вернуть ребенку полноценное развитие и, наоборот, несвоевременность оказания специализированной комплексной помощи может стать роковой. Кроме того, специальное внимание сегодня уделяется непрерывности и этапности социотерапевтических воздействий на всем протяжении ведения ребенка. В этой связи преемственные психосоциальные и педагогические мероприятия должны применяться, начиная с возможно более ранних этапов наблюдения детей и продолжаться до достижения наиболее полного становления социальной автономии. Важным в плане профилактики является взаимодействие с будущими родителями в плане формирования положительных, современных компетенций о развитии ребенка и факторах, нарушающих эту динамику.

В связи с этим встает вопрос о формировании системы ранней комплексной профилактики нарушений развития детей, основанной на единстве и динамическом взаимодействии специалистов разного профиля, работающих с детьми [11, 13]. Однако единой государственной системы оказания профилактической помощи детям с проблемами в развитии не существует. В настоящее время создана разветвленная

сеть, оказывающая многофакторную помощь детям с выявленными отклонениями и нарушениями развития, начиная с младенческого возраста.

Служба ранней помощи охватывает детей от 2-х месяцев до 4-х лет. В ее основе лежит межведомственный подход, включающий методы и технологии медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям и их семьям, находящимся в кризисных ситуациях. Наряду с непосредственной помощью ребенку уделяется внимание педагогическому и правовому просвещению родителей, выпускается информация для родителей и членов семьи.

Центры игровой поддержки направлены на абилитацию детей от 6-ти месяцев до 3-х лет, содействуют подготовке детей к поступлению в ДОУ. В данных центрах проводятся консультации родителей (законных представителей) по созданию развивающей среды в условиях семейного воспитания, социализации детей на основе игровой деятельности, современным видам игровых средств и игрового оборудования и т.д.

Лекотеки обеспечивают психолого-педагогическое сопровождение детей от 2-х месяцев до 7-ми лет с целью социализации, поддержки развития личности детей, оказания психолого-педагогической помощи родителям (законным представителям), формированию предпосылок учебной деятельности и т.д.

Консультационные пункты созданы с целью оказания помощи родителям (законным представителям) и детям в возрасте от 1 года до 7-ми лет, воспитывающимся в домашних условиях. Работающие специалисты обеспечивают единство и преемственность семейного и общественного воспитания, разъясняют родителям особенности воспитания, развития и обучения детей, проводят комплексные профилактические мероприятия, предупреждающие усугубление нарушений развития.

Существуют и другие варианты оказания разнообразной развивающей, коррекционной, профилактической помощи детям. Однако система комплексной медицинской, коррекционно-педагогической, развивающей профилактики отклонений развития в организационном и содержательном аспекте, охватывающем непосредственное — дети и опосредованное — семья (законные представители), воздействие, до сих пор не создана.

1.2. Принципы, цели, задачи, направления программы ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей

Профилактическая работа имеет универсальные принципы и особенности в разных странах мира. Отечественные и зарубежные ученые отмечают, что людям больше нравятся профилактические программы «моментального действия»: сделай это — и проблема решена. Но подобные программы не оказываются эффективными на деле. Несомненно, что необходимо проводить поэтапные меры. Особенно это касается организации профилактики нарушений у детей. При этом следует учитывать, что профилактика нарушений развития должна быть медико-психологического, основанной на единстве и динамическом взаимодействии специалистов разного профиля с учетом сложного комбинированного влияния факторов биологического, эмоционального, психологического, семейного и социального ряда, а также адаптационных механизмов организма, на этапах онтогенетического развития ребенка, начиная с внутриутробного периода развития. Это составляет замысел программы комплексной профилактики, описанной ниже. При этом основная идея программы заключается в обосновании безотлагательных мер по организации ранней медико-психологического комплексной профилактики нарушений психического развития детей, основанной на сложном динамическом взаимодействии факторов органического, эмоционального, психологического и социального ряда в онтогенетическом развитии ребенка, начиная с периода внутриутробного развития.

Цель программы: предотвратить на ранних этапах развития ребенка нарушения формирования психоречевого развития, познавательной и интеллектуальной деятельности, трудностей обучения с дальнейшей интеграцией его в микроД и макросоциум.

Задачи программы профилактики [11, 13, 77]:

- ♦ создание концепции профилактики нарушений развития у детей;
- ♦ создание безотлагательных мер по организации ранней психолого-медицинско-педагогической комплексной профилактики нарушений развития детей;
- ♦ выявление предикторов нарушенного развития — биологических, семейных, психологических, социальных, состояния адаптационных механизмов;

- ♦ выявление группы риска детей с угрозой формирования отклонений в развитии;
- ♦ выявление начальных и латентных проявлений нарушения развития:
 - разработки и совершенствования методов диагностики нарушений и пороков развития,
 - специфических расстройств развития речи,
 - задержки психического развития,
 - гиперкинетического нарушения активности внимания и поведения (синдрома дефицита внимания с гиперактивностью или гипоактивностью),
 - трудностей обучения,
 - эмоционально-поведенческих расстройств — характерных для детского возраста, обусловленных ситуацией в семье или детском учреждении и пр.;
- ♦ предупредить переход латентной фазы нарушенного развития в хроническую форму;
- ♦ предупредить возможную социально-трудовую дезадаптацию детей в будущем;
- ♦ овладение технологиями комплексной ранней медико-психолого-педагогической профилактики нарушений развития, начиная с внутриутробного развития ребенка;
- ♦ создание общего коррекционно-развивающего пространства для ребенка на каждом этапе его развития;
- ♦ обучение специалистов, работающих с детьми, методам коррекционно-развивающей работы с учетом возраста, наличия воздействия неблагоприятных факторов, структуры отклонений в развитии и педагогических условий воспитания ребенка;
- ♦ привлечение родителей как равноправных партнеров в коррекционно-развивающую работу с детьми;
- ♦ реализации права ребенка родиться здоровым и быть здоровым.

При реализации данных задач на практике необходимо опираться на следующие **принципы** [11, 13, 77]:

- ♦ принцип единства социально-психологического-биологических предикторов развития;
- ♦ принципы фило- и онтогенеза;
- ♦ создание условий для правильного формирования адаптационных механизмов личности в микро- и макросоциуме;
- ♦ принцип дифференцированного подхода с ориентацией на общие закономерности развития и с учетом индивидуально-личностных особенностей;

- ♦ принцип междисциплинарного подхода и взаимодополняемой деятельности специалистов различных профилей с учетом одновременного параллельного и последовательного комплексного коррекционного воздействия на ребенка с нарушением развития.

Для осуществления предлагаемой ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей необходимо:

- ♦ точное знание этапов развития и формирования нервной системы в процессе эволюции, а также индивидуального развития, вариативности развития ребенка, факторов, влияющих на развитие ребенка и приводящих к расстройствам;
- ♦ понимание особенностей психических проявлений, речевой деятельности, эмоционально-поведенческой сферы при нормальном и аномальном развитии детей;
- ♦ точное определение содержания, форм, методов и сроков ранней комплексной профилактики;
- ♦ соблюдение прав личности ребенка в семье и обществе с первых лет жизни.

Данные принципы находят отражение в **базисных положениях** программы профилактики:

- ♦ всесторонность программы:
 - ориентация на целостное развитие ребенка на протяжении определенного времени.
- К основным аспектам всесторонности относятся:
 - глубокое и всестороннее знание особенностей развития ребенка и начальных проявлений нарушения нервно-психического развития,
 - непрерывность наблюдения (только постоянные и всесторонние усилия на протяжении длительного времени могут дать положительные результаты);
 - ♦ междисциплинарное сотрудничество специалистов, которые работают с детьми, для чего необходимо объединить усилия специалистов здравоохранения, образования (общеобразовательных и коррекционных учреждений), психолого-психологической службы;
 - ♦ привлечение родителей к активному участию в профилактике — предоставление родителям специальных знаний по основам нервно-психического развития ребенка и факторов, приводящих к расстройству развития, особенностей формирования детей при воздействии этих факторов, обучение родителей общедоступным методам предупреждения отклонений развития;

- ♦ отражение культурных и языковых особенностей общества;
- ♦ опора не только на междисциплинарное взаимодействие, но и сотрудничество с государственными структурами, которые законодательно могут обеспечить такое взаимодействие.

Программа ранней комплексной профилактики структурно является медико-психолого-педагогической и проводится по следующим направлениям [11, 13, 77]:

- ♦ в рамках межведомственного взаимодействия;
- ♦ осуществление принципов дифференцированного подхода;
- ♦ выявление предикторов нарушений развития у детей;
- ♦ учет состояния здоровья детей;
- ♦ комплексность использования методов наблюдения:
 - медицинских,
 - психологических,
 - педагогических,
 - социальных;
- ♦ выделение детей группы риска с негрубыми отклонениями развития, в основе которых лежит измененный нейрометаболизм, проявляющийся неврологической микросимптоматикой и характерными эмоционально-поведенческим реакциями;
- ♦ создание общего коррекционного пространства, включающего непосредственное и опосредованное воздействия:
 - включение семьи в профилактические коррекционные мероприятия — медицинские, психологические, педагогические, социальные,
 - оздоровление психолого-педагогических условий развития ребенка в семье и детских учреждениях,
 - медико-психолого-педагогическая коррекция,
 - активизация ближайшей зоны развития ребенка,
 - обучение специалистов.

Успешное решение всех перечисленных задач является тем базисом, на котором основывается и формируется общее коррекционное пространство. В создании этого пространства необходимо участие всех специалистов, работающих с детьми, а также родителей. Наглядно представлена реализация данных направлений на практике на рис. 4 (см. приложении 2).

Новизна данной программы заключается в следующем:

- ♦ Единство и динамическое взаимодействие специалистов: врачи — акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры,

детские неврологи, детские психиатры, генетики, иммунологи, эндокринологи; педагоги — воспитатели, учителя, социальные педагоги, дефектологи, логопеды; детские и медицинские психологи, нейропсихологи, рис. 5 (см. приложение 2).

- ◆ Учет онтогенеза в системе профилактики нарушений развития у детей.
- ◆ Учет в онтогенезе критических периодов, начиная с антенатального.
- ◆ Учет факторов, влияющих на развитие ребенка: биологические, семейные, психологические, социальные, состояние адаптационных механизмов ребенка.

Вопросы и задания

1. Какие варианты организации комплексного сопровождения существуют у нас в стране и за рубежом? Составьте сравнительную таблицу.
 2. Как они связаны с современными инновационными формами дошкольного образования и почему?
 3. Подготовьте тезисы к деловой игре-конференции на тему: «Проблемы и перспективы организации ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей».
 4. Охарактеризуйте принцип дифференциированного подхода с ориентацией на общие закономерности развития и с учетом индивидуально-личностных особенностей детей.
 5. Охарактеризуйте принцип междисциплинарного подхода и взаимодополняемой деятельности специалистов различных профилей с учетом единства параллельного и последовательного комплексного коррекционного воздействия на ребенка с нарушением развития.
-

Глава 2

СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ

2.1. Содержание программы ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей

Содержание ранней профилактики нарушений развития включает раннее распознавание признаков физического, психологического, социального, эмоционального неблагополучия на этапах до возникновения нарушений поведения и личностных расстройств ребенка, что крайне необходимо и возможно в ходе последовательного и непрерывного наблюдения за поведением со стороны специалистов различного профиля, а также моделирование адекватного социального и ролевого поведения как взрослого, так и ребенка, обучение новому модусу интрапсихических, межличностных и коммуникативных взаимоотношений.

В основу комплексного подхода к сбору и систематизации данных о ребенке должна быть положена схема анализа каждого этапа развития ребенка, квалификация динамики его деятельности и личности, широкий охват существенных условий.

Необходимость расширения состава специалистов, начиная с антенатального периода, диктуется многофакторностью причин, приводящим к отклонениям в развитии ребенка (см. Раздел I, глава 2 и Раздел II, глава 1):

- ♦ биологические факторы:
 - генетические;
 - гипоксические;
 - токсические;
 - инфекционные;
 - механические;
 - соматические заболевания (дискинезия желчевыводящих путей, хронические заболевания почек, патологические состояния нервно-психической сферы, черепно-мозговая травма, оперативные вмешательства и др.);

- эндокринные нарушения;
- аллергические и/или иммунные заболевания;
- ◆ семейные факторы — нарушенные межличностные отношения в семье, неблагоприятные условия воспитания ребенка в семье, непонимание родителям особенностей и проблем своего ребенка;
- ◆ психологические факторы, обусловленные трудностями в познавательной, учебной и речевой деятельности;
- ◆ социальные факторы — проживание или длительное пребывание ребенка в неблагоприятных социальных условиях;
- ◆ эмоциональные факторы, так как эмоционально-поведенческие расстройства у детей существенно влияют на развитие нервно-психической сферы ВПФ;
- ◆ состояние адаптационных механизмов — снижение адаптационных возможностей ребенка, приводящее в дальнейшем к социальной и медико-психологопедагогической дезадаптации.

Учет всех факторов позволяет выявить группу риска детей по нарушению и отклонению развития на раннем этапе онтогенеза. Эти дети требуют длительного наблюдения разными специалистами.

Итак, организация и проведение комплексной профилактики нарушений развития у детей должна основываться на взаимодействии и междисциплинарном сотрудничестве специалистов различного профиля, начиная с первых дней антенатального периода развития ребенка: акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры, неврологи, генетики, эндокринологи, иммунологи, детские психиатры, дефектологи, логопеды, воспитатели ДОУ, педагоги, нейропсихологи, детские и медицинские психологи.

Современные концептуальные представления о пропедевтике нарушенного развития требуют параллельности и последовательности включения перечисленных специалистов, одновременного и пролонгированного воздействия на формирующуюся личность, определения центрального звена отклонения.

Включение разных специалистов в раннюю комплексную профилактику нарушений развития у детей на различных этапах онтогенеза диктуется тем, что именно их участие в определенном периоде необходимо для предупреждения формирования отклоняющегося развития (Раздел 1, главы 2 и 3), а также возможность выделения группы риска.

Самая ранняя профилактика нарушений развития ребенка должна реализовываться еще до наступления беременности у матери, т.е. в период планирования предполагаемой беременности или возможности ее наступления.

Учреждения, которые должны начинать раннюю профилактику до наступления беременности:

- ◆ отделы ЗАГСов;
- ◆ женские консультации, гинекологические кабинеты в лечебных учреждениях, родильные дома;
- ◆ отделения патологии беременности родильных домов;
- ◆ гинекологические отделения или гинекологические больницы;
- ◆ урологические кабинеты, урологические центры;
- ◆ центры планирования семьи;
- ◆ генетические консультации;
- ◆ диспансеры — эндокринологические, кардиологические, пульмонологические, кожно-венерологические;
- ◆ психологические центры или кабинеты.

В этих учреждениях люди, планирующие в ближайшее время или в будущем иметь детей, должны иметь возможность получить определенные сведения о том, что надо знать будущим родителям. Такую необходимую информацию можно предложить в пакете наглядных и доступных материалов в виде брошюр, буклетов, пособий для родителей, стендов, постеров, листовок, памяток и т.д. со следующей информацией:

- ◆ в каком возрасте лучше родить первенца;
- ◆ какие дни считаются благоприятными для зачатия ребенка;
- ◆ если у родственников были проблемы с наследственными заболеваниями, то данной паре желательно обратиться в медико-генетическую консультацию;
- ◆ если кто-то из будущих родителей из-за каких-то заболеваний принимает лекарственные средства, обратиться к лечащему врачу о решении вопроса приема данного препарата, так как некоторые отрицательно влияют на развитие ребенка;
- ◆ если есть какие-то хронические заболевания, обратиться к лечащему врачу для решения вопроса профилактики их обострения до наступления будущей беременности;
- ◆ до наступления беременности проверить будущим родителям, нет ли у них скрытых инфекций, так как некоторые инфекции не имеют явных проявлений или люди являются

носителями различных вирусных или бактериальных инфекций;

• при использовании гормональных противозачаточных средств прекратить их прием за 1–2 месяца, до планируемого зачатия (способность к зачатию восстанавливается сразу или через 1–2 месяца), но только после консультации с врачом;

• за 1–2 месяца до момента предполагаемого зачатия ребенка рекомендовать вести здоровый образ жизни: выполнять общефизические упражнения, по возможности чаще бывать на свежем воздухе, соблюдать здоровый режим питания с достаточным количеством овощей, фруктов, зелени (исключая те, которые могут вызвать у будущих родителей аллергические реакции);

• исключить употребление алкогольных напитков (алкоголь в крови может держаться до 22 суток) и курения;

• если даже у одного из родителей имеется зависимость от различных веществ, но они сознательно хотят иметь детей в своей семье, необходимо пройти комплексное лечение по снятию этой зависимости, в противном случае такие родители должны знать на что они обрекают своего будущего ребенка.

Периоды и включение различных специалистов в раннюю комплексную профилактику нарушений развития у детей представлены в табл. 13.

Таблица 13. Включение специалистов в проведение профилактики нарушений развития

Периоды развития	Включение специалистов	
	обязательное участие	рекомендательное участие
антенатальный	акушер-гинеколог терапевт генетик эндокринолог иммунолог	психолог логопед
интранатальный	акушер-гинеколог неонатолог педиатр детский невролог	психолог

Периоды развития	Включение специалистов	
	обязательное участие	рекомендательное участие
неонатальный	неонатолог детский невролог эндокринолог генетик	логопед психолог
младенческий	педиатр детский невролог эндокринолог иммунолог-аллерголог отоларинголог окулист генетик психолог логопед	детский микропсихиатр или невролог со спецподготовкой по микропсихиатрии
дошкольный	педиатр детский невролог отоларинголог окулист иммунолог-аллерголог психолог дефектолог логопед	эндокринолог нейропсихолог детский психиатр воспитатель ДОУ
школьный (младший школьный возраст и школьно-пубертатный возраст)	педиатр иммунолог-аллерголог отоларинголог окулист психолог логопед педагог нейропсихолог психотерапевт	детский невролог эндокринолог детский психиатр

В следующих параграфах приводится обоснование необходимости включения того или иного специалиста в каждом возрастном периоде.

2.1.1. Антенатальный период

Наблюдения и сопровождения (профилактика) антенатального периода

Осложненное течение антенатального периода у детей с нарушением развития выявлено у 87,4% наблюдавшихся. По данным J. Low, гипоксия длительностью 1–3 часа может быть причиной «церебральных поражений» и «неврологических дефицитов» у тех детей, которые выживают [82]. В этом случае даже у доношенных плодов в головном мозге развиваются гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы, выраженность которой зависит от тяжести и длительности гипоксии. Лонгитудинальные исследования и обследования, проводимые за недоношенными детьми, позволили выявить у них наличие различных нарушений развития. Поражение ЦНС на ранних этапах внутриутробного развития по данным многих исследователей может привести к умственной отсталости или к развитию отклонений развития. Патогенные влияния имеют разный механизм воздействия на развивающийся мозг: гипоксический, токсический, инфекционный, генетический, гормональный. Наиболее тяжелые расстройства развития ВПФ и речи возникают, когда ранее указанные повреждающие факторы действуют в период от 2-х недель до 4-х месяцев беременности. Проявления осложненного течения антенатального периода — самые разнообразные: ранний токсикоз, артериальная гипотония и гипертония, анемия у матери, угроза прерывания беременности, гестоз, острые респираторные вирусные инфекции, несовместимость крови матери и плода по Rh-фактору и группе крови, артериальная гипертония, многоплодная беременность, частичная отслойка плаценты, аномалия пуповины, герпетическая инфекция, гипотиреоз у матери, урогенитальная инфекция, сахарный диабет у матери, бронхиальная астма у матери, миома матки, краснуха, оперативные вмешательства у матери, цитомегаловирусная инфекция, медикаментозная интоксикация, отклонения, связанные с наследственной патологией.

Учреждения, которые должны начинать раннюю профилактику в антенатальный период:

- ♦ женские консультации, гинекологические кабинеты в лечебных учреждениях;
- ♦ отделения патологии беременности родильных домов;

- ♦ гинекологические отделения или гинекологические больницы;
- ♦ урологические кабинеты, урологические центры;
- ♦ центры планирования семьи;
- ♦ центры перинатального воспитания;
- ♦ центры дородовой подготовки;
- ♦ материнские центры;
- ♦ генетические консультации;
- ♦ иммунологические или аллергические кабинеты или центры;
- ♦ диспансеры — эндокринологические, кардиологические.

Из вышесказанного, очевидно, что при наблюдении беременной женщины *акушер-гинеколог и терапевт* должны не только по диспансерным срокам следить за общим состоянием пациентки, но тщательно отмечать и анализировать даже малейшие отклонения у беременной, фиксировать и предупреждать их возникновения, проводя мероприятия:

- ♦ устраняющие или полностью снимающие явления раннего токсикоза и гестоза;
- ♦ постоянно поддерживающие артериальное давление в пределах нормальных показателей от 110/70 до 120/80 мм рт. столба;
- ♦ постоянно поддерживающие гемоглобин крови не ниже 120 Е.Д.;
- ♦ при определении **Rh** — (отрицательного) или несовместимости групп крови родителей обязательное ежемесячное определение уровня антител в крови матери для своевременного предупреждения иммунного конфликта несовместимости групп крови родителей и последующего развития гемолитической болезни новорожденного и перинатального биллирибинового поражения ЦНС (билирибиновая энцефалопатия), пагубно влияющих на развитие плода и ребенка в дальнейшем;
- ♦ регулярное проведение ультразвукового исследования плода, плаценты и состояния плацентарного кровообращения;
- ♦ исследование беременной на наличие вирусных и бактериальных инфекций или их носительство: краснухи, ветряной оспы, герпетической инфекции, цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмоза, уроплазмы, хламедиоза и пр., в том числе на СПИД, сифилис, гепатит В и С;
- ♦ своевременное направление беременной к *генетику, иммунологу и эндокринологу*;
- ♦ подробные и понятные для будущей мамы разъяснения о том, какие этапы развития проходит ребенок в этот период

онтогенеза, какие могут быть опасные сроки беременности для его правильного формирования;

• в связи с увеличением нарушений развития у детей, в том числе и речевых, актуальным является информирование будущих родителей конкретных неблагоприятных факторов, которые приводят к нарушению развития у ребенка;

• разъяснение опасности для будущего ребенка родов дома и родов в воду;

• какие именно нарушения развития могут возникнуть у ребенка вследствие воздействия тех или иных неблагоприятных факторов.

Таким образом, *акушер-гинеколог, терапевт, генетик, эндокринолог, иммунолог* являются теми обязательными специалистами, которые должны предупредить патологическое течение данной беременности, учитывая индивидуальные особенности беременной женщины. Они, используя новейшие диагностические и лечебно-профилактические методы и средства современной медицины, могут выявить и устраниить всевозможные отклонения внутриутробного развития плода и последствия патологического течения беременности.

С момента зачатия ребенка мать и плод находятся в состоянии симбиотической целостности, весь период гестоза оказывая влияние друг на друга. В норме организм матери для будущего ребенка является благоприятным, комфорtnым, безопасным и надежным условием внутриутробного существования. Такое состояние покоя у плода переживается им эмоционально [70], подтверждается той информацией, которую дают ему развивающиеся органы чувств. Однако, нередко беременные женщины в период *внутриутробного развития* плода находятся в тревожном беспокойном состоянии, а иногда депрессивном. Появившиеся эмоциональные проблемы в период вынашивание ребенка могут быть обусловлены разными причинами: патологическим течением беременности; страхом перед предстоящими родами; опасениями о состоянии здоровья ее ребенка; неуверенностью в том, как она справится с новыми обязанностями; возможными изменения привычного стиля жизни; переживаниями о возможности продолжения карьеры, если беременность оказалась непланируемой; трудностями бытового и экономического состояния семьи; отсутствием согласия всех членов семьи на рождение ребенка; незарегистрированный брак

или неполная в будущем семья; нежеланной беременностью, психологической неготовностью будущих родителей или одного из них к материнству или отцовству; опасения осложнений внутрисемейных отношений после рождения ребенка, что впоследствии может привести к появлению у матери негативного отношения к ребенку. Расстройства в эмоциональной сфере у беременной являются неблагоприятными факторами, влияющими на течение беременности, а именно, на плацентарное кровообращение. Если мать находится в ситуации стресса, является свидетелем тяжелых эмоциональных событий, если она раздражена, тревожна, плаксива, угрюма и т.д., плод также начинает испытывать беспокойство, он может перестать двигаться или, наоборот, усиленно шевелиться.

Такие состояния матери способствуют возникновению хронической внутриутробной гипоксии (недостаточное снабжение кислородом) плода. В дальнейшем это может привести к отставаниям в развитии ребенка.

В связи с этим оправдано участие *психолога* на данном этапе ранней комплексной профилактики.

Задачи психолога для предупреждения отклонений в развитии ребенка:

- ◆ снимать напряженность эмоциональных расстройств;
- ◆ определять позитивные перспективы в жизни;
- ◆ выявлять диагностику и коррекцию отклонений внутрисемейных отношений;
- ◆ повышать самооценку матери;
- ◆ вырабатывать оптимистической позиции в отношении будущего ребенка;
- ◆ создавать уверенность в том, что будущая мама сможет преодолеть возникшие трудности;
- ◆ формировать приоритет ребенка в семье и семейных ценностей;
- ◆ психологически подготавливать мать к материнству;
- ◆ психологически подготавливать отца к отцовству.

Примеры отдельных психологических рекомендаций:

- ◆ родители должны отказаться от вредных привычек, которые пагубно влияют на дальнейшее развитие ребенка;
- ◆ в момент эмоционального напряжения беременная кладет руку на живот, гладит его, говорит ласковым теплым голосом со своим ребенком (он уже способен воспринимать все чувства матери, а любовь, с которой она вынашивает ребенка, мысли, связанные с его появлением, богатство общения,

которое мать делит с ним, оказывает влияние на развивающуюся психику плода);

- ♦ если мать испытывает страх, переживания, касающиеся правильного развития ребенка, в этом случае предлагается очень эффективное упражнение — закрыть глаза и максимально точно представить себе своего ребенка, посчитать каждый пальчик на его ручках и ножках, заглянуть в его замечательные глаза, представить, как он улыбается и тянется к матери, любоваться этой картиной и зафиксировать ее в своей памяти (если не получается с первого раза, повторять до тех пор, пока изображение не станет четким);
- ♦ стараться не делать резких движений, кричать и ругаться;
- ♦ получать удовольствие от произведений искусства оптимистического и радостного содержания, общения с природой;
- ♦ слушать музыку, которая вызывает у матери удовольствие и приятные ощущения, успокаивает ее, снимает эмоциональное напряжение;
- ♦ положительное влияние на плод оказывает пение ему песенок, особенно колыбельных, которые впоследствии ему напевают после рождения;
- ♦ необходимо регулярно говорить с ребенком в этот период онтогенеза, четко, не громко, с теплой ласковой интонацией; особенно положительное влияние оказывают разговоры всех членов семьи (после рождения ребенок узнает эти голоса и интонации, это способствует более спокойному эмоциональному развитию и правильному формированию его психики);
- ♦ очень важно для предотвращения в будущем нарушенных детско-родительских отношений, не только диады мать—дитя, но и диады отец—дитя, активное и систематическое *участие отца* в ведение беременности матери своего будущего ребенка:
 - будущий отец должен вести себя так, чтобы жена была уверена, что она стала для него еще дороже и любимей;
 - если есть возможность желательно отказаться от командировок и сверхурочных работ, проводить больше времени с матерью будущего ребенка;
 - узнавать больше о том, как должна протекать беременность — физиологических, психологических и эмоциональных изменениях у беременной женщины;
 - как внутриутробно развивается ребенок, и какие факторы благоприятно влияют на его формирование;

- помогать ей больше в бытовых делах;
- бросить вредные привычки;
- стимулировать здоровый образ жизни;
- следить за ее правильным полноценным питанием и рациональным режимом;
- организовывать совместные прогулки, досуг, отдых, общение с друзьями и близкими;
- общаться с ребенком еще до рождения — поглаживать живот жены и пытаться ощутить ответные движения ребенка;
- петь или рассказывать ему короткие мелодичные стихи четким негромким и интонированным голосом (если отец регулярно разговаривает с плодом во время беременности жены, то почти сразу же после рождения ребенок будет узнавать голос и считать его близким и родным);
- ♦ важно для обоих супругов, даже если не получалось это раньше, стараться больше уделять внимание друг другу, создавая теплые взаимоотношения в семье, так как ребенок еще до своего рождения чувствует атмосферу вокруг себя, а ему очень необходима для гармоничного развития дружная, любящая не только его, но и друг друга семья: мама и папа.

Будущие родители, особенно ожидающие рождение первого ребенка, в период беременности часто еще не знают о том, какие этапы развития проходит ребенок после рождения, характеристики каждого периода. Достаточно часто они не представляют, с чего начинается формирование речи и в какие сроки, на что необходимо обращать внимания в первую очередь, чтобы не пропустить отклонений в развитии. Поэтому проводимые *логопедом* с беременной и будущим отцом консультативные беседы, носящие образовательный и профилактически-разъяснительный характер, желательно начинать с 3-го триместра беременности. К сожалению, в настоящее время проконсультироваться с логопедом будущие родители могут только в платных учреждениях и в Центрах психолого-медицинского сопровождения детей и подростков, подчиняющихся образовательным отделам муниципальных органов.

Если вокруг ребенка на любом этапе онтогенеза нет речевого окружения, он не заговорит в стандартные возрастные периоды или речь будет формироваться с отклонениями, т.е. для правильного развития речевой функции необходима речевая среда.

Задачи логопеда для предупреждения отклонений в развитии речи ребенка:

- ♦ информировать родителей об особенностях внутриутробного развития ребенка как подготовительного для дальнейшего формирования речи;
- ♦ разъяснять, что слышит плод в период антенатального развития и как реагирует на речь и интонации голоса матери и окружающих ее людей;
- ♦ объяснять необходимость раннего вербального общения с будущим младенцем не только матери, но отца и других членов семьи;
- ♦ предлагать различные формы вербального общения с плодом.

Конкретные рекомендации логопеда беременным женщинам и ее окружению основываются на учете того, что слышит плод в антенатальный период, а именно: голоса матери, отца и других лиц, окружающих людей; ритмично сокращающееся сердце матери; шум текущей по сосудам крови; шум перистальтики кишечника; различные внешние звуки.

Так как в антенатальный период плод слышит больше ритмичных звуков в теле матери, этот ритм сопровождает его на протяжении всего внутриутробного развития, то этим можно объяснить большую восприимчивость детей после рождения к ритмичным стихотворным формам. Врожденное чувство ритма плода можно использовать, чтобы еще до рождения развивать его языковые навыки при помощи логоритмических упражнений.

Примеры отдельных логопедических рекомендаций:

- ♦ чаще разговаривать с ребенком (негромким теплым нежным голосом);
- ♦ общаясь с своим будущим ребенком, лучше использовать стихотворные напевные варианты общения, т.е. простые ритмичные стихи (стихи это ключ к общению), например:

«Мой малыш желанный,
Очень долгожданный,
Ты в животике лежишь,
Ты расти, расти, малыш!
Скоро ты увидишь маму,
Скоро ты увидишь папу,
Ждем тебя, наш дорогой,
Наш любимый и родной».

«Бай, бай, бай, бай,
С мамой, кроха, отыхай,
В «колыбельке» засыпай,
Бай, бай, бай, бай.
Человечек мой родной,
Мой любимый дорогой!
Кроха милая моя,
Ждет тебя твоя семья».

Дневная колыбельная
«Мы гуляли, мы играли
И немножечко устали
Чтобы сил еще набрать,
Надо нам чуть-чуть поспать»;

♦ разговаривая с будущим ребенком, лучше использовать простые короткие слова, которые первыми появляются в лексиконе годовалого младенца, а именно: ма-ма, па-па, ба-ба, де-да и другие несложные слова из одного-двух слогов;

♦ виды «логоритмических» упражнений:

- называя слово громко, беременная поглаживает и слегка очень нежно отхлопывает по своему животику слоги;
- такой «логоритмикой» можно заниматься во время чтения стихов;
- беременная, произнося или читая, нежно похлопывает себя по животу в такт — 4 раза на каждую строчку.

Таким образом, мы считаем участие *психолога и логопеда* желательным для проведения ранней профилактики нарушений развития, в том числе и речевого. Рекомендации психологов и логопедов, если нет еще специальной соответствующей службы, будущие родители могли бы найти в брошюрах, буклетеах, пособиях для родителей, стендах, на постерах в женских консультациях, приемных отделениях и отделениях патологии беременности родильных домов, в гинекологических больницах, центрах по планированию семьи и оказанию помощи беременным.

2.1.2. Интранатальный период

Наблюдения и сопровождения (профилактика) интранатального периода

Осложненное течение *интранатального периода* этого периода наблюдается от 63 до 80,3% детей, имеющих проблемы развития. Патогенные влияния характеризуются разными механизмами воздействия: гипоксическим, токсическим, инфекционным, механическим, а именно: инструментальное пособие в родах, быстрые роды, преждевременные роды, оперативные роды, запоздалые роды, стремительные роды, гипоксия плода, узкий таз, кефалогематомы, слабость родовых сил, асфиксия плода, роды в тазовых предлежаниях, амниотическая отшнуровка (искусственное вскрытие плодного пузыря), инфекционное заболевание матери, токсическое состояние роженицы (последствия алкоголизации, наркома-

нии, лекарственного отравления). Перечисленные повреждающие факторы способствуют развитию церебрально-органической недостаточности центральной нервной системы, проявляющейся перинатальной патологии нервной системы.

Таким образом, у детей, которые в период интранатального периода развития испытывали воздействие отмеченных нами повреждающих факторов и имели последствия их воздействия, есть *высокий риск формирования нарушенного развития*. Для предотвращения этого в систему комплексной ранней профилактики необходимо непременное включение следующих специалистов: *акушера-гинеколога, неонатолога, педиатра, детского невролога*. Они должны предупредить патологическое течение этого периода, учитывая особенности данной беременности женщины. Используя новейшие диагностические и лечебно-профилактические средства современной медицины, могут выявить, устраниить или максимально снизить последствия патологического течения родов.

Учреждения, которые должны начинать раннюю профилактику в интранатальный период:

- ♦ родильные дома.

Задачи врачей-специалистов при ведении интранатального периода:

- ♦ рассматривать роженицу как психически здоровую и зрелую личность;
- ♦ предусматривать возможное патологическое течение родов;
- ♦ определять морфологические признаки патологии, обусловленной воздействием неблагоприятных факторов на антенаатальный период;
- ♦ объяснять причины и механизм их развития, определять исход и оценивать значение;
- ♦ подготавливать беременную к течению родов;
- ♦ только по строгим медицинским показаниям проводить стимуляцию слабой родовой деятельности, амниотомию (искусственное вскрытие плодного пузыря), механическое выдавливание плода;
- ♦ проводить мероприятия, осуществляемые с целью предупреждения родового травматизма;
- ♦ ранняя диагностика патологии пуповины, которая наиболее опасна для плода в интранатальном периоде;
- ♦ предупреждение выпадения петель пуповины;
- ♦ выявление группы высокого перинатального риска;
- ♦ изучение кислородного гомеостаза при хронической гипоксии плода в ходе введения родов;

- ♦ предупреждать стремительное течение родов;
- ♦ по рекомендации ВОЗ провоцирование схваток должно проводится в 10% случаев и по строгим медицинским показаниям;
- ♦ обязательное приложение новорожденного в первые минуты после рождения к груди матери, чтобы он в этот период времени почувствовал тепло матери, нежное прикосновение руки матери, услышал ее ласковый голос, почувствовал привычное для него биение сердца, попробовал первые капли материнского молока — молозива;
- ♦ ранняя диагностика отклонений в состоянии ребенка при рождении;
- ♦ раннее проведение реабилитационных мероприятий при угрозе и начале асфиксии плода или другой патологии, несущей угрозу жизни ребенка;
- ♦ своевременная диагностика и лечение инфекционного заболевания, диагностированного перед или в момент родов;
- ♦ профилактика стафилококковой инфекции у новорожденного;
- ♦ психологическое благополучие роженицы должно быть обеспечено свободным доступом кого-нибудь из близких родственников по ее выбору, а не только отца будущего ребенка;
- ♦ поощрять пребывание матери и ребенка в одном помещении.

Поскольку роды являются физиологическим процессом, поведение роженицы определяется материнским инстинктом и поддается полному контролю сознания. Эта форма поведения относится к безусловным реакциям, заложенным генетически, регулируется бессознательной сферой психики и эндокринной системы организма женщины. Для благополучного течения родов большое значение имеет психологическое состояние женщины, ее поведение и эмоциональное состояние. От этого во многом зависит течение родового процесса и его результат. Во время родов поведение роженицы характеризуется интуитивностью — многие вещи они делают, подчиняясь инстинкту, даже если она не обучалась этому. Подчиняясь инстинктам, женщина поступает наиболее рациональным образом, за счет чего роды протекают более благополучно. Оказание психологической помощи в родах заключается в умение дать женщине возможность вести себя максимально естественно и свободно,

что помогает включению безусловных механизмов саморегуляции родов [70].

Это определяет желательное участие в период введения родов психолога.

Задачи психолога в интранатальный период:

♦ помочь врачам и акушерам расположить к себе роженицу и всеми возможными способами демонстрировать ей свои желания и стремления помочь в этот трудный для нее период;

♦ поддерживать у роженицы ощущения счастья, радости, сбывающейся мечты в связи с рождением ребенка или, если эти чувства и ощущения еще не появляются, формировать их;

♦ снять у роженицы эмоциональную напряженность;

♦ предотвратить негативное отношение роженицы к рождающемуся ребенку;

♦ предотвратить развитие у роженицы депрессивного состояния;

♦ формировать положительные перспективы у роженицы в связи с рождением ребенка;

♦ формировать уверенность в том, что она справится с новыми условиями жизни в связи с рождением ребенка;

♦ при неблагоприятном течении родов снять у матери чувства тревоги и страха.

Таким образом, с большой степенью очевидности видна необходимость комплексного сопровождения роженицы не только врачами-специалистами (акушера-гинеколога, неонатолога, педиатра, детского невролога), но и психолога.

2.1.3. Неонатальный период

Наблюдения и сопровождения (профилактика) неонатального периода онтогенеза.

Неонатальный период онтогенеза является одним из ведущих этапов развития ребенка, во время которого происходит адаптация новорожденного к новым условиям жизни, перестройка его организма, интенсивное развитие анализаторов, формирование условных рефлексов и первых эмоциональных реакций, появление потребности в общении с окружающими и впечатлениях, а также в удовлетворении органических потребностей новорожденного (пища, вода, тепло

и пр.), определяется характер отношений родителей и других членов семьи к ребенку.

В тоже время, в данный развития нередко выявляются определенные нарушения: морфофункциональная незрелость плода; инфекционные заболевания; болезни, обусловленные антигенной несовместимостью матери и плода; нарушение мозгового кровообращения; гипотрофия плода; судорожный синдром; ОРВИ; затянувшаяся более 1-й недели конъюгационная гипербилирубинемия (желтуха); острая пневмония; гнойный конъюнктивит; выявленные наследственные заболевания (такие как крипторхизм, гипотиреоз, альбинизм, нейрофиброматоз Реклингхаузена, синдром Жиль де ля Туретта); пороки развития плода; отклонения в формировании речи (отсутствие первых предречевых реакций к концу 1-го месяца в виде начального гуления) и других высших психических функций; отсутствие или снижение тесного контакта матери и ребенка и их общения; отсутствие элементов первого эмоционального реагирования на мать или лица, постоянно ухаживающего за новорожденным. Эти осложнения встречаются от 7 до 41% детей (см. Раздел I, глава 2 и Раздел II, глава 1).

Таким образом, раннее диагностирование перечисленных нарушений возможно лишь при обязательном скоординированном взаимодействии и наблюдении следующих специалистов: *неонатолога, детского невролога, эндокринолога, генетика*, а также если есть возможность, то консультирование *психолога, логопеда*.

Учреждения, которые должны начинать раннюю профилактику неонатального периода:

- ◆ детская районная поликлиника;
- ◆ неонатальные центры или кабинеты;
- ◆ центры перинатального воспитания;
- ◆ материнские центры;
- ◆ генетические кабинеты или центры;
- ◆ логопедические кабинеты;
- ◆ психологические кабинеты.

Задачи врачей-специалистов при ведении неонатального периода:

- ◆ определять морфологические признаки патологии, обусловленной воздействием неблагоприятных факторов на антенатальный и интранатальный периоды;

- ◆ объяснять причины и механизм их развития, определять исход и оценивать значение для дальнейшего развития ребенка;
- ◆ внимательно следить за периодом адаптации новорожденного ребенка;
- ◆ выявлять симптомы и проявления, указывающие на нарушения в неврологическом состоянии ребенка в неонатальном периоде жизни, а именно:
 - вялый и слабый крик или отсутствие его;
 - желтушность кожных покровов держится более 1-й недели;
 - раннее (до 3–4-х недель) удерживание головы в вертикальном положении;
 - частые повторяющиеся срыгивания через 40–60 минут после кормления, даже если ребенок после сосания отрыгнул воздух, преимущественно творожистой массой или фонтаном; даже если заглотанный при кормлении воздух отошел;
 - наличие мышечного гипотонуса;
 - трепет губы, подбородка, ручек, ножек;
 - запрокидывание головы назад — выгибание ребенка (лежит «запятой»);
 - «таращит» глаза;
 - вялость ребенка;
 - затяжное кормление до 40–60–90 минут (быстро, через 5–10 минут, засыпает у груди или бутылочки от начала сосания, потом просыпается, начинает плакать или хныкать, опять сосет, опять засыпает и т.д.);
 - ночной сон с частыми перерывами и беспокойством;
 - очень чуткий сон;
 - длительные дневные бодрствования;
 - непостоянное косоглазие;
- ◆ информировать родителей о диагностированных отклонениях в состоянии ребенка, разъяснить причины их возникновения, исхода и необходимости проведения реабилитационных мероприятий;
- ◆ проводить раннее своевременное комплексное медикаментозное лечение с учетом углубленного обследования и данных анамнеза;
- ◆ проводить вакцинацию новорожденного ребенка *строго по медицинским показаниям, учитывая все незначительные патологические проявления* у него;

- ♦ установить обязательное комплексное динамическое неформальное индивидуально-ориентированное наблюдение за ребенком.

Благополучное психологическое течение неонатального периода определяет нормальное психическое развитие ребенка в дальнейшем.

Первый час жизни ребенка после рождения является одним из важнейших периодов для обоих — матери и ребенка. Правильно и своевременно проведенный их первый контакт определяет характер их отношений в будущем. В момент первого контакта у матери закрепляется или пробуждается материнский инстинкт к данному ребенку, а у новорожденного снимается стресс в этот для него критический период, а так же, как указывает Ж.В. Цареградская, определяет его способность любить и испытывать привязанность [70]. С момента первого контакта и в течение первых суток жизни ребенок запечатляет свою мать (явление импринтинга), что впоследствии служит основой для формирования устойчивой взаимной привязанности в диаде «мать—дитя». Первый телесный контакт матери и ребенка сопровождается ощущением матерью новорожденного, она нежно гладит его спинку, ручки, ножки, головку, в это время говорит ему самые теплые, ласковые, наполненные любовью слова. Первое приложение ребенка к груди матери является продолжением телесного контакта и имеет большое значение для матери и новорожденного, а не только для появления стабильной лактации. Первые минуты общения невозможно переоценить для их дальнейшей совместной жизни: пробуждение и укрепление материнского инстинкта, понимание матерью своего ребенка, сопреживание ему в любой момент, инстинкт защитить свое дитя и т.д.

Новорожденный ребенок испытывает постоянно потребность в общении с матерью и членами семьи, в положительных эмоциях, в новых ощущениях (запахи, звуки, цвета, образы, тактильные ощущения). Самостоятельно он не может их удовлетворить, находится в полной зависимости от взрослых, требует постоянной защиты, поэтому его не следует предоставлять самому себе, даже на короткое время [70]. Оставленный без присмотра взрослого новорожденный или грудной ребенок может испытывать чувство страха, стресса.

Неонатальный период это не только период адаптации новорожденного к внеутробной жизни, но и время адапта-

ции семьи к ребенку. Родители испытывают нередко не только повышенные физические нагрузки, но и психологические, которые связаны с изменением уклада жизни семьи. Адаптация матери к потребностям ребенка приводит к следующим изменениям ее психологического состояния:

- ♦ идентификация себя с ребенком;
- ♦ начинает его понимать так, что быстро приспосабливается к его меняющимся нуждам;
- ♦ начинает чувствовать собственную удовлетворенность от изменившейся жизни, в чем ей помогает постоянно растущая материнская любовь;
- ♦ формирование у женщины правильного материнского поведения.

Вышесказанное определяет участие *психолога* в неонатальный период развития.

Основные *задачи психолога* в неонатальный период:

- ♦ разъяснить матери и отцу психологию новорожденного;
- ♦ разъяснить родителям роль хорошего ухода за новорожденным для правильного психоэмоционального развития ребенка;
- ♦ снять эмоциональное напряжение у родителей в период адаптации;
 - ♦ разъяснить родителям особенности ощущений и чувств ребенка в неонатальный период;
 - ♦ разъяснить родителям особенности восприятия новорожденным ребенком окружающего мира;
 - ♦ разъяснить родителям физические, эмоциональные и психологические потребности новорожденного;
 - ♦ разъяснить роль материнского поведения в правильном развитии ребенка, а именно:
 - обеспечение новорожденному чувство полной безопасности,
 - продолжение формирования психологического и биологического единства матери и ребенка,
 - помочь в адаптации матери к психофизиологическим, эмоциональным потребностям новорожденного и к особенностям его возрастного развития.

В первый месяц жизни ребенок имеет наиболее сильную эмоциональную связь с матерью. Этот период чрезвычайно чувствителен для обоих, поэтому матери стоит постоянно находиться рядом с новорожденным. Ребенок с 10–14 дня жизни начинает реагировать на общение. Общение между мате-

рью и новорожденным в этот период онтогенеза происходит в форме условного «диалога», поэтому чрезвычайно важным является постоянное вербальное, эмоционально окрашенное, общение матери и ребенка. Не менее важно теплое доброжелательное приветливое общение с новорожденным отца и других членов семьи.

Уровень развития речи ребенка даже первого года жизни определяет путь его дальнейшего развития. Недостаток стимулирующего воздействия взрослого на малыша в этом возрасте может привести к необратимым последствиям в формировании той базы, на которой в дальнейшем строится вся его психическая деятельность. Чем раньше начата активная работа по стимуляции развития ребенка, тем выше обучающий эффект. Если взрослые не поддерживают обращений ребенка, то заглушается сама потребность в общении, задерживается развитие активной речи. Имея даже достаточно развитый речевой аппарат, сформированный мозг, хороший слух, ребенок без речевого окружения никогда не заговорит. Чтобы у него появилась, а в дальнейшем и правильно развивалась речь, нужна постоянная речевая среда. Ребенок перенимает опыт речевого общения от окружающих, т.е. овладение речью находится в прямой зависимости от окружающей речевой среды.

В связи с увеличением числа разных нарушений речевого развития у детей, актуальным является информирование и консультирование родителей о методах стимуляции и формирования предиктов раннего предречевого развития в неонатальный период онтогенеза.

Задачи логопеда для предупреждения отклонений в развитии речи ребенка:

- ♦ информировать родителей об особенностях предречевого развития ребенка в неонатальный период;
- ♦ разъяснить родителям, что слышит новорожденный в неонатальный период онтогенеза;
- ♦ информировать мать о том, как ребенок в этом возрасте реагирует на речь и интонации ее голоса и окружающих людей;
- ♦ информировать родителей о сроках появления крика, лепета, гуления, а также их характера;
- ♦ разъяснить родителям о необходимости благоприятного речевого окружения и последствиях его отсутствия;
- ♦ формировать восприятие новорожденным речи окружающих, для чего нужно как можно больше разговаривать с ребенком, начиная с первых дней его жизни;

- ♦ разъяснять родителям о необходимости окружать ребенка звуками, использование приятной мелодичной музыки, пении песенок, чтении коротких стишков, потешек и т.д.;

- ♦ предлагать различные постоянные формы вербального общения с новорожденным, но всегда доброжелательным, ласковым, приветливым тоном.

2.1.4. Младенческий возраст

Наблюдения и сопровождения (профилактика) в младенческом возрасте.

Младенческий возрастной период является этапом быстрого развития моторных, эмоциональных, нервно-психических, интеллектуальных, предречевых и социальных функций ребенка. Он также характеризуется тесной связью младенца с матерью, завершением основных процессов адаптации к внеутробной жизни, исчезновения пассивного иммунитета, полученного от матери, выраженностью взаимного влияния разных видов развития друг на друга, поэтому задержка формирования одной функции способствует задержки развития других функций.

На первом году жизни, как показали исследования [7, 9], 100% детей переносят те или иные заболевания, связанные с морфофункциональной незрелостью плода, задержкой нарастания массы тела, а также различные соматические или инфекционные заболевания; некоторые дети переносят травмы, в том числе и черепно-мозговые, хирургические операции, проводимые под наркозом; проявляются последствия неблагополучного течения перинatalного периода развития; в этот период возможно начало развития эндокринных, иммунологических и генетических нарушений.

Особенно тщательно должна быть проанализирована информация о последовательности и особенностях моторного развития, рассматриваемого нами как основная предпосылка формирования пространственных представлений у ребенка, становления базовых уровней произвольной и аффективной регуляции на первом году жизни. В таком же ключе (сроки возникновения и последовательность) анализируется и психоэмоциональное развитие: эмоциональные реакции (первые улыбки, комплекс оживления, появление

страха при виде чужого лица), характер манипуляций игрушками, особенности игровых действий (сопровождение игровых действий вокализацией и соответствующей мимикой). Важным показателем эмоционального развития ребенка в этом возрастном периоде является изменение характера игровой активности в присутствии значимых лиц. Как важная характеристика отмечается общий эмоциональный фон и преобладающие типы поведенческих реакций.

При оценке речевого развития оценивается понимание интонационной стороны речи взрослых, обращенной речи и ее интонации, сроки и особенности речевого развития (гуление, лепет, первые слова, указывание на знакомых людей, предметы, части тела), а также отмечается речевые реакции ребенка и изменения их интенсивности и качества в присутствии взрослых [25, 58].

Младенческий период характеризуется формированием устойчивой эмоциональной привязанности к родителям. Поэтому нарушения эмоционального контакта матери и ребенка, измененного психоэмоционального состояния матери или людей, ухаживающих за младенцем, может привести к возникновению нарушенного развития ребенка, искаженного формирования личности, вызывая нарушение поведения и невротические проявления. Неправильное формирование нервно-психической деятельности ребенка может скаться на общем развитии ребенка, вызывая нарушение эмоционально-поведенческих реакций и проблем в интеллектуально-познавательной деятельности. В результате личность ребенка будет развиваться дисгармонично, что может привести к трудностям адаптации и определенным проблемам во взрослом периоде жизни.

Итак, с очевидностью можем утверждать, что в этот возрастной период необходимо координированное наблюдение или консультации ребенка следующими специалистами: *педиатра, детского невролога, отоларинголога, эндокринолога, иммунолога-аллерголога, генетика, психолога и логопеда*. Если есть возможность и согласие родителей, то рекомендуется и консультация *детского микропсихиатра*.

Учреждения, которые должны начинать раннюю профилактику, в младенческий период:

- ◆ детская районная поликлиника;
- ◆ материнские центры;

- ♦ неврологические центры;
- ♦ иммунологические или аллергологические центры;
- ♦ генетические кабинеты или центры;
- ♦ логопедические кабинеты;
- ♦ психологические кабинеты.

Задачи врачей-специалистов при ведении младенческого периода развития:

- ♦ определять морфологические признаки патологии, обусловленной воздействием неблагоприятных факторов на антенатальный, интранатальный и неонатальный периоды;
- ♦ объяснять причины и механизм их развития, определить исход и оценить значение для дальнейшего развития ребенка;
- ♦ организовывать рациональное вскармливание ребенка, его режима;
- ♦ информировать родителей о диагностированных отклонениях в состоянии ребенка, разъяснить причины их возникновения, исхода и необходимости проведения реабилитационных мероприятий:
 - профилактика респираторно-вирусных заболеваний;
 - профилактика развития соматических заболеваний;
 - своевременная диагностика нарушений со стороны иммунной, эндокринной систем;
 - ранняя диагностика последствий поражения ЦНС любого генеза и дальнейшая комплексная реабилитация;
- ♦ необходимо выявлять симптомы и проявления, указывающие на нарушения в неврологическом состоянии ребенка на первом году жизни, а именно:
 - частые повторяющиеся срыгивания (особенно через 40–60 минут после кормления, даже если ребенок после сосания отрыгнул воздух, преимущественно творожистой массой или фонтаном,
 - трепет губы, подбородка, ручек, ножек,
 - запрокидывание головы назад — выгибание ребенка (лежит «запятой»),
 - «таращит» глаза,
 - вялость ребенка,
 - затяжное кормление до 40–60–90 минут (быстро, через 5–10 минут, засыпает у груди или бутылочки от начала сосания, потом просыпается, начинает плакать или хныкать, опять сосет, опять засыпает и т.д.),
 - ночной сон с частыми перерывами и беспокойством,

- нет сна продолжительностью 5–6 часов,
- очень чуткий сон,
- засыпание только на руках, или на воздухе, или при укачивании,
- длительные дневные бодрствования,
- наличие мышечного гипо- или гипертонуса,
- задержка редукции рефлексов новорожденного,
- непостоянное косоглазие,
- ранние сроки вставания на ножки (до 8–10 месяцев),
- беспричинные пронзительные крики и длительные крики (не успокаивается на руках);
- судорожные проявления на фоне высокой температуры;
- ◆ выявлять раннюю диагностику наследственных и хромосомных заболеваний;
- ◆ проводить раннее своевременное комплексное медикаментозное лечение с учетом углубленного обследования и данных анамнеза;
- ◆ проводить вакцинации ребенка *строго по медицинским показаниям, учитывая противопоказания к ее проведению, все и даже незначительные патологические проявления;*
- ◆ проводить обязательное комплексное динамическое неформальное индивидуально-ориентированное наблюдение за ребенком.

Как утверждает Г.В. Козловская [38] и другие исследователи, «интерес к психическому здоровью детей раннего возраста объясняется актуальностью общемировой проблемы, связанной с ростом числа психических заболеваний среди населения всех возрастов и поиском новых путей их профилактики и лечения. Эффективность профилактических мероприятий повышается при своевременном их проведении, поэтому в педиатрии основные предупредительные первичные профилактические мероприятия по охране физического здоровья необходимо проводить с первого года жизни ребенка. В последние 20–30 лет психиатрия раннего возраста активно развивается не только в западных странах, но и в нашей стране. За эти годы в микропсихиатрии накоплен определенный опыт выявления, клинической квалификации, разных методов лечения и профилактики психических нарушений у детей. Основные отличительные свойства ранней психопатологии можно объединить в несколько признаков. Это *спаянность с неврологическими нарушениями и нарушениями развития нервно-психических функций, соответствие клинической картины возрасту*

ребенка или степени зрелости пораженной морффункциональной системы, совмещение негативных расстройств (симптомов выпадения в виде задержки формирования или регресса функции) с позитивными нарушениями, а также транзиторность иrudиментарность клинических проявлений... В этом возрасте у детей наблюдаются известные проявления психопатологических состояний от функциональных невротического уровня и психотических до церебрально-органических... В то же время в общем фоне клинической картины болезни в младенческом и раннем возрасте преобладают определенные нарушения, отвечающие степени созревания той или иной функции. Наиболее частым оформлением психических нарушений в младенчестве и первые годы жизни являются соматовегетативные дисфункции, нарушения психомоторики и социальных навыков, дезадаптация поведения от унитарного до более сложного, которые маскируют другие психические дисфункции — познавательные, эмоциональные, коммуникативные. Еще одной важной особенностью ранней психопатологии является так называемое распространенное ее проявление в виде *диатезов*, или состояние риска, или повышенной готовности к развитию тех или иных психических нарушений».

Из вышесказанного, очевидно, что при подозрении у ребенка уже в младенческом возрасте, повышенной готовности к развитию тех или иных отклонений в психическом развитии, желательна *консультация микропсихиатра* из психоневрологического диспансера, работающего на базе детской районной поликлиники (при наличии подозрений на патологию и информированном согласии родителей) или *детского невролога, прошедшего специальную подготовку по микропсихиатрии*.

Задачи микропсихиатра или детского невролога, прошедшего специальную подготовку по микропсихиатрии, в период младенчества:

- ♦ выявлять предикты нарушенного психического развития в будущем у ребенка;
- ♦ выявлять группы риска по нарушению психического развития;
- ♦ выявлять на раннем этапе развития ребенкаrudиментарных и транзиторных психопатологических проявлений;
- ♦ оценивать эмоциональное состояние матери в этот период;

- ♦ определять направления комплексных реабилитационных мероприятий с участием клинического психолога и родителей как равноправных партнеров;
- ♦ проводить все реабилитационные мероприятия, включая и медикаментозное лечение, с информированного согласия родителей, письменно подтвержденного;
- ♦ проводить *консультативные* динамические наблюдения ребенка с согласия родителей.

В период младенчества при хорошем психоэмоциональном контакте матери с младенцем правильно формируется коммуникативная сфера ребенка, а также способы передачи различной информации. Укрепляется обратная связь с ребенком. Начинает функционировать диада «мать и дитя». На этом этапе своего развития происходит расширенное знакомство ребенка с окружающим миром, взаимодействие с близкими ему людьми, развивается коммуникативное поведение, происходит моторное развитие, появляется серийность движений, формируются зрительные восприятия и межсенсорные связи, начинают развиваться познавательная деятельность и первые проявления манипулятивной деятельности, а также первая познавательная установка «Что это?», начинается формирование речевой функции от гуления до первых отдельных слов [24].

Как указывают Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, в младенческом возрасте наиболее пристальное внимание следует уделять не просто динамике развития тех или иных сфер психики ребенка, но особенностям развития в периоды: 2,5–3 месяца; 7–8 месяцев; 1-го года. Эти сроки, по их мнению, являются одними из наиболее важных для определения возможности отклонения в развитии ребенка. Но это предложение не исключает постоянного наблюдения за развитием детей в остальные месяцы младенчества [58].

Отсюда следует сделать вывод о необходимости наблюдения ребенка *психологом* в указанные сроки.

Основные задачи психолога в младенческий период, при обучении родителей [61]:

♦ создавать условия для развития у ребенка *эмоционально-личностного* и предпосылок *эмоционально-делового общения* с взрослым, а именно:

- наклоняться над ребенком с улыбкой, ласково разговаривать с ним, стараться вызвать у него зрительное со средоточение и положительный эмоциональный отклик

(комплекс оживления), добиваясь полной структуры комплекса;

- подкреплять появление комплекса оживления ласковым прикосновением, поглаживанием ребенка, брать его на руки, поднимать, прижимать к себе, показывать игрушки, привлекать внимание к ним (зрительное, слуховое) и т.д.;

- устанавливать доверительное тесное общение, используя контакт «глаза в глаза», обнимая малыша руками в вертикальном положении, чтобы он мог постепенно обозревать окружающее пространство и привыкать к нему;

- заботиться о поддержании положительного эмоционального настроения во время бодрствования;

- ♦ учитывать *особенности развития каждого ребенка*, а именно:

- при неполной выраженности комплекса оживления как основного показателя нормального развития ребенка, продолжать применять более близкое эмоциональное общение по мере необходимости (до появления полной и быстрой реакции на обращение взрослого), стимулировать и поощрять проявление двигательной активности как части комплекса оживления, увеличивая количество стимулов;

- стимулирование потребности ребенка в контакте с взрослым, откликаясь на его гукание, лепет, двигательную активность (особенно после еды), при слабой выраженности этого желания у ребенка к нему обращаться более часто, активизировать, играя с ним, трогая его, одновременно разговаривая, вкладывая в его руки погремушки и другие игрушки;

- стимулирование положительных эмоциональных реакций на сотрудничество в процессе предметного манипулирования во втором полугодии жизни;

- ♦ создавать условия для *естественногого эмоционального общения с детьми* путем:

- стимулирования использования ребенком собственных двигательных возможностей; создания условий, в которых дети могли бы проявлять самостоятельность, выкладывая его в манеж; снятия ограничения при передвижении в пространстве комнаты, помогая ребенку изменить положение тела, передвигаться (брать на руки, создавать упор при ползании, поддерживать при ходьбе);

- сопровождения всех действий речью, дополняя ее естественными жестами, живой доброжелательной мими-

кой лица, указаниями на предметы; привлечения внимания к своему лицу, мимике, что дает возможность ему потрогать лицо говорящего, стимулируя подражание предметным и речевым движениям, мимике;

- поддерживания ответных голосовых реакций, лепетных слогов и слов, повторяя их за ребенком, сочетая с жестами;

- побуждения ребенка к поискам говорящего взрослого или ребенка, вместе с ребенком поворачиваясь в сторону говорящего («Посмотри, где тетя?»), улыбаясь, побуждать смотреть на него, тянуть к нему ручки;

- называя окружающих ребенка людей по именам, побуждать его в ответ на имя искать этого человека глазами, смотреть на него;

- для предупреждения возникновения у ребенка состояний эмоционального дискомфорта необходимо полностью исключать неожиданные сильные звуки, крик, громкую речь, а также резкие движения, связанные с изменением положения тела ребенка;

- ◆ создавать условия для разнообразной *двигательной активности* ребенка, а именно:

- посредством игровых упражнений с привлечением разнообразных зрительных и слуховых раздражителей,

- стимулирование и поощрение проявлений двигательной активности как части комплекса оживления, увеличивая количество стимулов, усиливая эмоциональную сторону своего общения с ребенком;

- ◆ обращать особое внимание родителей *развитию произвольных движений руками*, а именно:

- формирование указательной, хватательной, отталкивающей и прочих функций рук в процессе пассивно-активных и активных действий,

- совершенствование способов захвата предметов (всей кистью; тремя, двумя пальцами) в процессе бытовых действий и овладения элементарными игровыми действиями,

- проведение игр-забав для развития движений пальцев («ладушки», «пальчик-пальчик» и пр.),

- использование движений для удовлетворения познавательной активности ребенка (попросить самостоятельно добраться до нового предмета, повернуться так, чтобы удобнее было рассмотреть, взять и т.д.);

♦ создавать условия для начала формирования **познавательного развития**:

- создание условий для стимуляции реакции на появление матери и близких, знакомых лиц;
- активизация зрительного внимания на предметах, находящихся рядом с ребенком и на небольшом удалении;
- стимуляция развития прослеживающей функции глаз;
- создание условий для лучшего обозрения пространства комнаты и пространства за окном комнаты;
- создание условий для развития зрительного восприятия с опорой на другие виды ощущений и восприятия;
- окружение детей звучащими игрушками (погремушки, колокольчики, шарманки, свистящие игрушки), демонстрация их звучания, смена звучащих игрушек;
- побуждение ребенка прислушиваться к звукам, издаваемым различными предметами и игрушками, улыбаться, смеяться в ответ на звучание, тянуться к звучащим предметам, манипулировать ими, замечать исчезновение из поля зрения звучащей игрушки;
- обучение детей прислушиваться к звучанию невидимой игрушки, ожидать ее появления сначала в одном месте (за ширмой, из-под салфетки и т.д.), а затем в разных местах;
- привлечение внимания детей к быстрым и медленным звучаниям игрушек (погремушки, детского аккордеона, металлофона) и музыки, двигаться вместе с малышами в темпе звучания: хлопают ладошками малыша, покачивают на руках или на коленях и т.д.;
- создание условий для восприятия детьми различных звуков окружающего мира — фиксация внимания на различных звуках в быту (стук в дверь, телефонный звонок, шум льющейся воды, звук падающего предмета), называя соответствующие предметы и действия, обращение внимания на пение птиц, жужжание насекомых, звуков, издаваемых животными (собачка лает, кошка мяукает);
- создание условий для восприятия детьми музыки и пения;
- обращать внимание на развитие тактильно-кинестетического восприятия — предоставлять разнообразные ощущения и восприятия путем обогащения предметной среды;

- развитие познавательной активности ребенка — выделение предметов из фона, освоение указательного жеста, применяя совместные действия и непосредственное подражание, подвешивание над ребенком движущиеся предметы для развития прослеживания и возникновения связи «глаз—рука» (предпосылки зрительно-моторной координации);
- стимулирование развития познавательных функций руки и манипулятивных действий с предметами.

Младенческий период является важным для формирования речи ребенка. На этом этапе онтогенеза создаются предпосылки речевого развития.

Являясь социально детерминированным, речевое развитие играет полифункциональную и полиморфную роль в формировании разных видов и формах деятельности. Обязательной предпосылкой к развитию речи является наличие развивающейся окружающей речевой среды, субъекта формирующего речевое высказывание, и субъекта, воспринимающего это высказывание на младенца. Речевое развитие обеспечивается сохранными предпосылками и возможностями биосоциальной природы ребенка и реализации потребности эмоционально-коммуникативного общения [24, 25, 61].

Итак, очевидна необходимость динамического консультирования ребенка *логопедом* на первом году жизни. Основная работа на этом этапе развития детей — информировать родителей как начинает формироваться речь в младенчестве и обучать их приемам, стимулирующим развитие речи.

Задачи логопеда в младенческий период онтогенеза [24, 61]:

- ♦ создавать *предпосылки развития речи*, так как это является условием для речевого развития детей и обеспечивает полноценную речевую среду:
- употребление речи, соответствующей нормам русского языка: говорят голосом нормальной громкости, в нормальном темпе, используют естественную артикуляцию, соблюдают нормы орфоэпии;
- стимулирование речевого развития, вызывая поисковый, познавательный интерес;
- стимулирование развития эмоционального общения, используя оттенки крика, плача, кряхтенья ребенка для установления общения и успокаивание ребенка, опираясь на слуховое внимание к звучащей речи, интонации, голосу, на зрительное восприятие ребенком говорящего;

- дополнение речи естественными жестами, мимикой лица, указаниями на предметы;
- обучение детей различать интонацию: побуждающую, одобрительную, запрещающую, подкрепляя интонацию соответствующей мимикой лица и естественными жестами;
- ♦ наблюдать *за развитием понимания высказывания взрослого*, опираясь на смысловую завершенность интонации и ритма:
 - вызывать у ребенка слуховое восприятие речи — отраженно повторять или называть новые звуки, слоги, слова, связанные с предметом, игрушкой, которая привлекает ребенка, на которую он направляет свой взгляд,
 - называть различные предметы и предлагать ребенку показать их, выполнить простые действия с ними (Где зайка? Возьми зайку.),
 - комментировать поведение ребенка, стимулируя его вокализацию, мимику лица (на основе подражательной деятельности),
 - формировать взаимосвязь между движением и его словесным обозначением, комментируя действия ребенка и собственный образец речью, включая движения и задания «покажи», «дай»,
 - поощрять интерес ребенка к ритмическим движениям, ритмические движения сопровождать песенками, потешками, стихами двусложных размеров, стимулируя ребенка к подражанию движениям, речи взрослого;
- ♦ *поощрение речевых реакций* детей:
 - рассматривая предметы, игрушки, картинки, имитировать действия, голос, способ общения, «речь» персонажей, животных;
 - следить за выполнением простейших инструкций, дополненных жестами;
 - комментировать речью все действия ребенка и свои собственные;
 - организовывать игровые упражнения с движущимися предметами, игрушками, машинами, мячом, сопровождая действия односложными ритмическими словами, типа бах, би-би, ба-ба, тук и т.д.;
- ♦ *поддерживать и развивать имитационные отраженные слоговые цепи* в период развития лепета, внимательно наблюдая за формированием лепета как этапа речевого развития.

Пропущенные или недооцененные отклонения в развитии ребенка в этом возрасте, в дальнейшем нередко приводят к разным степеням нарушенного психофизического, интеллектуального и речевого развития. Поэтому проведение **наблюдения за детьми в этот период развития необходимо с целью выявления отклонений в развитии**, а именно:

- ◆ в развитии моторно-двигательной деятельности:
 - наблюдать за характером и продолжительностью двигательной активности ребенка в период бодрствования;
 - наблюдать за присутствием у ребенка интереса к движениям рук и ног (рассматривает, прослеживает взглядом), попыток изменить положение тела, появление имитации собственных движений и движений взрослого;
 - постепенно увеличивать общую двигательную активность;
 - определять сроки формирования основных двигательных навыков;
 - выявлять индивидуальные особенности овладения двигательными навыками (например, задержка на одном из этапов двигательного развития или быстрый переход на следующий);
 - уделять внимание на изменения качественной стороны движений (общей импульсивности, уменьшение движений, увеличение дифференциации движений в отдельных мышечных группах, уменьшение количества сопутствующих движений);
 - отмечать снижение интереса и результативности действий бытового характера;
 - наблюдать за развитием основных движений (держит голову, сидит, ползает, к концу года стоит у опоры и делает первые шаги);
- ◆ в развитии зрительного восприятия:
 - наблюдать за зрительными реакциями ребенка на появление знакомых и новых лиц, разноцветных игрушек, предметов;
 - выявлять сложения за движущимися взрослыми, предметами;
 - наблюдать за координацией рук и глаз, движений рук и глаз;
 - обращать внимание на развитие действий с предметами и игрушками вблизи и на расстоянии;

- обращать внимание на наличие фиксации взгляда на лицо говорящего, рассматривания его, имеется ли попытка подражать артикуляционным движениям;
- ◆ в развитии *слухового восприятия*:
 - наблюдать за реакциями ребенка на звучания игрушек, бытовые шумы, замирания в ответ на звучание, прислушивании, наличии вокализаций в ответ на звучания, голос матери или другого взрослого;
 - организовывать игры с целью выявления реакций детей на звучания игрушек (барабан, гармонь, металлофон, дудочка, погремушка и др.) вне поля зрения ребенка;
 - оценивать расстояния, с которого ребенок дает двигательные, эмоциональные реакции на звук, их соответствие силе звука;
 - наблюдать за реакциями детей (к году) на обращенную речь, понимание простых побуждений, вопросов;
 - обращать внимание на ответные реакции ребенка (взгляд в сторону предмета или человека, протягивание ручек и др.);
- ◆ в развитии *познавательной деятельности*:
 - наблюдать за реакциями ребенка в процессе эмоционального общения;
 - наблюдать за быстротой эмоционального отклика ребенка на ласковое обращение взрослого, за полнотой и интенсивностью комплекса «оживления»;
 - наблюдать за развитием сенсорных функций (за фиксацией взора на близко расположенных предметах, лице взрослого, прослеживанием за движущимся объектом, прислушиванием к звукам, поворачиванием головы в сторону источника звука и пр.);
 - наблюдать за активностью ребенка с целью привлечь к себе внимание взрослого (его реакция на появление и исчезновение);
 - наблюдать за познавательным развитием руки;
- ◆ в развитии *первых речевых проявлений* ребенка:
 - отмечать, как активно лепечет ребенок;
 - наблюдать, есть ли лепет в ответ на говорение взрослого, доставляет ли ему удовольствие такое общение (трягает ли губы говорящего, внимательно смотрит на них);
 - наблюдать за появлением у ребенка интереса к разного рода ритмическим движениям (приседания под песенки, стишк и пр.) и стремлением подражать движениям взрослого;

- наблюдать, является ли крик способом общения, выполняет ли социальную функцию, внимательно вслушиваясь, имеются ли гласные в крике и плаче ребенка, есть ли подготовительный этап крахтенья перед криком (наличие крика «на одной ноте» в различных ситуациях, отсутствие музыкальности, бедность интонаций свидетельствует о нарушении раннего предречевого развития);
- наблюдать за наличием певучих звуков: а-а, э-э, о-о и др., которые возникают на основе зрительного и слухового сосредоточения (отсутствие этих звуков требует стимулирования от окружающих ребенка взрослых, включения подражания);
- наблюдать за подвижностью органов артикуляции ребенка, выявляя детей с малоподвижной артикуляцией (малоподвижная артикуляция может явиться признаком серьезных отклонений);
- наблюдать за возможностью имитации и повторения слов, за насыщенностью слогами, за разноударностью, за возможностью эмоционального произнесения разнообразных слов с различной интонацией (отсутствие отраженного лепета после 6-ти месяцев свидетельствует об отклонении формирования речи);
- наблюдать за манипулированием с предметами, на наличие звукового, слогового, а к году и словесного сопровождения действий ребенка;
- наблюдать за пониманием и выполнением ребенком простых словесных инструкций, дополненных жестами, способностью ребенком выбирать предмет по словесному указанию взрослого;
- наблюдать за появлением у ребенка возможности слушания потешек, стихов, музыки, на рассматривание крупных картинок;
- ♦ в развитии социального общения и поведения:
 - выявлять группы детей, нуждающихся в дополнительном внимании вследствие воздействия на них различных неблагоприятных факторов (дети из социально неблагополучных семей, сироты, дети с различными нарушениями со стороны здоровья);
 - на основании наблюдений за реакциями ребенка на доброжелательное внимание к нему со стороны взрослого выявлять детей со сниженной потребностью в общении, доходящей до полного отказа от контактов;

- выявлять у детей второго полугодия жизни отсутствие избирательного эмоционального реагирования на своих и чужих взрослых;
- наблюдать за простейшими проявлениями социальной и познавательной активности и выявлять детей, характеризующихся явно повышенным или, наоборот, сниженным уровнем общей и двигательной активности, ее хаотичностью, сниженным фоном настроения, отсутствием способности к сосредоточению на эмоциональном взаимодействии со взрослым или на игрушках, болезненно реагирующих на любые изменения в окружающей обстановке (новая еда, одежда, игрушки и т.д.);
- использовать простейшие формы объективной регистрации результатов наблюдений в заранее подготовленные, специальные формы на каждого ребенка (дневники наблюдений);

- особо следить за детьми, у которых наблюдаемые особенности в поведении имеют множественный характер (ребенок избегает контакта глаз с окружающими людьми, страхом реагирует на появление в поле зрения новой игрушки, особенно напоминающей человеческое лицо, долго не может привыкнуть к новой пище и т.д.), отличаются выраженным своеобразием, длительностью и интенсивностью таких проявлений.

Таким образом, совершенно очевидна необходимость наблюдения и консультирование детей в младенческий период группой специалистов, а именно: *педиатром, детским неврологом, эндокринологом, иммунологом-аллергологом, генетиком, психологом-логопедом и детским микропсихиатром* (только при информированном и письменном согласии законных представителей ребенка, т.е. родителей или опекунов).

2.1.5. Ранний дошкольный возраст

Наблюдения и сопровождения (профилактика) в раннем дошкольном возрасте

Ранний дошкольный период характеризуется дальнейшим развитием физических, моторных функций, улучшением координации, стремительным развитием психических функций, повышением познавательного интереса к окружающему миру, быстрым развитием экспрессивной и импресивной речи, формированием коммуникативной сферы, эмо-

циональные реакции становятся более дифференцированными и насыщенными. В этом возрасте некоторые дети начинают посещать ДОУ.

Биологические факторы, которые могут привести в этом возрасте к формированию нарушенного развития, достаточно многочисленны и многообразны (см. Раздел II, глава 1). Это инфекционные и соматические заболевания, различные травмы, операции, проводимые под наркозом, выраженные проявления последствий перинатального поражения ЦНС, иммунные или аллергические проявления, эндокринные нарушения, частые острые респираторно-вирусные инфекции, инфекционные заболевания детского возраста, аллергические заболевания, бронхиальная астма, последствия перенесенных постvakцинальных реакций, острые пневмонии, гипотрофии, анемии. На этом этапе онтогенеза могут быть диагностированы эндокринные заболевания (гипотиреоз, начальные проявления ожирения и пр.), а также острый пиелонефрит, нарушения нервно-психической сферы (нейродермит, судорожные проявления, последствия черепно-мозговой травмы, внутричерепная гипертензия, нарушения церебральной гемодинамики, вегетовисцеральные нарушения, проявления психоорганического синдрома, различные эмоционально-поведенческие нарушения, характерные для детского возраста), наследственные заболевания (ихтиоз, синдром Клайнфелтера), различные оперативные вмешательства, в том числе и нейрохирургические.

Нередко родители, не понимая и не зная психофизических и интеллектуальных особенностей развития детей, предъявляют своему ребенку требования, несоответствующие состоянию его физических, психоэмоциональных и возрастных возможностей. В семье начинают возникать конфликты по поводу воспитания детей, начинают складываться неблагоприятные стили детско-родительских отношений, что в дальнейшем может привести к возникновению у детей эмоционально-поведенческих нарушений, которые часто приводят к снижению или отказу от познавательной деятельности. Такое положение способствует формированию нарушенного развития ребенка.

В последние годы количество детей этой возрастной категории, посещающих ДОУ, становится больше в связи с тем, что многие матери по финансовым или карьерным причинам выходят на работу до окончания декретного отпуска.

Адаптация к новым социальным условиям ДОУ у части детей раннего возраста может быть затяжной, протекающей с различной степенью тяжести.

Именно ранний дошкольный возраст является чрезвычайно важным для речевого развития. В этот период формируются морфологические изменения, развивается связное высказывание, диалогическая форма речи. Речь начинает носить коммуникативно-социальный характер. Выражены характерные признаки речевого обобщения и становления регуляции речью поведения. Формируется система «Я», развитие самосознания находит отражение в речевом поведении, в выборе лексических и эмоционально-выразительных средств [25, 61]. Как утверждает Л.Р. Давидович [24, 61], именно сформированность системы «Я» способствует появлению самооценки и стремлению соответствовать требованиям взрослого.

Из вышесказанного следует, что для предупреждения нарушенного развития в раннем дошкольном возрасте необходимо координированное динамическое наблюдение ребенка бригадой специалистов: *педиатром, детским неврологом, отоларингологом, психологом, логопедом*. Желательно в этом возрасте консультирование *эндокринологом, иммунологом-аллергологом, дефектологом, воспитателем* ДОУ. При риске возникновения отклоняющегося развития и при информированном согласии родителей предложить родителям проконсультировать ребенка у *детского психиатра*.

Учреждения, которые должны начинать раннюю профилактику в ранний дошкольный период:

- ◆ детская районная поликлиника;
- ◆ материнские центры;
- ◆ неврологические центры;
- ◆ иммунологические или аллергологические центры;
- ◆ генетические кабинеты или центры;
- ◆ эндокринологические кабинеты или центры;
- ◆ отоларингологические и сурдологические кабинеты и центры;
- ◆ центры по предупреждения нарушения зрения и его коррекции;
- ◆ логопедические кабинеты;
- ◆ психологические кабинеты или центры;
- ◆ детские ДОУ.

Задачи врачей-специалистов при ведении детей раннего дошкольного возраста:

- ♦ определять морфологические признаки патологии, обусловленной воздействием неблагоприятных факторов на антенатальный, интранатальный, неонатальный и младенческий периоды;
- ♦ объяснять причины и механизм их воздействия, определять исход и оценивать значение для дальнейшего развития ребенка;
- ♦ организовывать рациональное питание ребенка, его режим;
- ♦ информировать родителей о диагностированных отклонениях в состоянии ребенка, разъяснять причины их возникновения, исхода и необходимости проведения реабилитационных мероприятий:
 - профилактика респираторно-вирусных заболеваний;
 - профилактика инфекционных заболеваний;
 - профилактика развития соматических заболеваний;
 - своевременная диагностика нарушений со стороны иммунной, эндокринной систем;
 - ранняя диагностика последствий поражения ЦНС любого генеза и дальнейшая комплексная реабилитация;
- ♦ необходимо *выявлять симптомы и синдромы, указывающие на нарушения в неврологическом и психоэмоциональном состоянии ребенка* в раннем дошкольном возрасте, а именно:
 - двигательную расторможенность или вялость ребенка;
 - прерывистый ночной сон;
 - беспокойный тревожный сон;
 - чуткий сон;
 - беспричинные пронзительные крики и длительные крики во сне с неполным пробуждением (не успокаивается на руках);
 - отсутствие дневного сна;
 - наличие резидуальной неврологической микросимптоматики;
 - непостоянное косоглазие;
 - сниженный аппетит;
 - повышенный аппетит;
 - выраженная избирательность в еде;
 - судорожные проявления на фоне высокой температуры;

- отклонения в формировании игровой деятельности;
- отклонения в формировании коммуникативной сферы;
- отклонения в сроках развития психоэмоциональном и речевом развитии;
- раннюю диагностику наследственных и хромосомных заболеваний;
- раннее своевременное комплексное медикаментозное лечение с учетом углубленного обследования и данных анамнеза;
- ♦ проводить вакцинации ребенка строго по медицинским показаниям, учитывая противопоказания к проведению ее — все и даже незначительные патологические проявления;
- ♦ обязательное комплексное динамическое неформальное индивидуально-ориентированное наблюдение за ребенком.

Задачи микропсихиатра или детского невролога в период раннего дошкольного возраста:

- ♦ выявлять *предикты нарушенного психического развития в будущем* у ребенка;
- ♦ выявлять группы риска детей по нарушению психоэмоционального, речевого и коммуникативного развития;
- ♦ выявлять на этом этапе развития ребенка *рудиментарные и транзиторные психопатологические проявления*;
- ♦ оценивать эмоциональное состояние матери в этот период;
- ♦ выявлять неблагополучные детско-родительские отношения;
- ♦ коррекция неблагополучных детско-родительских отношений по системе «*Особые дети — особое общение*»;
- ♦ определять направления комплексных реабилитационных мероприятий с участием клинического психолога и родителей как равноправных партнеров;
- ♦ проводить *все реабилитационные мероприятия, включая и медикаментозное лечение, с информированного согласия родителей, письменно подтвержденного*;
- ♦ проводить *консультативные динамические наблюдения* ребенка с согласия родителей.

Основные задачи психолога, воспитателя ДОУ, дефектолога в ранний дошкольный период, а также при обучении ими родителей [61]:

♦ создание условий для *взаимодействия взрослых с детьми*, особенно в случаях выявления отклонений в развитии, а именно:

- не акцентировать внимание на имеющихся у ребенка трудностях, не говорить об этом вслух как при взрослых, так и при других детях во избежание отрицательных состояний ребенка, предупреждения стрессовых ситуаций;
- оказывать индивидуальную помощь очень деликатно, без отрицательных оценок, подчеркивая достижения и поддерживая положительное отношение к взаимодействию с взрослыми и детьми;
- работать в тесном контакте с родителями и всеми специалистами для обеспечения единого подхода к воспитанию и развитию ребенка;
- ♦ создание *условий в процессе взаимодействия*, учитывая характер отклонений в развитии ребенка (обязательно учитывать *индивидуальные двигательные, психофизиологические, эмоциональные и речевые возможности*):
 - при *нарушении зрения* следить, чтобы ребенок пользовался очками в режиме, определенном врачом, следить за чистотой очков, учитывать особенности зрительного восприятия при подборе и предъявлении дидактического материала, при необходимости ставить дополнительные источники света, регулировать зрительные нагрузки, особенно при использовании видео- и телевизионной аппаратуры, компьютеров;
 - с *детьми с нарушениями слуха* использовать знакомые ребенку слова и фразы, уточнять понимание речи окружающих, обращать внимание на то, чтобы ребенок хорошо видел лица говорящих людей, следить, чтобы ребенок, имеющий слуховой аппарат, пользовался им, помогать устраниить причины неисправности аппарата, помогать ребенку общаться с другими детьми, поддерживать общение, предлагая темы игр, рисования и др.;
 - при *затруднениях ребенка в решении познавательных задач терпеливо, без раздражения и оценочных суждений* использовать дополнительные объяснения, показ, совместные действия и прочее;
 - обращать внимание на *состояние эмоциональных и поведенческих реакций детей по поводу одобрения или неодобрения их действий взрослыми*;
 - уделять *дополнительное внимание детям со сниженной или полностью отсутствующей реакцией на одобрение*

ние и признание его деятельности;

♦ *создание условий для установления контакта с безре-чевыми или плохо говорящими детьми:*

▪ проявлять повышенное внимание к любому обращению со стороны ребенка, доброжелательно выслушивать, уточнять сказанное, использовать естественные жесты, указания на предметы, вместе с ребенком радоваться взаимопониманию;

▪ поощрять и стимулировать речевую активность детей, стараться не фиксировать внимание на качестве произношения, не перебивать и не исправлять ребенка, сказанное ребенком повторять, побуждая к повторению, но не настаивая на этом;

▪ поддерживать общение между детьми;

♦ *создание условий для эмоционально-делового общения:*

▪ организовывать эмоционально-деловое сотрудничество с детьми, раскрывая способы действий с предметами, побуждая и поощряя стремление детей к подражанию;

▪ формировать инициативу детей к совместной деятельности и играм;

♦ *создание условий для формирования у ребенка первоначальных представлений о себе:*

▪ формировать у ребенка интерес к себе, привлекать внимание к его зеркальному отражению, гладить по головке, называть ребенка, показывая на отражение, по имени, соотнося жестом («Кто там? Васенька! И тут Васенька!»);

▪ рассматривать с детьми фотографии, побуждать находить себя, других членов семьи, радоваться вместе с ними, указывать друг на друга, называть по имени, рисовать ребенка одного, с мамой, среди друзей и т.п.;

▪ обращать внимание на формирование у ребенка заинтересованности в признании его усилий, стремлении к сотрудничеству со взрослым, направленности на получение результата;

♦ *создание условий для привлечения внимания и интереса к сверстникам:*

▪ учить выражать расположение путем ласкового дотрагивания, поглаживания, заглядывания в глаза друг другу;

▪ обучать детей взаимодействовать на положительной эмоциональной основе, не причиняя друг другу вреда, учить обмениваться игрушками, просить их отдавать по

просьбе другого ребенка, по взаимному соглашению и по правилам;

- создавать условия для совместных игр детей и взрослых (игры с мячом, песком, водой и пр.);
- ◆ создание условий для *гармоничного развития моторно-двигательной деятельности*:
 - обеспечивать возможности для удовлетворения ребенком потребности в двигательной активности;
 - осуществлять контроль и регуляцию двигательной активности отдельных детей;
 - стимулировать увеличения количества передвижений у детей, склонных к снижению двигательной активности (включать их в совместные игры, в выполнение хозяйствственно-бытовых поручений);
 - деликатно ограничивать у детей повышенную подвижность (попросить посидеть рядом, так как вам очень хорошо с ним, рассказать об эмоционально значимых событиях, предложить нарисовать рисунок и пр.);
 - создавать условия для овладения и совершенствования основных движений: ходьбы, бега, ползания и лазания, катания, бросания и ловли, прыжков (например, предлагают детям игровые задания на специальных занятиях и в период свободной деятельности: «пройди между стульями», «попрыгай как зайка» и т.д.);
 - следить за осанкой детей во все режимные моменты;
 - проводить упражнения, направленные на регуляцию тонуса мускулатуры, развивая у детей самостоятельный контроль за работой различных мышечных групп на основе контрастных ощущений («сосулька зимой» — мышцы напряжены, «сосулька весной» — мышцы расслабляются);
 - проводить специальные игры и упражнения, стимулирующие формирование пятко-пальцевого переката (ходьба по следам, разной поверхности — песку, мату...; захват ступнями, пальцами ног предметов);
 - создавать условия для развития и совершенствования движений кистей и пальцев рук (в целенаправленных играх типа «сорока-белобока», в ходе действий с игрушками и предметами-заместителями, в процессе овладения навыками самообслуживания, в действиях с пластилином, карандашом и т.п.);
 - совершенствовать мимическую и артикуляционную моторику в упражнениях подражательного характера

(яркое солнышко — плотно сомкнули веки, обида — на-
дули щеки...);

▪ создавать условия для развития образности движе-
ний, выражения с их помощью (пантомимики, жестов)
эмоциональных состояний при формировании и закре-
плении двигательных навыков, воссоздании игровых об-
разов (дворник, повар...) и т.п.;

▪ формировать у детей координированные движения,
используя музыку (выполнять определенные движения в
соответствии с темпом, ритмом, характером музыкально-
го произведения);

▪ предлагать задания, направленные на формирова-
ние координации движений и слова, сопровождать вы-
полнение упражнений доступным речевым материалом
(дети могут одновременно выполнять движения и про-
износить речевой материал, или же один ребенок или
взрослый проговаривает его, остальные — выполнят-
ют);

▪ учить детей выполнять двигательные задания в кол-
лективе сверстников, учитывая интересы, обращая вни-
мания на трудности других детей;

♦ создание условий для *формирования познавательной
деятельности*:

▪ создавать условия для узнавания и называния основ-
ных цветов, форм, величин в процессе действий с предме-
тами, их соотнесения по этим признакам;

▪ создавать условия для ориентировки в пространстве;

▪ формировать у детей возможность оценивать рассто-
яния в большом пространстве;

▪ развивать у детей определение расстояния близко/
далеко от себя и ориентировку на самом себе (наверху,
внизу);

▪ формировать у детей *восприятие и воспроизведение
сложных форм* в конструировании, ориентируясь на вос-
приятие геометрических фигур;

▪ стимулировать развитие *зрительного внимания*: из-
менения в цвете, форме, количестве предметов;

▪ поддерживать и развивать интерес у детей к звукам
окружающего мира;

▪ обучать детей узнавать бытовые звуки, шум работаю-
щих электроприборов (пылесоса, стиральной машины и
др.), находить звучащие предметы, называть предметы и
действия, подражать им (пылесос гудит — ж-ж-ж-ж и пр.);

- на прогулках расширять представления о звуках природы (шуме ветра, ударах грома и др.), голосах животных, учить детей подражать им;
- организовывать игры по *развитию слухового восприятия*, в которых знакомят детей со звучащими игрушками и предметами (барабан, бубен, дудочка и др.), учат различать скрытые от ребенка игрушки по их звучанию, голоса животных;
- ♦ создание условий *для формирования пространственной ориентировки* на звук, звучания игрушек в качестве сигнала к началу или прекращению действий в подвижных играх и упражнениях, побуждение к определению расположения звучащего предмета, бежать к нему, показывать и называть его;
- ♦ создание условий *для формирования представлений о характеристиках звуков*:
 - привлекать внимание к темпу звучаний (быстро/медленно), силе звуков (громко/тихо);
 - побуждать реагировать на изменение темпа и интенсивности;
 - проводить с детьми игры по развитию слухового восприятия, в которых учат детей реагировать на громкие/тихие, быстрые/медленные, долгие/краткие звучания игрушек и речи путем изменения характера движений, произнесения звуков, проговаривания потешек и стихов;
- ♦ создание условий *для развития музыкального слуха* детей;
 - формировать у детей интерес и желания к прослушиванию музыки, умения реагировать на начало и окончание музыки;
 - обучать детей двигаться *под музыку, реагируя на темп и динамику музыкального произведения*;
 - побуждать различать и по-разному реагировать на музыку маршевого и плясового, спокойного и веселого характера;
- ♦ создание *условий для развития предметной деятельности*:
 - предлагать детям предметы, разнообразные по форме, цвету, размеру, материалам, фактуре и пр.;
 - привлекать внимание детей к окружающим предметам, пользуясь указательным и соотносящим жестом;
 - формировать направленность на функциональные свойства предметов (познавательной установки «Что с

ним можно делать?»), соблюдать внимательное отношение к возникновению у ребенка желания действовать с различными предметами;

- организовывать специальные игры и упражнения, способствующие развитию мелких движений рук и операционально-технической стороны предметной деятельности (накладывания, прикладывания, совмещения, вталкивания-выталкивания, открывания-закрывания и пр.);

- одобрять и всячески поощрять детей за правильное использование различных предметов и игрушек, в случае затруднений или неудачной деятельности применять совместные действия (действуют руками ребенка), радоваться удаче, хлопать в ладоши, улыбаться, говорить соответствующие слова;

- в ходе предметной деятельности учить детей ориентировочным действиям: переходу от действия силой (например, при закрывании коробочек разной формы) к осторожной «поисковой» результативной пробе, хвалить и радоваться вместе с ребенком удаче, побуждать к самостоятельным пробам;

- ♦ создание условий для развития предметной (режиссерской) игры:

- развивать у детей особое отношение к кукле как заместителю человека;

- в процессе игр с сюжетными игрушками обучать ребенка производить по подражанию отдельные игровые действия с сюжетными игрушками (кукла, мягкие игрушки), вместе с ребенком купать, кормить куклу или игрушку и т.д.,

- формировать у детей умение объединять отдельные действия в игровые цепочки;

- формировать у детей способность к замещению в игровой деятельности: проведение специальных игр и упражнений по развитию предметного замещения, оказание помощи детям осваивать действия замещения, связывать эту работу с использованием предметов-заместителей в предметной игре, обучать переименованию предметов в случае использования их в новом значении, уделять внимание играм с «превращениями», используя простейшие игры типа «Воробышки и кот», «Самолеты» и пр., обращать особое внимание на эти игры в ходе музыкальных занятий;

♦ создание условий *для развития первых форм мышления*:

- стимулировать развитие опосредованных действий как основы наглядно-действенного мышления, создавать специальные наглядные проблемные ситуации, требующие применения вспомогательных предметов и орудий;

- поддерживать и формировать направленности ребенка на достижение цели;

- обучать детей рассматриванию наглядной проблемной ситуации, осознанию цели, анализированию условий с точки зрения заданной цели, осуществлять поиск вспомогательных средств (достать недоступный руке предмет; выловить из банки разные предметы, используя соответствующее приспособление и пр.);

- знакомить детей с разнообразием орудий и вспомогательных средств, обучать действовать с бытовыми предметами-орудиями: ложкой, совком, щеткой, веником, грабельками, наборами для песка и пр.;

♦ формирование *предпосылок изобразительной деятельности*:

- рисовать для ребенка по его просьбе или специально с целью вызвать у него интерес к изображению и к себе как объекту для изображения;

- в создаваемых изображениях отражать жизнь непосредственно самого ребенка, его бытовой, предметно-игровой, положительный эмоциональный опыт;

- рисование сопровождать эмоциональным рассказыванием;

- побуждать детей демонстрировать изображенные на рисунке действия по подражанию и самостоятельно;

- развивать у детей восприятия плоскостных изображений, уделяя особое внимание развитию восприятия человека и его действий, рассматриванию картинок, иллюстраций в книгах;

- обучать воспроизведению действий изображенных персонажей;

- обучать лепке детей, применяя скульптурный способ, фигурки людей, животных, включая их в последующую совместную игру (собачка просит есть, бегает, спит, «служит» и т.д.);

♦ поощрение *собственной доизобразительной активности детей*:

- создавать условия для развития самостоятельного черкания карандашами, мелками, волоконными карандашами и пр.;
- совместно с ребенком направлять на ассоциирование каракулей с обликом знакомых предметов, поощрять их «узнавание» и называние с целью «опредмечивания», вместе с ним радоваться узнаванию;
- стимулировать развитие интереса детей к пластическим материалам (тесту, глине), в процессе которого дети разминают, разрывают, соединяют куски теста, расплющивают и т.д., а взрослые придают затем этим кускам предметный вид, что закрепляется в слове и дальнейшем обыгрывании;
- знакомить ребенка с кистью и kleem;
- выполнять вместе с детьми задания, включающие наклеивание заготовок по всему пространству листа («Цветы на лугу», «Шарики рассыпались», «Игрушки» и пр.);
- знакомить с составлением простейших декоративных узоров, составленных по принципу повторности и чередования в процессе «подвижной аппликации», без наклеивания;
- ♦ проведение с детьми *строительно-конструктивных игр*:
 - обучать детей строительно-конструктивным играм;
 - демонстрировать детям примеры конструирования (строить загоны и домики для зверей, мебель для куклы и пр.) с целью формирования интереса к конструктивным материалам и их игровому использованию;
 - формировать у детей желание подражать действиям взрослого;
 - в ходе создания построек формировать у детей умение действовать двумя руками под контролем зрения, поправлять несовмещенные поверхности для придания конструкциям устойчивости и дальнейшего использовать созданной постройки;
 - в случае затруднений у ребенка в данном виде деятельности использовать в качестве ведущих способов для помощи детям непосредственное подражание и совместное с ребенком выполнение при обязательном речевом сопровождении всех осуществляемых действий;
 - обучать детей замечать и исправлять ошибки путем использования указательного и соотносящего жестов (для привлечения внимания детей, указания на ошибку и пр.).

Задачи логопеда в ранний дошкольный период онтогенеза для предупреждения отклонений в развитии речи ребенка [24, 61]:

- ◆ необходимо специалистам и обученным родителям *организовывать, поддерживать и поощрять потребность в речевом общении детей*, поощряя и стимулируя речевые проявления детей: обращения, просьбы, требования;
- ◆ чтобы речь начинала *выполнять функцию организации действий ребенка*, нужно достичь:
 - стимулирования *речевой инициативы детей*:
 - сопровождая действия и деятельность речью, побуждать детей к повторению названий предметов и действий;
 - создавая ситуации для обогащения предметного словаря в различных видах деятельности, опираться на зрительный анализ (связь «образ-слово»);
 - организовывать помочь детям, при этом дополняя речь другими способами общения (мимика лица, его модели, пантомимика, использование зеркала и т.п.), используя зрительно-тактильное обследование, а именно:
 - соблюдение единства и адекватности речи, мимики, пантомимики, жестов — выразительных речевых средств в игре и в ролевом поведении детей;
 - формировать диалог детей, стимулировать речевые реакции, побуждать детей к речевой активности и задаванию вопросов, развивать единство содержания вопрос-ответ, уменение доступно и достойно отвечать на все детские вопросы:
 - поддержание и развитие активной позиции ребенка в диалоге;
 - стимуляцию речевого общения, предлагая образцы речи, моделируя диалоги — от реплики до развернутой речи;
 - поощрение словотворчества детей;
 - проведение речевых игр;
 - при решении проблемных наглядных ситуаций обращать пристальное внимание и организовывать соответствующую работу по расширению словарного запаса детей, называя предмет-цель, предмет-орудие, необходимые действия и пр.;
 - ◆ поддерживать и стимулировать интерес детей к совместному чтению потешек, стихотворных форм, сказок,

рассказов, песенок и т.д., обязательно после прочтения диалога в доступной форме обсуждается и разбирается прочитанное:

- рассматривать с детьми иллюстрации в детских кни-гах, специально подобранные картинки с близким ребенку содержанием, называние персонажей, демонстрация и называние действий;
- рассматривая картинки, обращаться к ребенку с просьбой ответить: «Где киска? Петушок?» и т.д., «Покажи», «А кто бежит? (идет, спит, кашает, кричит...)», «Да это Петушок, как он поет?»;
- создавать схематические зарисовки (на доске, бумаге, специальной доске и пр.);
- читать детям потешки, прибаутки, стихи (в двусложном размере), вызывая у них стремление к совместному и отраженному декларированию, поощрять инициативность речи детей;
- ♦ стимулировать развитие и поддержку игр, развивающих звукоподражание, голос, интонацию, обязательно прослеживать за смысловым единством звукового оформления, выбора лексики, грамматического оформления выразительных и эмоциональных средств устной речи;
- ♦ стимулировать усвоение грамматической системы, моделирование и предложение образцов формы простого и сложного предложения (после 2,5 лет):
 - уделять большое внимание за пониманием обращенной речи, лексического значения и грамматических форм;
 - создавать условия для развития речевого слуха детей;
 - побуждать детей в процессе игр и в быту различать голоса детей и взрослых, названия игрушек, правильно понимать вопросы, просьбы, поучения;
 - обсуждать с детьми игры, рисунки, поделки, аппликации, уточнять понимания слов и выражений, связанных с различными видами деятельности;
 - организовывать игры, обучать детей различать названия игрушек, выполнять поручения, предъявляя слова и фразы голосом нормальной громкости и шепотом на увеличивающемся расстоянии;
 - ♦ развитие речевого слуха детей в процессе чтения и рассказывания:
 - проверять понимание детьми событий, их последовательности в виде доступных ребенку вопросов, направленных на выявление понимания значения отдельных слов;

- проводить демонстрацию поведения персонажей, используя различную интонацию, голос различной высоты для передачи состояния персонажей и его роли в данном произведении.

Возможны ситуации, когда недооцениваются или пропускаются элементы или отклонения в развитии ребенка в раннем дошкольном возрасте, что в будущем может привести к нарушению психофизического, интеллектуального и речевого развития. В связи с этим *необходимо проведение наблюдения за детьми в этот период онтогенеза с целью выявления отклонений в развитии*, а именно:

- ◆ в развитии моторно-двигательной деятельности:
 - наблюдать за общей подвижностью ребенка, стремлением к постоянному изменению положения тела, наличием трудностей сохранения неподвижных поз;
 - фиксировать появление новых двигательных навыков (ходьбы, бега, прыжков, передвижение по лестнице, перешагивание через предметы, катание на велосипеде и т.д.);
 - фиксировать постепенные изменения качественной стороны ранее освоенных движений (возможность изменения положения тел без помощи рук; все большую дифференциацию в развитии общей, мелкой и артикуляционной моторики; общее увеличение координированности, согласованности, плавности движений);
 - наблюдать за правильной осанкой ребенка;
 - наблюдать за успехами детей в разных видах деятельности, которые требуют целенаправленных движений (в игровой, хозяйствственно-бытовой, изобразительной, конструктивной деятельности);
 - фиксировать соответствия двигательных навыков уровню моторного развития, наличие у ребенка самостоятельных попыток использовать их в новых условиях;
 - определять возможности подчинения ребенком собственных движений ритму, заданному различными звуками (отдельное звучание, музыкальное произведение, слово);
- ◆ в развитии зрительного восприятия:
 - фиксировать у ребенка, самостоятельно или по словесной инструкции (дай кубик красного цвета, покажи круг и др.) называет основные цвета, форму, величину предметов;

- определять, как ребенок оценивает расстояние в пространстве от себя (Что близко от тебя? Что далеко от тебя?);
- обращать внимание на ориентировку ребенка на самом себе (Что у тебя наверху? Что внизу?);
- организовывать игры, в которых выявляют узнавание детьми геометрических форм в процессе конструирования (Возьми такую же форму);
- обращать внимание на неловкие действия ребенка с предметами в разных видах деятельности и выделение или невыделение признаков предметов на основе зрительного восприятия (цвета, формы, величины);
- ♦ в развитии *слухового восприятия*:
 - проводить наблюдения за реакциями на различные звуки в быту;
 - проводить специальные игры, в процессе которых выявляют слуховые реакции детей на звучащие игрушки (определение источника звучания, направления звука, расстояния, на котором ребенок воспринимает звуки на слух);
 - проводить специальные игры, в процессе которых наблюдают за состоянием слухового восприятия речи: пониманием названий предметов, поручений, вопросов при предъявлении в играх на слух голосом нормальной громкости и шепотом на различном расстоянии;
- ♦ в развитии *познавательной деятельности*:
 - наблюдать за эмоциональным развитием ребенка — общим эмоциональным состоянием ребенка, его способностью к эмоциональному заражению и подражанию;
 - наблюдать и оценивать собственную активность ребенка с целью вызвать к себе внимание взрослого, стремление к совместной деятельности и деловому сотрудничеству с ним;
 - обращать внимание на качество эмоционального поведения на музыкальных занятиях, в играх, забавах, общении с родителями и в ДОУ;
 - наблюдать за развитием предметного восприятия детей — оценка способности выделять предметы из фона не только зрительно, но и по звучанию, а также на ощупь, анализ способности подражать движениям, анализировать как в процессе предметной деятельности учитываются функциональные и пространственные свойства предметов;

- наблюдать за характером ориентировочных действий, за активностью и разнообразием поисковых проб, за появлением зрительной ориентировки на пространственные свойства объектов;
- наблюдать за развитием восприятия себя и других людей (взрослых и сверстников);
- специально наблюдать за процессом становления у ребенка представлений о себе — любит ли ребенок рассматривать фотографии, находить себя, радоваться узнаванию себя, родных, друзей;
- наблюдать за тем, проявляет ли ребенок желание сообщать о себе что-либо (используя доступные речевые, мимические средства и естественные жесты и пр.);
- наблюдать за проявлением ребенком положительно-го эмоционального интереса к сверстнику, стремится ли к общению, к совместной деятельности;
- анализировать состояние предметной (ведущей) деятельности ребенка;
- наблюдать за активностью ребенка во время действий с предметами — как он смотрит, поглощен ли своими действиями, насколько деятельность разнообразна;
- наблюдать за тем, проявляет ли ребенок инициативу для привлечения взрослого к сотрудничеству, испытывает ли удовольствие от совместной деятельности;
- оценивать не только степень усвоения способов использования предметов, но и качество движений руки (при удерживании, поворачивании, переворачивании, вкладывании и т.д.), при этом необходимо обращать внимание на то, следит ли ребенок глазами за действующими руками (складывается ли система зрительно-двигательной координации);
- наблюдать за способами решения проблемных ситуаций, требующих применения вспомогательных предметов и орудий (что является показателем уровня наглядно-действенного мышления);
- наблюдать за тем, проявляет ли ребенок активность в достижении цели;
- наблюдать за тем, как ребенок осуществляет активные поиски подходящего вспомогательного средства для решения проблемной ситуации;
- наблюдать за использованием ребенком «поисковыми» результативными пробами для достижения результата;

- прослеживать за тем, радуется ли ребенок удаче; гордится ли своими достижениями;
- наблюдать за содержанием предметной игры;
- проводить анализ, есть ли у ребенка любимые игрушки;
- наблюдать за тем, выделяет ли ребенок куклу из других игрушек, отражает ли в игре с куклой свой собственный бытовой и эмоциональный опыт, выражает ли при этом посредством высказываний и движений ласковое отношение к кукле как к ребенку;
- отмечать у детей третьего года жизни возникновение способности к использованию предметов в новом игровом значении (предметы-заместители);
- отмечать, пользуется ли ребенок переименованием предметов при использовании его в новом значении;
- анализировать способности ребенка к подражанию (эмоциональному, деловому, игровому, речевому);
- проводить наблюдения за доизобразительным рисованием детей;
- наблюдать за графической активностью детей, отмечая наличие интенсивности и разнообразия черкания, стремления к наполненности листа;
- необходимо отмечать, имеется ли у ребенка способность придать комплексам штрихов и линий значение (есть ли ассоциативный образ), стремится ли ребенок назвать (определить) каракули;
- отмечать, испытывает ли ребенок потребность в обращении ко взрослому по окончании рисования с целью получить похвалу и оценку собственным достижениям;
- наблюдать за личностным развитием ребенка;
- внимательно анализировать характер взаимодействия со взрослым, отмечать стремление ребенка к совместным действиям, к эмоциональному и деловому общению в ходе сотрудничества;
- отмечать, возникает ли у ребенка к концу раннего возраста стремление к самостоятельности при выполнении действий самообслуживания, в предметной и строительной игре, в рисовании;
- регулярно наблюдать, испытывает ли ребенок гордость, радость от собственных достижений, а также потребность разделить эту радость с близкими и получить от них признание;
- ♦ в развитии речевой деятельности:

- выявлять детей с ограниченной речевой активностью, стимулировать появление вопросы, вопросительных слов:
 - предложение игровых вариантов моделей общения,
 - наблюдение и выявление детей с нарушенной потребностью в общении, с отставанием формирования диалога как части совместной деятельности;
 - при отрицательной динамике направление на консультации врача-специалиста, логопеда и коррекционные занятия;
- выявлять детей с отставанием формирования словарного состава (по частям речи), предметной отнесенностью слов, отсутствием первых словообразовательных моделей, направлять на консультацию и коррекционные занятия к логопеду и на консультацию врача;
- выявлять детей, не усвоивших и не использующих в активной речи основные грамматические формы:
 - такие дети требуют дополнительного внимания и занятий со стороны педагога-воспитателя;
 - при стойких аграмматизмах обязательное обращение к логопеду — консультация и коррекционные занятия;
- выделять детей с трудностями построения к 3 годам полных, грамматически оформленных фраз и составления связного текста:
 - определение характера трудностей — содержание, оценка, грамматические отношения, эмоциональная насыщенность;
 - такие дети требуют дополнительных коррекционных приемов воздействия и обязательного консультирования у врача и логопеда;
- выявлять детей с нарушениями понимания обращенной речи, содержания текста читаемых стихотворений, потешек, сказок, рассказов и т.д.:
 - внимательное наблюдение и выявление детей с трудностями понимания просьб, обращений, указаний;
 - определение уровня трудностей — понимание обобщений, несформированность словарного состава (по категориям, отношениям, наименованиям, действиям, признакам и т.д.);
 - выявление детей с нарушенным пониманием грамматических отношений;

- определение уровня и характера возникающих сложностей словосочетаний, фраз, текстов;
- определение уровня трудности падежных изменений, в категории числа и пр. (в этих случаях рекомендуется обратиться с ребенком к логопеду);
- выявлять детей с нарушенным слуховым и речевым вниманием:
 - проведение индивидуальных игр-занятий, в случаях стойких отклонений необходима консультация специалистов: врачей, логопеда, сурдопедагога;
 - выявлять детей с проблемами фонематического развития;
 - предлагать адекватные приемы, упражнения, направленные на развитие фонематических представлений, на формирование сенсорных эталонов;
 - наблюдать за формированием звукопроизношения в соответствии с возрастными нормами:
 - введение в занятия педагогических приемов коррекции;
 - выявление детей с нарушениями прикуса, артикуляционными проблемами — нарушение строения, малоподвижность, повышенный тонус и т.д.;
 - направление на консультацию к различным специалистам — врачам, стоматологу-ортодонту, логопеду;
 - выявлять детей с неадекватным речевым поведением и использованием выразительных средств устной речи:
 - наблюдение за детьми, имеющими проблемы голоса — форсированный голос, чрезмерно тихий, иссекающий голос, голос, лишенный звонкости, бедный обертонами и т.д. (в этих случаях необходимо проконсультировать ребёнка у специалиста фониатра, отоларинголога, логопеда, сурдопедагога);
 - выявлять детей с проблемами передачи смыслового и эмоционального интонирования, паузирования;
 - применять педагогические приемы воздействия и направлять на консультацию к логопеду;
 - выявлять детей с проблемами установки логического и синтагматического ударения (слоговые цепи, слова, фразы, текст), в таких случаях необходима консультация логопеда;
 - выявление детей с проблемами формирования ритмических структур и темпа речи:

- при появлении первых запинок срочная консультация логопеда, коррекционные занятия;
- консультация детского психиатра или невролога, ориентирующегося в проблемах детской психопатологии;
- обязательное включение родителей в комплексное психолого-медицинско-педагогическое коррекционное воздействие;
- ♦ в развитии *социального общения и поведения*:
 - обеспечивать выявления детей, нуждающихся в особом внимании, в индивидуализированных, а иногда и специальных условиях развития и образования;
 - на основании наблюдений за детьми в различных видах активности (двигательной, социальной, игровой, речевой) выделять детей с отставанием в смене ведущих форм общения со взрослым (тех, у которых вместо преимущественно предметно-действенных средств общения продолжают доминировать только эмоциональные формы взаимодействия);
 - на основании наблюдений за детьми в различных видах активности (двигательной, социальной, игровой, речевой) выделять детей с опережающим развитием внеситуативных, познавательных форм общения;
 - выделять детей со сниженной или полностью отсутствующей реакцией на оценку их деятельности со стороны взрослых, а также детей с повышенной зависимостью от оценки взрослого, с сильными, не соответствующими ситуации эмоциональными реакциями на препятствие или затруднение в деятельности;
 - уделять особое внимание детям, у которых однообразные стереотипные манипулятивные действия с предметами сочетаются с отсутствием или явным снижением эмоционального контакта с близкими взрослыми;
 - выявлять среди детей третьего года жизни тех, у которых сохраняются неспецифические действия со сверстниками как с неодушевленными предметами при отсутствии потребности и элементарных направленных на сверстника специфических коммуникативных действий (привлечение внимания к своим действиям, подражание действиям партнера, простейшие совместные игры и т.д.);
 - использовать простейшие формы объективной регистрации результатов наблюдений, применяя специаль-

ные, заранее подготовленные формы на каждого ребенка (дневники наблюдений, лист адаптации и др., самостоятельно разработанные в учреждении формы регистрации);

▪ особое внимание обращать на детей, у которых наблюдаемые особенности в поведении имеют множественный характер (например, задержка в смене форм общения с взрослым сочетается с однообразными примитивными стереотипными манипуляциями с предметами и с отсутствием возрастных адекватных коммуникативных навыков со сверстниками), а также если эти особенности характеризуются длительностью и интенсивностью проявлений;

▪ при обнаружении у ребенка такого стиля поведения, отличающегося от поведения большинства детей того же возраста и пола, сотрудники организовывают более тщательное наблюдение за ним с привлечением специалистов (психологов, врачей, специальных педагогов, дефектологов, логопедов и т.д.) и только при информированном письменном согласии законных представителей данного ребенка.

Из приведенных данных со всей очевидностью можно утверждать о необходимости наблюдения, ведения и консультирования детей раннего дошкольного возраста бригадой специалистов: *педиатром, детским неврологом, эндокринологом, иммунологом-аллергологом, отоларингологом, окулистом, генетиком, психологом, логопедом, дефектологом, воспитателями ДОУ и детским микропсихиатром* (только при информированном и письменном согласии законных представителей ребенка, т.е. родителей или опекунов).

2.1.6. Дошкольный возраст

Наблюдения и сопровождения (профилактика) в дошкольном возрасте

Дошкольный возрастной период является исключительно важным для развития психики, ВПФ и личности ребенка. Он характеризуется бурным ростом интеллектуальных способностей, перестраивается вся психическая деятельность ребенка, формируется интеллектуальная и познавательная деятельность, является началом социального развития и формирования самооценки. В этот период развития

родителям и специалистам, работающим с детьми, необходимо создавать базу для создания мотивации познавательной деятельности, готовить ребенка к началу систематического обучения.

У детей усложняются коммуникативные, поведенческие и эмоциональные реакции, они усложняются, становятся более дифференцированными.

Речевая деятельность становится одной из ведущих высших психических функций, от ее состояния зависит гармоничное развитие всей психической деятельности ребенка.

Происходит дальнейшее физическое и моторное развитие.

На развитие ребенка в этом возрастном периоде возможно воздействие таких же неблагоприятных факторов, как в предыдущих этапах. К ним нередко присоединяются формирующиеся хронические соматические заболевания, нередко выявляются эндокринные нарушения, повышается риск травматизма, а также чаще отмечаются нарушения поведения, связанные с условиями в семье. Возможные проблемы дошкольного возраста подробно изложены в разделе I, главе 2 (п. 2.4.1.) и разделе II, главе 1.

Учитывая особенности формирования детей дошкольного возраста и все перечисленные возможные отрицательные воздействия на развитие в этот период, необходимо обязательное динамическое внимательное наблюдение следующих специалистов: *педиатра, детского невролога, эндокринолога, иммунолога-аллерголога, отоларинголога, окулиста, генетика, психолога, логопеда, дефектолога, воспитателей ДОУ и детского психиатра* (только при информированном и письменном согласии законных представителей ребенка, т.е. родителей или опекунов).

Учреждения, которые должны проводить раннюю профилактику в дошкольный период:

- ◆ детская районная поликлиника;
- ◆ материнские центры;
- ◆ неврологические центры;
- ◆ иммунологические или аллергологические центры;
- ◆ генетические кабинеты или центры;
- ◆ эндокринологические кабинеты или центры;
- ◆ отоларингологические и сурдологические кабинеты и центры;
- ◆ центры по предупреждению нарушения зрения и его коррекции;

- ♦ логопедические кабинеты;
- ♦ психологические кабинеты или центры;
- ♦ детские ДОУ;
- ♦ группы по подготовке детей в школу при детских садах, начальной школы и центрах по развитию детей.

Задачи врачей-специалистов при ведении детей дошкольного возраста:

- ♦ определять морфологические признаки патологии, обусловленной воздействием неблагоприятных факторов на антенатальный, интранатальный, неонатальный, младенческий периоды и ранний дошкольный возраст;
- ♦ объяснять причины и механизм их развития, определять исход и оценивать значение для дальнейшего развития ребенка;
 - ♦ наблюдать за моторным развитием ребенка во всех видах детской деятельности, где так или иначе ребенок проявляет двигательную активность (в игре, изобразительной деятельности, труде, танцах, на занятиях, в домашней обстановке, в спонтанной двигательной деятельности и пр.);
 - ♦ контролировать и регулировать соотношение статических и динамических видов деятельности в режиме дня (включают физкультминутки, паузы отдыха, релаксации);
 - ♦ организовывать рациональное питание ребенка, и его режим;
 - ♦ информировать родителей о диагносцированных отклонениях в состоянии ребенка, разъяснять причины их возникновения, исхода и необходимости проведения реабилитационных мероприятий:
 - профилактику респираторно-вирусных заболеваний;
 - профилактику инфекционных заболеваний;
 - профилактику развития соматических заболеваний;
 - своевременную диагностику нарушений со стороны иммунной, эндокринной систем;
 - раннюю диагностику последствий поражения ЦНС любого генеза и дальнейшая комплексная реабилитация;
 - ♦ необходимо выявлять симптомы и синдромы, указывающие на нарушения в неврологическом и психоэмоциональном состоянии ребенка в раннем дошкольном возрасте, а именно:
 - двигательная расторможенность или вялость ребенка;
 - прерывистый ночной сон;

- беспокойный тревожный сон;
- чуткий сон;
- беспричинные пронзительные крики и длительные крики во сне с неполным пробуждением (не успокаивается на руках);
- отсутствие дневного сна;
- наличие резидуальной неврологической микросимптоматики;
- непостоянное косоглазие;
- сниженный аппетит;
- повышенный аппетит;
- выраженная избирательность в еде;
- судорожные проявления на фоне высокой температуры;
- ранняя диагностика наследственных и хромосомных заболеваний;
- раннее своевременное комплексное медикаментозное лечение с учетом углубленного обследования и данных анамнеза;
- обязательное комплексное динамическое неформальное индивидуально-ориентированное наблюдение за ребенком;
- ♦ проводить вакцинацию ребенка *строго по медицинским показаниям, учитывая противопоказания к её проведению — все и даже незначительные патологические проявления.*

Задачи детского психиатра или детского невролога, владеющего проблемами детской психопатологии дошкольного возраста:

- ♦ выявлять *предикты нарушенного психического развития в будущем* у ребенка;
- ♦ выявлять группы риска детей по нарушению психоэмоционального, речевого и коммуникативного развития;
- ♦ выявлять на этом этапе развития ребенка *рудиментарные и транзиторные психопатологические проявления*:
 - преобладание манипулятивных и стереотипных действий,
 - наличие хаотичного поведения;
 - постоянная ходьба или бег на мысочках;
 - периодически скользящий взгляд;
 - сниженный аппетит;
 - повышенный аппетит;

- выраженная избирательность в еде;
- отклонения в формировании игровой деятельности;
- эмоциональная отгороженность от домашних, потребность в близких только в ситуации опасности или какой-либо необходимости, связанной с физиологическими потребностями;
- отклонения в формировании коммуникативной сферы;
- отклонения в сроках развития психоэмоциональном и речевом развитии; выявление у ребенка страхов, сверхценных фантазий, тиков, навязчивых состояний и действий;
- выявления сверхценных увлечений и пр.;
- оценка эмоционального состояния матери в этот период;
- выявление неблагополучных детско-родительских отношений;
- ♦ коррекция неблагоприятных детско-родительских отношений по системе «*Особые дети — особое общение*»;
- ♦ определять направления комплексных реабилитационных мероприятий с участием клинического психолога и родителей как равноправных партнеров;
- ♦ проводить *все реабилитационные мероприятия, включая и медикаментозное лечение, с информированного согласия родителей, письменно подтвержденного*;
- ♦ проводить *консультативные динамические наблюдения* ребенка с согласия родителей.

Основные задачи воспитателя ДОУ, дефектолога, психолога в дошкольный период, а также при обучении ими родителей [61]:

- ♦ создание условий для *гармоничного физического развития и здоровья детей* в дошкольный период развития:
 - учитывать при отборе содержания предлагаемых заданий необходимость достижения тонизирующего и тренирующего эффекта в ходе выполнения двигательных упражнений (нагрузка должна не только соответствовать возможностям детей, но и несколько превышать их);
 - контролировать и регулировать уровень психофизической нагрузки (снижая интенсивность движений, частоту повторений, требования к качеству и т.д.) в процессе коррекции недостатков моторного развития и развития разных видов детской деятельности, требующих актив-

ных движений (музыкалько-ритмические занятия, хозяйствственно-бытовые поручения и пр.);

- осуществлять дифференцированный подход к отбору содержания и средств двигательного развития с учетом возрастных физических и индивидуальных возможностей детей;
- способствовать развитию у детей произвольной регуляции в ходе выполнения двигательных заданий;
- при совершенствовании и преодолении недостатков двигательного развития использовать разные сигналы (речевые и неречевые звуки; наглядность в соответствии с возможностями зрительного восприятия);
- обучать подчинять движения темпу и ритму речевых и неречевых сигналов и сочетать выполнение движений с музыкальным сопровождением, речевым материалом;
- проводить специальную работу по обогащению или нормализации двигательной активности детей (привлекать к активным упражнениям и играм пассивных, вялых детей и к более спокойным видам деятельности расторможенных дошкольников);
- внимательно и осторожно подходить к отбору содержания занятий, упражнений, игр для детей, имеющих низкие функциональные показатели деятельности сердечнососудистой и дыхательной систем, нарушения зрения, особенности нервно-психической деятельности (повышенная утомляемость, чрезмерная подвижность или, наоборот, заторможенность и т.д.);
- проводить специальную работу по нормализации деятельности аппорно-двигательного аппарата;
- осуществлять коррекцию недостатков осанки, положения стоп;
- проводить специальную работу по нормализации мышечного тонуса;
- совершенствовать общую моторику, используя подвижные игры, общеразвивающие и корригирующие упражнения для разных мышечных групп;
- акцентировать внимание на развитие мелкой моторики в процессе проведения целенаправленных упражнений;
- развивать мимическую и артикуляционную мускулатуру;
- стимулировать воссоздание эмоционального состояния, используя пение, мелодекламацию в качестве прием-

мов, способствующих развитию артикуляционных движений;

- способствовать совершенствованию основных движений, путем введения новых сложно координированных видов, требующих для их выполнения в разных условиях сочетания нескольких движений;

- совершенствовать движения ловкости, гибкости, силы, выносливости;

- знакомить и расширять представления у детей в ходе подвижных игр о пространственном расположении частей тела, предметов окружающей среды;

- совершенствовать представления о времени (быстро, медленно, долго, медленнее, быстрее и пр.);

- поощрять словесные приемы-инструкции для развития планирующей и регулирующей функции речи при обсуждении плана, хода и результата подвижных игр;

- обучать детей координировать свои действия с действиями сверстников, учитывая их интересы;

- использовать разные формы организации двигательной деятельности: физкультурные занятия, физкультминутки между занятиями, утреннюю гимнастику, разминку после дневного сна, подвижные игры на прогулке и в свободное время от занятий (кроме вечернего времени);

- привлекать родителей к организации двигательной активности детей;

- ♦ создание условий для *гармоничного развития игровой деятельности:*

- организовывать условия для формирования игровой деятельности, а именно:

- организацию игровых уголков, соответствующих потребностям, возможностям и психофизическим возрастным особенностям детей;

- формирование в играх представлений о предметах, социальных отношений, проводя подготовку к ролевым играм;

- проведение игр с «превращениями» в животных, птиц, различный транспорт и пр.;

- использование гимнастических упражнений для создания более выразительных образов посредством речи и движений;

- знакомство детей с разными видами социальных отношений, связывая эти игры с театрализован-

ной и изобразительной деятельностью, развитием речи;

- обучать детей ролевому перевоплощению:

- менять свою позицию по определенному сигналу, входить в роль, менять голос, изменять выражения лица, походку, весь внешний облик и пр.;

- формировать готовность у ребенка «перевоплощаться в разные персонажи», предлагая неоднотипные роли для обогащения моделирования социальных отношений;

- у старших дошкольников формировать умение договариваться о характере игрового образа, правил предстоящей игры и построение ролевого поведения в строгом соответствии с этими правилами;

- содействовать и заботиться об обогащении содержания роли и ролевого поведения, выступая в играх в качестве равноправных партнеров, помогая использовать детям знакомые сказки, иллюстрации, художественные произведения, которые могут способствовать развитию мотивов ролевого поведения и характера персонажа;

- создавать условия партнерских отношений между детьми в игровой деятельности;

- бережно относиться ко всем проявлениям самостоятельности детей во время игры — создание рисунка роли, развития сюжета, речевого сопровождения и пр.;

- обязательно учитывать в коллективных играх особенности личностных предпочтений детей, сферы их интересов;

- поощрять стеснительных детей и не очень психологических открытых детей;

- поддерживать в совместных играх детей доброжелательные отношения;

- способствовать развитию в игре коммуникативной функции речи;

- способствовать обогащению речевого сопровождения сюжетной игры;

- проводить специальные работы с детьми по обучению и созданию выразительных образов;

- формировать у дошкольников осознанного восприятия экспрессивных и мимических движений — понимание выражения лица, позы, жестов, походки играющих и пр.;

- создавать условий для развития воображения в игре;
- вводить в игры условные обозначения, символы и т.д.;
- осуществлять косвенное руководство детьми в ходе ролевых игр, не прибегая к прямому инструктированию и не делая негативных замечаний, не ставя детей в пример друг другу;
- проводить подвижные и спортивные игры с использованием звуковых или световых сигналов, требующих звукового и зрительного внимания;
- поощрять и поддерживать у детей активность, самостоятельность, творчество, инициативу, достаточную самооценку;
- ♦ создание и формирование предпосылок для *развития изобразительной деятельности*:
 - рисование и лепка должны проводиться на глазах у детей, вызывая эмоциональное отношение к себе и окружающим как объектам изображения;
 - знакомить детей с пространственным расположением и цветами предметов в ходе изобразительной деятельности;
 - способствовать развитию восприятия готовых изображений;
 - стимулировать активную изобразительную деятельность:
 - вызывать стремление к желанию рисовать или лепить;
 - стимулировать активность действий с тестом, глиной;
 - поощрять ассоциирование каракулей и неоформленных кусков теста, пластилина, или глины с образами известных предметов или персонажей;
 - создавать условия для изобразительной деятельности и в свободное от занятий время;
 - формировать у дошкольников мотивацию изобразительной деятельности, развивать интерес к ней;
 - способствовать возникновению у детей социальных мотивов изобразительной деятельности;
 - положительно оценивать участие детей в данной творческой деятельности, не делая критического отрицательного анализа их работы;
 - формировать ориентировочно-исследовательский этап изобразительной деятельности, т.е. изучение объекта перед изображением;

- проявлять заботу о расширении содержания рисунков и поделок дошкольников;
- способствовать побуждению у детей изображать себя, свою семью, окружающих взрослых и сверстников;
- проводить работы в изобразительной деятельности ребенка по изучению фигуры человека и ее пропорций;
- использовать сюжетные рисунки на занятиях по развитию речи;
- создавать условия по развитию творческих способностей детей;
- создавать условия для развития самостоятельности и творческой инициативы;
- знакомить дошкольников с разными видами изобразительного искусства и развивать художественный классический вкус;
- ♦ создание условий и предпосылок для *развития элементарных математических представлений*:
 - создавать условия для развития у детей предматематических представлений;
 - в сенсорный (дочисловой) период формировать у детей умение сравнивать предметы, объединять их в группы на основе выделенного признака (формы, размера, расположения), составлять ряды-серии (по размеру, расположению);
 - создавать условия для практических действий с дочисловыми множествами, обучать практическим способам сравнения множеств путем наложения и приложения;
 - знакомить дошкольников со словами «больше-меньше», а также с конкретными обозначениями («длиннее-короче», «выше-ниже», «толще-тоньше» и пр.);
 - заботиться о том, чтобы дети выполняли действия сравнения по слову, а также отражали выполненное действие в собственном объяснении;
 - уделять особое внимание на осознанность действий детей, ориентировку на содержание множеств при их сравнении путем установления взаимно однозначного соответствия (приложения один к одному);
 - проводить работу по предупреждению ориентировки на несущественные признаки, например, на общую протяженность множества при редком расположении его элементов;

- знакомить детей с количественной характеристикой числа:

— учить пересчитывать предметы по заданию «Посчитай», пользуясь перекладыванием каждого элемента, прикосновением пальцем к каждому элементу, указательным жестом и просто на основании прослеживания глазами;

— на вопрос «Сколько?» подводить итоговое число;

— учить детей выделять определенное количество предметов из множества по подражанию и образцу, после пересчета и без него, соотносить его с количеством пальцев, палочек и другого символического материала, помогать дошкольникам, чтобы они умели показывать решение на пальцах, счетных палочках и пр.;

- при затруднениях в использовании математической символики уделять внимание практическим действиям и действиям с рукой;

- знакомить детей с элементарными арифметическими задачами:

— обучать выслушивать данные задачи, выделять вопрос;

— применять способ передачи ее содержания в форме диалога (один говорит первую часть условия, второй — другую, третий задает вопрос);

— проводить специальные речевые игры и упражнения на развитие восприятия суффиксально-префиксальных отношений;

— упражнения обязательно сопровождать моделированием, показом действия (улетел, прилетел, перелетел, не долетел, вылетел и пр.);

— знакомить детей с различными символическими обозначениями действий задачи, использованием стрелок, указателей, объединительных и разъединительных линий и пр.;

— обучать детей придумывать задачи по предложенной наглядной ситуации, а затем по представлению, решать их в пределах усвоенного состава числа;

- создание условий для развития ориентировки детей в пространстве:

— условия для осознания детьми пространства путем обогащения их собственного двигательного опыта, обучать их перемещаться в пространстве в заданном

направлении по указанному жесту, с помощью стрелки-вектора, по схеме-маршруту;

— проводить специальные упражнения, способствующие ориентировке в окружающем пространстве с точкой отсчета от себя;

— обучать пониманию слов «Где? Куда? Откуда? В каком направлении?»;

— употреблять необходимые обозначения местонахождения и направления движения, пользуясь при этом движением руки и указательным жестом;

— формировать у детей представления об относительности пространственных отношений, их изменчивости и условности, а также отражение их в речи;

■ формирование представления о времени:

— уделять внимание не просто запоминанию дней недели, месяцев и т.д., а пониманию цикличности времен года, месяцев, дней недели, времени суток;

— использовать наглядные модели;

— обучать установлению возрастных различий между людьми;

— формировать представления о продолжительности жизни, о том, что взрослые люди тоже были маленькими и т.д.;

— формировать понимания временной последовательности событий, причинно-следственные зависимости;

♦ создание предпосылок к *развитию конструктивной деятельности*:

■ создавать специальные зоны для строительно-конструктивных игр в соответствии с возрастными особенностями дошкольников;

■ для старших дошкольников использовать разнообразные конструктивные игры для индивидуального пользования;

■ обеспечивать развитие конструктивной деятельности сборно-разборными игрушками, разрезными картинками и другими конструктивными материалами;

■ развивать интерес к конструированию и стимулированию ассоциирования, «опредмечивания» нагромождений с реальными объектами, поощряя стремление детей называть «узнанную» постройку;

■ во всех случаях положительно принимать и оценивать продукты детской деятельности, радуясь вместе с ними;

- обучать ребенка совершенствовать свои конструкции, устранивая замеченные ошибки самостоятельно либо с помощью взрослого;

- знакомить детей с пространственными свойствами объектов (с пространственными свойствами геометрических фигур и тел, их формой как постоянным признаком, размером и расположением как признаками относительными);

- развивать способности к их идентификации, группировке по двум и нескольким образцам, классификации;

- обучать воспринимать-воспроизводить пространственные отношения между объектами по подражанию, образцу и слову;

- особое внимание обращать на формирование ориентировки в пространстве и пространственных представлений, на изменчивость пространства при передвижении в различных направлениях, поворотах и пр.;

- обучать ходить в заданном направлении по указательному жесту, стрелкам, указателям, выполнять действия и отвечать на вопросы: «Куда? Откуда? Где?»;

- ♦ создание условий для *развития мыслительной деятельности*:

- формировать у детей операции анализа, сравнения, синтеза и пр.;

- обучать анализировать образцы (объемные, плоскостные, графические, схематические модели), а также реальные объекты в определенной последовательности сначала с помощью взрослого, затем самостоятельно;

- обучать детей узнавать объемные фигуры по разным проекциям, рассматривать их с разных сторон с целью точного узнавания, выполнять графические изображения деталей конструкторов (с разных сторон);

- способствовать формированию у детей предварительного образца в процессе складывания разрезной картинки и сборно-разборных игрушек (работу связывают с другими видами продуктивной деятельности);

- проводить работу по узнаванию целого по фрагментам (чай лапы, хвосты, уши; дом — по элементам и т.д.);

- ♦ создание условий для *конструктивного творчества*:

- поощрять стремления осваивать новые конструктивные материалы, видоизменять знакомые по обучению конструктивные образцы;

- поддерживать творческую инициативу детей;

- развивать деловое взаимодействие детей в ходе конструирования, партнерские отношения, совершенствуя кооперативные умения в целом;
- развивать конструктивный замысел детей и сохранять его до получения результата;
- использовать новые конструктивные материалы при выполнении знакомых заданий для выработки у детей переносить умения в новые условия;
- ♦ создание условий для усвоения *терминологической* (пространственной) *лексики и развития различных функций* речи детей:
 - создавать условия для развития всех видов словесной регуляции детской деятельности (от речи после создания постройки до предваряющих выполнений планирующих высказываний);
 - уделять внимание усвоению пространственных предлогов и наречий на основе отражения своего собственного опыта перемещения в пространстве и изменения своего места относительно других объектов;
 - для формирования более осознанного отражения в речи различных пространственных свойств активно использовать указательные жесты, графические символы-указатели, реальные действия / перемещение без изменения направления и при наличии поворотов;
 - для более успешного запоминания слов пространственного значения дать возможность ребенку использовать одновременно движение, жесты, кивки и пр. и название;
 - ♦ формирование целостного предварительного образа предмета:
 - проводить специальные упражнения на узнавание целого по фрагментам, на восстановление целого путем складывания из частей или дополнения недостающих деталей (сборно-разборные игрушки, разрезные картинки, складные кубики, пазлы и пр.);
 - формировать целостный образ путем конструирования из частей, использовать прием накладывания на контур, заполнения имеющихся пустот и пр.;
 - уделять внимание развитию речи, предваряющему процесс воссоздания целого из частей;
 - после выполнения задания дети могут рассказывать о последовательности конструирования, сравнивая с предварительным планом;

- использовать моделирование в качестве основы обучения конструированию, конкретные, обобщенные и схематические модели, в том числе графические модели и т.д.;
- использовать графические модели с видимыми элементами, а также контурные, где составные элементы следует представить;
- совершенствование координации движений обеих рук под контролем зрения:
 - уделять внимание на выработку точных движений рук при совмещении поверхностей (держать одной рукой, перемещать или сдвигать другой) и при контроле результата глазами и рукой;
 - уделять внимание детям в очках при предъявлении заданий с большим количеством элементов (например, в пазлах), применять совмещенные с ребенком действия для достижения положительного результата;
 - поддерживать и поощрять стремление ребенка довести дело до конца;
 - детям, испытывающим трудности в выполнении заданий на ориентировку в пространстве листа (при составлении карты пути, планов и схем), оказывать индивидуальную помощь в виде дополнительного моделирования с использованием объемных предметов;
- ♦ создание условий для *развития у детей музыкального восприятия*:
 - использовать в организации различных занятий с ребенком музыкальную деятельность как средство для активизации и повышения эмоционального фона восприятия окружающего;
 - формировать у детей музыкально-эстетических, зрительно-слуховых и двигательных представлений о средствах музыки, передающих образы объектов, их действия (бежит ручеек, идет медведь и пр.);
 - развивать у ребенка предметного музыкально-ритмического, звуковысотного и тембрового слуха, включая в занятия музыкально звучащие разные предметы и игрушки;
 - развивать у детей эмоциональной отзывчивости в процессе восприятия музыкальных произведений;

- знакомить детей с разными музыкальными инструментами, создавая новые предметные музыкальные представления и ощущения, опираясь на различные виды ощущения;
- обеспечивать участия детей в музыкальной деятельности, т.е. элементарной игре на дудочке, ксилофоне, губной гармошке, барабане и пр.;
- организовывать прослушивания музыки, побуждая детей к слуховому сосредоточению и нацеливанию на восприятие музыкальной гармонии;
- создавать условия для запоминания и узнавания музыкальных произведений и разученных мелодий;
- привлекать внимание детей к звучанию отдельных музыкальных инструментов, оркестра, хоров, отдельных голосов;
- обеспечивать условия для проведения специальных логоритмических занятий;
- ♦ создание условий и предпосылок для развития у детей *театрализованной деятельности*:
 - развивать зрительное и слуховое восприятие театрализованного пространства, свободного передвижения и ориентации в нем;
 - на базе этой деятельности развивать у детей вербальные и невербальные средства общения (мимики, пантомимики, жестов, соответствующих им интонаций дикции, силы, высоты и тембра голоса и пр.);
 - формировать передачу одними и теми же лексическими средствами различных значений, способствуя развитию общения детей;
 - развивать наиболее сложные лексические значения, передающих как непосредственное состояние, так и оттенки эмоциональных состояний;
 - обеспечивать развитие познавательной и регулирующей функции речи, нормализацию темпоритмической стороны речи, способствуя формированию развернутого связного высказывания;
 - обучать детей использовать в своей речи слова и выражения, необходимые для характеристики театральных жанров, действий, атрибутов, костюмов; контролировать понимание ими лексики и поощрять ее использование;
 - создавать условия для ознакомления дошкольников с атрибутами и костюмами персонажей театрализованной

деятельности (с опорой на зрительно-тактильное восприятие через непосредственное обследование);

▪ организовывать и демонстрировать различные световые, звуковые и шумовые театрализованные эффекты;

♦ создание предпосылок для развития *элементарных естественнонаучных представлений* у детей дошкольного возраста:

▪ создавать оптимальные условия для формирования всесторонних представлений об окружающей деятельности, ее объектах и явлениях, используя все виды восприятия детей;

▪ формировать у детей комплексный алгоритм обследования объектов (зрительно-тактильно-слуховой) для выделения максимального количества свойств объекта и понимания основных простых физических явлений в природе;

▪ организовывать наблюдения за различными состояниями природы и ее изменениями, привлекая внимание детей на различие природных звуков (гром, шум ветра, шуршание насекомых и пр.), на изменение световой освещенности дня (во время грозы), на различие голосов животных и птиц и пр.;

▪ формировать связи между образом объекта и обозначающим его словом, правильное его понимание и использование (трещит, поскрипывает и пр.), особенно у детей с недостатками зрительного восприятия и слухового внимания;

▪ обучать детей, основываясь на собственных знаниях и представлениях, уметь составлять рассказы и описывать свои впечатления, используя вербальные и невербальные средства (с опорой на схемы с детьми, испытывающими трудности в связной речи);

▪ создавать подборки к занятиям и наблюдениям различных оптических, световых, звуковых и прочих технических средств и приспособлений, усиливающих и повышающих эффективность восприятия;

♦ создание условий и предпосылок для развития у детей представлений *о месте человека в окружающем мире и общении в нем со взрослыми и сверстниками*:

▪ формировать чувство собственного достоинства, уважения к другому человеку, взрослому, сверстнику через пример (взрослого), восприятие состояния, настроения человека с опорой на словесное описание;

- обучать детей уверенности, умению доказывать и убеждать, разрешать конфликтные ситуации, используя диалог, монолог (умение идти на компромисс для бесконфликтного решения возникшей проблемы, быть терпеливыми, терпимыми и милосердными) и пр.;
- знакомить детей с условиями быта человека, формируя понимание различной знаковой, бытовой, световой и другой окружающей человека информации;
- разъяснять детям назначение различных видов техники и технических устройств (от видов транспорта до бытовых приборов) и обучать элементарное их использование для облегчения самостоятельной ориентировки (учитывая правила техники безопасности);
- ♦ создание условий и предпосылок для формирования **экологической культуры детей**:
 - создавать условия для изучения глобальных, конкретных и абстрактных понятий, устанавливать и усваивать причинно-следственные, целевые и временные представления с опорой на все виды восприятия;
 - способствовать созданию условий за наблюдениями природных объектов и явлений в естественных условиях, обогащая представления детей (особое внимание обращая на детей с недостатками зрительного восприятия, слуха, речи) и побуждая их к высказываниям и описанию того, что они видели, слышали, чувствовали;
 - в процессе высказываний обращать внимание на формирование у детей монолога, диалога, зрительно-речевого и слухового внимания, фонематических и фонетических представлений, связанных с выделением наблюдаемых объектов и явлений, а также обогащение словарного запаса;
 - формировать и закреплять навыки по выполнению действий, связанных с уходом за растениями и животными, уборке помещений, территории двора и др.

Задачи логопеда в дошкольный период онтогенеза для предупреждения отклонений в развитии речи ребенка [24, 61]:

- ♦ создание условий для **развития речевой деятельности и речевого общения детей**:
 - организовывать и поддерживать речевое общение детей на занятиях и вне занятий, побуждение внимательно выслушивать других детей, фиксирование внимания ребенка на содержании высказываний детей;

- создавать ситуации общения для обеспечения мотивации речи;
- воспитывать у ребенка отношение к сверстнику как объекту взаимодействия;
- обращать пристальное внимание на понимание детьми вопросов, сообщений, побуждений, связанных с различными видами деятельности;
- стимулировать обращение к взрослому и сверстнику с сообщениями, вопросами, побуждениями (т. е. использование различных типов коммуникативных высказываний);
- обучать детей отстаивать свое мнение, доказывать, убеждать, разрешать конфликтные ситуации с помощью речи;
- развивать понимание речи на основе выполнения зрительно-двигательной инструкции (с помощью куклы-помощника);
- ♦ создание условий для *уточнения понимания речи* в зависимости от ситуации и контекста:
 - развивать вариативность лексики;
 - способствовать формированию точности смыслового значения слов и выражений, включая переносные, абстрактные и др.;
 - предоставлять возможность оперировать речевыми смысловыми категориями, уделять особое внимание формированию понимания и использования в активной речи малых фольклорных форм (метафор, сравнений, эпитетов, пословиц, образных выражений, поговорок, загадок и др.);
- ♦ создание педагогических условий для *развития и поощрения формы речевой активности детей, как на занятиях, так и вне занятий*:
 - формировать навыки самоконтроля и критического отношения к речи:
 - соблюдать голосовой режим, разговаривая и проводя занятия голосом разговорной громкости, не допуская форсирования голоса, крика;
 - следить за голосовым режимом детей;
 - уточнять звуковое оформление слов;
 - побуждать детей прислушиваться к правильному произнесению и самостоятельно произносить звуки, слоги, слова и т.д.;

- проводить занятия, на которых дети упражняются в координации движений артикуляционного аппарата и мелкой моторики, артикуляционного аппарата и общей моторики;
 - расширять активный словарный состав новыми словами с правильно произносимыми звуками, уточнения их толкование и смысловое значение;
 - организовывать игры на развитие звуковой стороны слов, побуждать к пониманию значения слов, одинаковых по звучанию, но различных по значению (коса, лук и т.д.); отличающихся одним звуком (мишка-миска, точка-дочка-почка и т.д.);
 - привлекать внимание детей к длине слова, последовательности и месте звуков в слове;
- ♦ проведение работы по *развитию слухового и речевого внимания, слухоречевой памяти, слухового контроля* у дошкольников:
 - организовывать игры, упражнения по развитию слухового внимания, направленных на точное восприятие вопросов, понимание словесных инструкций («Небылицы», «Бывает — не бывает», «Будь внимателен» и пр.);
 - организовывать игры на развитие словесной памяти, соотнесение слухового и зрительного образов слов и фраз, уточнения понимания смысловой стороны воспринимаемых высказываний;
 - ♦ создание условий для *развития речевого слуха* дошкольников:
 - фиксировать внимание в процессе обогащения словаря и уточнения смыслового значения слов-названий, свойств, действий на их полноценном слуховом восприятии и правильном воспроизведении (послушай, повтори, скажи, назови);
 - привлекать внимание детей к восприятию интонационной стороны речи, соотносить интонацию с характером, настроением людей;
 - проводить игры с музыкальными инструментами, направленных на узнавание, соотнесение и развитие голоса, интонации, речевого и слухового внимания;
 - ♦ направлять внимание детей в процессе чтения и рассказывания на полноценное слушание, фиксируя последовательность событий;

♦ проведение специальных упражнений по **формированию восприятия фонематической стороны речи**:

■ обучать дошкольников определять место звуков в слове, место ударения, отличительные признаки фонем, количество и последовательность звуков и словогов;

■ на музыкальных занятиях давать упражнения, развивающие звукоразличение, фонетические представления, фонематическое восприятие;

■ внимательно следить за формированием ритмических структур, включая речевой ритм, у ребенка;

■ предлагать задания на различение, изменение и воспроизведение ритма в различных видах деятельности, на различных занятиях (развитие речи, изобразительная деятельность, музыкальные занятия и т.д.);

■ проводить специальные упражнения, формирующие умение правильно использовать паузы, чередовать ударность и паузу;

■ планировать специальные занятия по постановке и выделению словесно-логического и смыслового ударения, выделению ударного слога в слове, выделению значимых отрезков текста;

♦ **моделирование правильного речевого темпа**, предлагаю образцы произнесения разговорной речи, отрывков из литературных произведений, сказок, стихотворных форм, пословиц, загадок, скороговорок, чистоговорок и т.д.:

■ подбирать и совмещать специальные музыкальные такты и речевые отрывки;

♦ **стимулирование обращения ребенка к взрослому, сверстнику с вопросами, сообщениями, побуждениями**:

■ стимулировать развитие и формирование не только познавательного интереса, но и познавательного общения, которое обеспечивается речевыми средствами (высказываниями, вопросами, ответами, репликаами и пр.);

■ создавать все условия для формирования диалогической речи как части совместной деятельности ребенка и взрослого, обязательно стимулируя собственные высказывания детей — вопросы, ответы, реплики, являющиеся основой познавательного общения;

■ учитывать содержательное единство вопроса-ответа (Какой? Какая? Какое? Что? Где? Когда? Куда? Откуда? Сколько? Кому?, особенно Почему? Зачем? и т.д.), единство формы и значения, звукового оформления, мелодико-

интонационных компонентов, лексического содержания и семантического значения;

- помогать детям перейти на качественно новую ступень ведения диалога — от соучастия к сотрудничеству;
- ♦ работа с *художественными произведениями, уделяя внимание развитию творческого рассказывания:*

▪ следить за пониманием детьми содержания художественных произведений (прозаических, стихотворных), поведения и отношений персонажей;

▪ обучать детей передавать содержание по ролям, создавая выразительный образ;

▪ проводить специальную работу по пониманию и осознанию детьми мотивов поведения персонажей;

▪ обучать детей рассказыванию, связывая с ролевой игрой, театрализованной деятельностью, рисованием;

- ♦ развитие *возможностей связного высказывания детей:*

▪ обучать детей строить сообщения из личного опыта, по выполнению задания объяснять, в какой последовательности были произведены действия;

▪ проводить работы по формированию навыков предварительного планирования деятельности: предварительно замысла, умения его сформулировать, намечать этапы выполнения, умения реализовывать и т.д.;

▪ проводить мягкий контроль за выполнением сформулированного до начала игры ролевого правила;

▪ обучать детей опираться в работе над планом сказки с последовательно развертывающимся сюжетом (Репка, Колобок и др.), на составление рассказов по сериям картинок и т.д.;

▪ обучать детей выделению главного (важного) и второстепенного в тексте;

- ♦ обеспечение *формирования первоначальных навыков владения письменной речью:*

▪ вводить в занятия предметы-заменители, слова-заменители, символы-заменители, широко используя речевые игры, шарады и т.д.

Так как в последние годы мы часто встречаемся с ситуациями недооценки возникающих отклонений в развитии дошкольников, что в будущем может привести к возникновению проблем дальнейшего обучения детей и снижению качества жизни, *необходимо проведение наблюдения за детьми*

в этот период онтогенеза с целью выявления расстройств и отклонений в развитии, а именно:

- ◆ наблюдения за двигательным развитием ребенка во все режимные и внережимные периоды:
 - определять общую подвижность ребенка;
 - определять успешность ребенка на занятиях по физическому воспитанию;
 - фиксировать время наступления утомления в соответствии с возрастными возможностями, наблюдая за изменением цвета кожных покровов, повышенного потоотделения верхней части туловища и лица, выраженного учащения частоты дыхания без периодических вдохов, ослабление точности и координированности движений;
 - фиксировать наличие жалоб ребенка, их частоту, характер (покалывание в боку, боли в ногах и т.д.), их причины, по мнению инструктора и ребенка (в покое, после незначительной или большой физической нагрузки);
 - определять состояние костно-мышечной системы:
 - отсутствие сутулости и искривлений позвоночника, симметричность расположения плеч, лопаток;
 - правильность постановки стоп при движении, отсутствие заваливаний на их внутреннюю или внешнюю поверхность;
 - выявление, может ли ребенок удерживать руки выпрямленными над головой, вытянутыми в стороны, вперед, поймать легкий и утяжеленный мяч;
 - может ли ребенок постоять на одной ноге, пальцах ног, отвести выпрямленную ногу в сторону, поднять вверх;
 - может ли ребенок поднять предмет с пола, не сгибая колен;
 - отмечать соответствие уровня развития основных движений возрастным показателям (владение ходьбой, бегом, прыжками в разных условиях организации, со сменой направления, изменением скорости);
 - определять состояние двигательных качеств:
 - наблюдать за возможностью быстро передвигаться, преодолевать простые препятствия, не задев их (обойти стул, перешагнуть через бревно, невысокую скамейку, пройти между близко расположенными предметами);
 - наблюдать за умением детей стоять и передвигаться по ограниченной поверхности (скамейке, до-

рожке, прыгать из круга в круг на двух-одной ноге); одновременно контролировать движения рук и ног (в прыжке в длину и глубину, при броске и ловле мяча);

— фиксировать наличие у детей интерес и успешность в подвижных играх типа «салки», прыгалки, «классики», «вышибалы» и др.;

■ фиксировать уровень развития мелкой моторики у дошкольников:

— определять возрастную вариативность развития мелкой моторики ребенка, обеспечивающей его успешность в игровой, изобразительной и конструктивной, хозяйствственно-бытовой деятельности;

— фиксировать возможность воспроизведения ребенком по образцу, показу определенных положений и движений кистями, пальцами рук;

■ определять уровень развития мимической и артикуляционной моторики:

— определять уровень выразительности мимических реакций;

— определять уровень четкости, переключаемости артикуляционных движений при произнесении различного речевого материала (звуков, слогов, слов);

— фиксировать возможность воспроизведения ребенком по образцу определенных положений и движений в мимической и артикуляционной моторике;

■ определять возможность ребенка подчинить свои движения определенному ритму, изменить их по сигналу (музыкальному, речевому);

■ определять возможность ребенка выполнения и изменения двигательных заданий по словесной инструкции;

♦ наблюдения за развитием игровой деятельности ребенка:

■ выявлять качества замещения в игре:

— использование предметов — заместителей;

— умение принимать на себя различные роли и удерживать их в рамках принятой роли;

— наличие воображаемой ситуации;

■ анализировать характер взаимодействия с игровыми партнерами:

— умение выполнять ребенком различные роли в игре, подчиняясь правилу сообщества, или настаивает на главной роли;

— выявлять позиции ребенка при развертывании игрового действия — активная или пассивная;

— наблюдение за налаживанием ребенком игровых партнерских отношений с детьми, или он предпочитает самостоятельную игру с отдельными игровыми принадлежностями;

▪ изучать содержание ролевых отношений:

— наблюдение за тем, не является ли предметный план игры доминирующим, заслоняя воссоздание социальных отношений;

— отмечать, нет ли стереотипности, монотонности или шаблонности в ролевом поведении ребенка;

— наблюдение за устойчивостью ролевого поведения, пониманием ребенком, что он действует «понарошку», от имени лица, роль которого выполняет или это его условное действие, например: кормит куклу, поит чаем плюшевого мишку и т.д.;

— наблюдение за возможностью ребенком следовать правилам, принятым до начала игры;

▪ анализировать творческие проявления в игре:

— уровень увлеченности и погружения ребенка в игру или он нуждается в помощи взрослого;

— уровень инициативности ребенка в игре;

— способен ли ребенок предложить иную сюжетную линию, или, наоборот, испытывает трудности от отхода схемы игры;

— может ли ребенок создать выразительный образ, участвуя в игре;

▪ наблюдать и анализировать речь детей в ходе игры, а именно:

— точность лексических средств, верbalное сопровождение игры;

— диалог, появление уточняющих вопросов;

— становится ли речь активным средством для налаживания партнерских отношений;

— использует ли ребенок невербальные средства коммуникации в игре;

♦ наблюдения за *формированием у детей изобразительной деятельности*:

▪ проявляется ли у ребенка интерес к изобразительной деятельности:

— имеется ли интерес к пользованию материалов и средств изобразительной деятельности;

- интерес к отражению окружающего мира, людей, животных, предметов, себя;
- есть заинтересованность у ребенка в том, что его рисунки или подделки были продемонстрированы окружающим детям и взрослым;
- проводить анализ рисунков и других поделок ребенка:
 - являются ли рисунки и поделки сюжетными;
 - имеется ли отображения в работе ребенка жизнь, быт окружающих его людей, особенно семьи, друзей;
 - как отображено его пребывание в ДОУ;
 - имеется ли в работах ребенка отражение его собственного эмоционального состояния и его восприятия отношения к нему окружающих людей;
 - изучать композиционные особенности изобразительного творчества ребенка;
 - анализ цветового решения композиций;
 - оценку способности детей изучать объекты перед изображением, т.е. умение совершать ориентировочные действия;
 - есть ли возможность у ребенка в процессе предварительного анализа перед изображением сравнить с сенсорным эталоном;
 - оценку творческих возможностей ребенка в процессе изобразительной деятельности;
 - имеется ли определенная степень оригинальности самостоятельного замысла;
 - имеется ли стремление к творческому видоизменению знакомых сюжетов или же, наоборот, констатируется стандартность содержания, композиции, цветовых решений и т.д.;
 - анализировать роль речи ребенка в процессе изобразительной деятельности:
 - наблюдать за сопровождением ребенком речью собственных изобразительных действий;
 - способен ли ребенок сформулировать изобразительный замысел до начала выполнения, а после него рассказать о его содержании;
 - может ли ребенок дать словесный отчет о последовательности выполнения своего произведения;
 - может ли передать в связном рассказе содержание сюжетного рисунка или поделки;

♦ наблюдения за формированием элементарных **математических представлений**:

■ оценивать количественные представления у дошкольников:

— наблюдение за способами пересчитывания предметов, умением выделять группы предметов из множества без пересчета, подводить итоговое число после пересчета;

— наблюдение за тем, как ребенок пользуется различным символическим материалом при сравнении до-числовых и числовых множеств, а также при простейших вычислениях;

— анализирование качества усвоения состава числа и использования этих умений при решении задач, предъявленных в наглядной или словесной форме;

■ оценивать качества решения арифметических задач:

— уровень понимания ребенком предметного содержания задачи;

— умение выделения и понимания вопроса задачи;

— возможно ли ребенку производить целенаправленный анализ условия задачи или же он совершает хаотические действия с числами (манипулирование числами) без ориентировки на вопрос;

— вызывает ли у ребенка существенные трудности использование цифр и другой математической символики;

■ анализировать речь ребенка в процессе работы над *арифметической задачей*:

— имеются ли трудности у ребенка при воспроизведении словесного текста задачи, может ли он ее повторить, выделить ли вопрос;

— есть ли возможность ребенку самому придумать задачи по наглядному примеру и без него;

— может ли ребенок объяснить решение задачи, почему выбирает то или иное арифметическое действие;

— имеются ли у дошкольника трудности в понимании глаголов с приставками;

■ изучать уровень *пространственной ориентировки* у дошкольника:

— выявление наличия трудностей у ребенка в восприятии и воспроизведении пространственных отношений между предметами и между частями в

одном предмете (при выполнении действий по образцу);

— анализирование способов и степени овладения действиями с различными пространственными моделями, в том числе графическими (в процессе конструирования, рисования, ручного труда и пр.);

— обращать внимание на качество выполнения действий по инструкции, содержащей конструкции с пространственными предлогами и наречиями, а также использование их в собственной речи;

■ анализировать качество ориентировки во времени у дошкольников:

— наблюдать за тем, имеются ли у ребенка трудности в установлении временной последовательности событий (по рассказам из личного опыта, по художественным произведениям, при планировании предстоящей деятельности);

— анализировать возможность ребенка связывать представления о временах года, месяцах, днях недели и времени суток с организацией жизни окружающих людей и своей собственной;

— имеет ли ребенок представления о цикличности указанных явлений;

— изучать усвоение ребенком понимания временных характеристик, например темп музыкального звучания или речи, скорость движения и пр.;

♦ наблюдение за развитием у дошкольников конструктивной и мыслительной деятельности:

■ анализировать уровень восприятия пространственных свойств объектов и оценка сенсорной готовности ребенка к конструированию:

— наблюдение за тем, выделяет ли ребенок зрительно и на ощупь основные пространственные признаки (форму, размер, расположение);

— может ли он выполнять действия идентификации по этим признакам;

— объединяет ли самостоятельно предметы в группы на основе выделенного общего пространственного признака (группировка);

— анализировать качество ориентировки на пространственные признаки предмета при выполнении задачий, где учет этих признаков является не целью, а средством деятельности (например, при складывании

пирамидки или матрешки ребенок устанавливает различия по размеру с целью достичь более отдаленной игровой цели и т.д.);

— необходимо обращать внимание на качество выполнения действий на восприятие-воспроизведение пространственных отношений между предметами по непосредственному подражанию (показу) и образцу (объемному и графическому), а затем уже по слову-названию, а также по инструкции, включающей предлоги, наречия и другие слова пространственного значения;

— постоянно наблюдать, не мешает ли ребенку недостаточный зрительный обзор рабочего пространства и зрительный поиск нужных элементов;

■ наблюдать за качеством ориентировочного этапа деятельности дошкольника:

— оценка степени самостоятельности ребенка и его возможностей при предварительном анализе образца — выделении основных частей, определении их функциональных свойств, формы, размера, расположения, подборе деталей конструкторов;

— анализировать не только способности ребенка строить предварительный замысел, но и степень реализации его в ходе конструирования;

— отмечать элементы изменения замысла в ходе выполнения (преднамеренные или в результате «соскальзывания», потери замысла);

— оценивать способность ребенка использовать содержание предварительного анализа как средство проверки правильности выполнения (анализ готовой постройки сравнивается с предварительным образцом или условиями);

■ изучать умение дошкольником конструировать целостный образ из частей:

— обращать внимание на быстроту и точность узнавания и называния целого при восприятии только фрагментов, т. е. возникает ли у ребенка сразу образ целого;

— отмечать, называет ли ребенок будущий предмет до начала работы (узнает ли целое по отдельным частям) или только в процессе или даже по завершении соединения фрагментов;

— оценивать способы ориентировки, которыми пользуется ребенок при воссоздании целого: действует

лишь путем перебора комбинаций (что получится) или целенаправленно ориентируется на предварительный образ предмета и смысловые части (при складывании, к примеру, сюжетной картинки);

— замечать, не ориентируется ли ребенок преимущественно на выравнивание краев бумаги, а не на изображение;

- изучать состояние зрительно-двигательной координации:

— наблюдать за сформированностью координированных действий обеих рук (одинаковые и противоположные, одновременные и последовательные движения, переключение движений, умение фиксировать положение предмета одной рукой при действии другой и пр.);

— оценивать роль зрения по отношению к движением рук (глаз только прослеживает за движениями руки или есть предваряющий взор, который ведет и одновременно контролирует движения рук);

- изучать творческие проявления ребенка в процессе конструирования:

— наблюдать за тем, как используют дети в строительных и сюжетно-ролевых играх те конструкции, выполняют которые научились на занятиях по конструированию;

— наблюдать, может ли ребенок воспроизвести знакомые постройки из конструктивного материала, отсутствовавшего ранее в его практическом опыте;

— наблюдать за способностью дошкольника замечать отсутствующие элементы другими (например, при отсутствии брусков их можно составить из кубиков, пластин и пр.), обращается ли в этих случаях за помощью или прекращает строить;

— оценивать способность дошкольника придумывать самостоятельные конструктивные решения на знакомые темы и создавать постройки в соответствии с собственным оригинальным замыслом;

— отмечать умение ребенка включать созданные постройки в последующую игру;

- наблюдать за качеством работы с моделями разной степени обобщенности:

— оценивать способы создания построек из объемного материала по объемным моделям (контурным и с видимой структурой);

— анализировать, на каком этапе у ребенка возникают трудности — при переходе к созданию постройки по графическому образцу, при создании графической модели по объемной постройке, при увеличении количества элементов, при использовании контурных образцов без внутренней структуры;

— проводить специальный анализ ориентировки ребенка в элементарных схемах и планах (движение по маршруту с опорой на векторы и символы);

— отмечать, может ли ребенок пользоваться готовыми планами и схемами или же может составлять план с помощью взрослого или даже самостоятельно (составление схемы маршрута, обозначение векторных и символических ориентиров и пр.);

▪ анализировать речь дошкольников в процессе конструирования:

— анализировать речевые сопровождения конструктивной деятельности с точки зрения его функционирования — возникает ли оно только после выполнения какой-либо операции, действия или достижения результата, выполняет ли речь сопроводительно-объяснительную роль по отношению к деятельности, имеются ли планирующие, опережающие практические действия высказывания;

— наблюдать за тем, используют ли дети речевые средства с целью удовлетворения отношений партнерства при совместном выполнении, планирования предстоящей работы, формулирования замысла и пр.;

♦ наблюдение за формированием экспрессивной и импресивной сторон речевой деятельности [24, 61]:

▪ проводить первую дифференциацию легких и сложных случаев;

▪ выявлять детей с носовым, межзубным, межгубным произношением, с боковыми вариантами;

▪ по возможности проводить подготовительную работу и обязательно направлять к логопеду;

▪ наблюдать за детьми с недостатками слухового внимания, слухового контроля, речевого внимания, речевого контроля, так как недостатки могут отражаться на звукоизвлечении, на понимании смысла слов, на понимании грамматических и смысловых отношений;

♦ *специальные игры и обязательные рекомендации родителям:*

- давать дополнительные индивидуальные задания;
- подбирать, выявлять дошкольников с проблемами слуха и направлять к специалисту-сурдопедагогу;
- координировать деятельность родителей;
- проверять, может ли ребенок подражать различным звукам (естественной природы, транспорту, про мышленным, языковым, музыкальным и пр.), голосом, может ли изменить высоту и силу голоса;
- обращать внимание не только на правильность имитации (самолет, медведь, девочка и т.д.), но и на адекватность выбора и соединения звуковых и голосовых реакций с интонацией, жестами, мимикой, пантомимикой — эмоционально-выразительными средствами;
- выявлять детей с недостатками формирования фонематических представлений, так как фонематическая несформированность может явиться причиной недостатков звукового развития, понимания лексического значения, грамматического оформления:
 - проводить индивидуальную и групповую работу (упражнения, игры, загадки, ребусы и т.д.), подбирая отдельные слова, слова в тексте и т.д., отличающиеся по смыслу, но близкие по звуковому оформлению;
 - в случаях стойкого фонематического недоразвития обязательны коррекционные занятия с логопедом;
- выявлять детей с трудностями восприятия и воспроизведения ритмических структур:
 - ритм проверяется на всех типах занятий;
 - проводить занятия (музыкальные, по физическому воспитанию, по изобразительной деятельности, развитию речи и т.д.) с включением специальных заданий по формированию ритма:
 - внимательно следить за правильностью темпа речи у детей;
 - выявлять и направлять к логопеду детей с резко замедленным или резко убыстренным темпом речи, а также детей с запинками;
 - соблюдать охранительный речевой режим, но не режим молчания;
 - проводить специальные речевые упражнения, игры по развитию речевого дыхания и пр. в содружестве с логопедом, не фиксируя ребенка на речевой проблеме;

- дать соответствующие рекомендации родителям по соблюдению речевого режима;
- выделять детей с трудностями подбора категориальных названий, обобщений, точности обозначения предмета, действия, признака, подбора синонимов, антонимов, паронимов, ассоциативных связей и т.д.;
- обращать внимание на возможности выполнения лексико-грамматических упражнений словообразования и формообразования;
- стойкие отклонения — признак речевого недоразвития — определяют необходимость коррекционных занятий с логопедом и консультации врачей специалистов;
- выявлять детей с трудностями понимания и употребления малых фольклорных форм, образных выражений, метафор, сравнений и т.д. (прозрачный ключ, железный ключ, скрипичный ключ и т.д.);
- необходимо предлагать дополнительные задания, игры как на занятиях, так и вне занятий;
- необходимо рекомендовать родителям обратиться к логопеду за консультацией;
- выявлять трудности у детей словесного и знакового замещения (звука, слова, понятия и т.д.);
- выявлять детей с трудностями ведения диалога:
 - внимательно наблюдать за возможностями детей гибкого чередования позиций — активной и пассивной;
 - предлагать разнообразные модели;
 - необходимо рекомендовать родителям обратиться к логопеду и психологу за консультациями и коррекционными занятиями;
- выявлять детей с несформированностью связного высказывания (пересказ, рассказ по представлениям, по увиденному, по услышанному и т.д.):
 - важно определить, что наиболее пострадало — развертывание, высказывание, планирование, прогнозирование;
 - предложить задания, требующие развернуть, продолжить, закончить фразу, текст, воссоздать недостающее содержание, возможно с дополнительной задачей;
 - необходимо рекомендовать родителям обратиться к логопеду за консультацией.

Таким образом, как показал наш многолетний опыт, свое-временная комплексная работа группы специалистов смежных направлений по выявлению детей, имеющих риск воз-

никновения нарушенного развития, и целенаправленных системных мероприятий по профилактике расстройств развития у дошкольников способствует их предотвращению.

В этой работе необходимо участие бригады специалистов: *педиатр, детский невролог, эндокринолог, иммунолог, аллерголог, отоларинголог, окулист, генетик, психолог, логопед, дефектолог, воспитатели ДОУ и детский микропсихиатр* (только при информированном и письменном согласии законных представителей ребенка, т.е. родителей или опекунов). Наряду с этим необходимо учитывать обязательную преемственность всех участников в процессе профилактической работы по предупреждению нарушенного развития.

2.1.7. Школьный возраст (младший школьный и школьно-пубертатный)

Наблюдения и сопровождения (профилактика) в школьном возрасте

Общеизвестный факт, что *школьный возраст* это начало школьной жизни. Вступая в этот этап жизни, у детей начинает формироваться внутренняя позиция учебной или школьной мотивации. Учебная деятельность должна стать ведущей. С началом школьного обучения у ребенка начинает развиваться теоретическое мышление, он получает новые знания, навыки, умения. Запас знаний увеличивается в процессе обучения. Усвоение учебной программы зависит от индивидуальных психофизических, возрастных, эмоциональных особенностей каждого школьника, а также от социально-бытовых условий и культуральных особенностей в данном регионе, где живет ребенок.

В рубрику «*школьный возраст*» мы объединили младший и школьно-пубертатный периоды, так как, хотя имеются определенные различия в каждом из этих этапов, но основные проблемы школьного возраста в основном характеризуются следующими показателями:

- ♦ общим характером соматических, инфекционных и психоневрологических нарушений;
- ♦ уровнем психофизической возрастной вариативности;
- ♦ частой дисгармонией в физическом развитии, которое опережает нервно-психическое развитие ребенка;
- ♦ гормональной перестройкой организма школьников;
- ♦ возрастанием общей мышечной массы и силы;

- ◆ раскрытием больших возможностей для правильного физического воспитания и занятий многими видами спорта;
- ◆ изменением взаимоотношений процессов возбуждения и торможения;
- ◆ различным уровнем усвоения учебной программы — высоким, средним, низким;
- ◆ наличием учебных предпочтений;
- ◆ формированием предпосылок самостоятельной ориентации в учении, повседневной жизни;
- ◆ психологической перестройкой, требующей от ребенка не только значительного умственного напряжения, но и большой физической выносливости;
- ◆ уровнем успешности или неуспешности учебного процесса;
- ◆ уровнем сформированности адаптационных возможностей детей к учебному процессу;
- ◆ уровнем сформированности возрастной вариативности речевой деятельности:
 - увеличивается словарный запас;
 - овладевает звуковым анализом слов;
 - потребность в общении школьников определяет развитие речи, контекстная речь — показатель уровня развития ребенка,
 - в письменной речи различать сформированность орографической, грамматической и пунктуационной сторон;
- ◆ уровнем сформированности адаптационных возможностей школьников к новым условиям социальной жизни;
- ◆ постепенным изменением ведущей деятельности — ею становится учебно-познавательная, отчетливо прослеживается социальный смысл учения;
- ◆ уровнем возрастной сформированности эмоциональных реакций;
 - ◆ индивидуальными особенностями эмоциональных реакций, появлением четкой способности к сопереживанию;
 - ◆ уровнем возрастной сформированности коммуникативных реакций;
 - ◆ индивидуальными особенностями коммуникативных реакций;
 - ◆ уровнем активности в социальной среде школы — высокая, средняя, низкая;
 - ◆ уровнем активности в социальной среде неформальной группы — высокая, средняя, низкая;

- ♦ уровнем мотивации учебно-познавательной деятельности;
- ♦ формированием произвольности психических процессов (личностной, интеллектуальной, эмоциональной) и формированием внутреннего плана действий (планированием в уме, умением анализировать);
- ♦ характером восприятия информации из окружающей среды:
 - пассивное восприятие информации;
 - активное восприятие информации;
- ♦ развитием всех видов памяти: долговременной, кратковременной и оперативной;
- ♦ активным формированием произвольного запоминания;
- ♦ существенными изменениями в развитии внимания, интенсивным развитием всех его свойств: увеличивается объем внимания, повышается его устойчивость, развиваются науки переключения и распределения, а также способность достаточно долго сохранять внимание и выполнять произвольно заданную программу действий;
- ♦ возникновением на пике волевого усилия произвольности познавательных процессов (специального организует себя под воздействием требований);
- ♦ выявлением индивидуальных различий в мышлении: аналитическом, конструктивном, креативном, структурированном и пр.;
- ♦ характером общения со сверстниками:
 - независимым;
 - равноправным;
 - стремлением к лидерству (реализованным и нереализованным);
 - ведомым;
- ♦ интенсивным развитием самосознания обучающихся, которое зависит от успеваемости, особенностей общения учителя с классом, характера семейного воспитания, принятых в семье ценностей, стиля детско-родительских отношений;
- ♦ усвоением моральных норм и правил поведения, так как в этом возрасте школьники психологически подготовлены к ясному пониманию смысла норм и правил поведения, так же к их повседневному выполнению.

Возможные неблагоприятные факторы, воздействующие на детей школьного возраста, подробно изложены в Разделе I, главе 2 (п. 2.4.3.) и Разделе II, главе 1.

Учреждения, которые должны проводить раннюю профилактику в школьный период:

- ♦ детская районная поликлиника;
- ♦ подростковые кабинеты во взрослых районных поликлиниках;
- ♦ неврологические центры;
- ♦ иммунологические или аллергологические центры;
- ♦ генетические кабинеты или центры;
- ♦ эндокринологические кабинеты или центры;
- ♦ отоларингологические и сурдологические кабинеты и центры;
- ♦ центры по предупреждения нарушения зрения и его коррекции;
- ♦ логопедические кабинеты;
- ♦ центры психолого-педагогического сопровождения детей и подростков;
- ♦ психологические кабинеты или центры;
- ♦ образовательные учебные учреждения;
- ♦ учреждения, где дети занимаются в свободное время: музыкальные, спортивные, студии искусств, театрализованные кружки и студии и пр.

Чаще всего проблемы отклонений в развитии школьников или формирования у них расстройств эмоционально-поведенческой сферы заложены в более ранних периодах развития. А в таком сложном возрастном периоде, как школьный, они обостряются, становятся более заметными и значимыми для родителей.

Таким образом, предупредительная профилактическая работа в школьном периоде должна обязательно проводиться в рамках динамического внимательного наблюдения следующих специалистов: *педиатром, иммунологом-аллергологом, отоларингологом, окулистом, психологом, логопедом, нейропсихологом, педагогами и воспитателями Образовательного учебного учреждения, специалистами, работающими со школьниками в свободное от школьных занятий время, — и желательного динамического консультирования эндокринологом, детским неврологом, генетиком, детским психотерапевтом и детским психиатром* (только при информированном и письменном согласии законных представителей ребенка, т.е. родителей или опекунов).

Задачи специалистов при проведении профилактики отклонений развития в школьном возрасте практически не от-

личаются от их задач в более раннем возрасте, с учетом возрастных особенностей школьного периода.

2.2. Формирование и укрепление адаптационных механизмов у детей дошкольного возраста в структуре ранней комплексной профилактики

Кроме перечисленных выше мероприятий по предупреждению нарушений развития у детей, отдельно стоит задача по формированию и укреплению адаптационных механизмов у детей дошкольного возраста. Существует несколько направлений. Главными из них являются:

- ♦ организация двигательной активности;
- ♦ стимуляция формирования речевой деятельности;
- ♦ формирование коммуникативной деятельности.

Для *организации двигательной активности* используется кинезотерапия или методики психолого-педагогической направленности: «терапия движением», которая использует разные игры и игровые упражнения, предполагающие чередование разных видов двигательной активности детей, работу над адаптацией в процессе развития мелкой и крупной моторики.

♦ *Игра «Ладошки».* В начале игры воспитатель спрашивает у детей, есть ли у них ладошки и просит: «*Покажите ладошки, похлопайте ладошками!*», дети выполняют движения, затем воспитатель читает текст:

Покажи их поскорей,

Хлопай, хлопай веселей!

Хлоп-хлоп! Хлоп-хлоп!

Дети показывают ладошки, хлопают и говорят:

Хлоп-хлоп! Хлоп-хлоп.

Этими ладошками

Похлопаем немножко.

Хлоп-хлоп! Хлоп-хлоп!

Дети идут по группе, хлопают в ладошки и говорят:

Хлоп-хлоп! Хлоп-хлоп!

Спрятались ладошки!

Ой-ой-ой!

Дети останавливаются, ладошки сжимают в кулакок, касают головой и говорят:

Ой-ой-ой! Ой-ой-ой!

Кулачок скорей открай,

Покажи ладошки!

Этими ладошками

Похлопаем немножко!

Дети показывают ладошки, хлопают и говорят:

Хлоп-хлоп-хлоп!

Топ-топ-топ!

Дети идут по группе, топают ножками и говорят:

Топ-топ!

♦ Игры на двигательное взаимодействие и эмоциональное сближение детей друг с другом и воспитателем: «Давайте познакомимся!», «Лови-лови!», «Кто в домике живет?», «Расскажи стихи руками», «Найди и изобрази игрушку», «Чьи вещи — покажи, не говори», «Как пройти?», которые способствуют усвоению элементарных правил поведения, знакомству детей друг с другом, запоминанию имен друг друга, помогают осваивать новое пространство, т.е. предметно-развивающую среду группы.

♦ Игры типа «Найди игрушку», способствующие более быстрому запоминанию окружающей его пространственной среды: приемная, групповая, спальня, персонал детского сада и сверстников.

♦ Для поднятия эмоционального тонуса детей используются игры, действующими лицами в которых являются сюжетно-образные игрушки, а ребенок должен не только имитировать и воспроизвести характерное для них движение, но и озвучить голосом крик животного или птицы; дети поют песенку-потешку, кормят его крошками «не понарошку», а «по-настоящему».

♦ Включение в игры элементов танцевальных движений и упражнений, которые способствуют раскрепощению ребенка, дают возможность выплеснуть отрицательные эмоции и стать более открытым;

Разработка и проведение кинезитерапии в детском возрасте требует творческого сотрудничества психологов и музыкальных руководителей ДОУ. В связи с этим использование музыкотерапии в кинезитерапии для устранения нарушений адаптации и нервно-психических заболеваний оправдано и перспективно, так как способность музыки оказывать выраженное эмоционально-стрессовое воздействие на движущего человека соответствует онтогенетическому принципу детской психотерапии.

Решение задач стимуляции речевой активности и развития языковой способности детей в процессе их адаптации к ДОУ предполагает:

- ♦ развитие способности подражать речевым и предметным действиям взрослого, соотносить их и конструировать новые по усвоенным моделям;
- ♦ развитие у детей понимания речи окружающих и накопление речевых средств, постепенное увеличение словарного запаса, уточнение и развитие значений слов, различение грамматических форм.

Эти задачи тесно связаны друг с другом. При этом пассивная речь опережает развитие активной речи, ведет за собой ее развитие. Динамика соотнесения пассивной речи к активной характеризует изменения потребности в общении детей со сверстниками и взрослыми и происходит при переходе от уровня пассивной к активной адаптации. Дети все чаще включаются в речевые взаимодействия с воспитателями и сверстниками, учатся решать задачи речевой коммуникации.

Задачи воспитателя в процессе адаптации детей к условиям детского сада на основе стимуляции речевого развития:

- ♦ применение приема *оречевления* действий на протяжении всего воспитательного процесса: одевания, раздевания, умывания, кормления и пр.;
- ♦ речь воспитателя не должна быть стереотипной, например: фразу «Пошли мыть руки» лучше заменить другими вариантами — «Вымоем руки», «Сейчас мы пойдем мыть руки», «Пойдемте мыть руки», «Пора помыть руки» и т.д.;
- ♦ воспитатель должен обращать внимание на реализацию всех функций речи: назывной, комментирующей, обобщающей, планирующей, контролирующей в процессе организации всех форм детской жизнедеятельности в саду;
- ♦ достигнуть, чтобы речь стала средством активизация речевой деятельности детей и организации их поведения;
- ♦ речь воспитателя по своей форме и значению должна как ограничивать действия детей («Так мы не будем делать» — эквивалент «Нет, нельзя»), так и побуждать к действиям, совмещаться с действием и завершать их («Будем одеваться» — «Одеваемся» — «Оделись»);
- ♦ добиться адекватного выполнения действий детьми, что будет указывать о правильном восприятии и понимании обращенной речи.

Таким образом, воспитатель подводит детей к овладению более сложными функциями речи — регулирующей и планирующей. Все это переключает детей от пассивной к активной адаптации.

Дополнительные *специфические приемы*, помогающие процессу адаптации детей к ДОУ на занятиях по развитию речи (С.А. Миронова):

- ♦ показ и рассматривание предмета (то, что показывает и называет взрослый, приобретает для ребенка особый интерес, вызывает радостные эмоции, которые он переносит на взрослого, тем самым данный прием помогает наладить контакт с ребенком, построить положительные взаимоотношения);

- ♦ выполнение действий с предметом (выполнив вместе с воспитателем ряд действий с предметом, ребенок переносит это в самостоятельную игровую деятельность, это способствует развитию игры детей, их взаимоотношений);

- ♦ обращение к детям с просьбами и поручениями, что помогает сформировать у них ориентацию в окружающем мире, учит правильно обращаться с просьбой к сверстнику или взрослому, приводит к формированию умения самостоятельно выражать просьбу, выстраивая общение детей друг с другом в любых условиях;

- ♦ использование приема «вопросы — ответы» для активизации речи детей, т.е. побуждать детей к усвоению правил диалогического общения и развивать умение слушать обращенную речь взрослого или сверстника;

- ♦ создание непринужденной обстановки в группе, используя опосредованное общение через игрушку для развития вербальной и невербальной коммуникации, снятию страхов, несоответствия требований взрослого, «брошенности», а также повышения познавательного интереса детей;

- ♦ многократное проговаривание речевого материала или комментирование действий для формирования стереотипов поведения, так как это:

- привлекает детей к выполнению правил и образцов,
- приводит к непроизвольному запоминанию речевых образцов и дальнейшему сознательному их использованию в аналогичных ситуациях,

- формирует у ребенка произвольную регуляцию деятельности и поведения,

- оказывает большое положительное влияние на эмоциональное состояние детей, которое достигается положи-

жительной оценкой деятельности и выполненных операций.

Формирование коммуникативной деятельности является одним из важных условий для укрепления адаптационных механизмов у детей.

Речевое комментирование воспитателем организации жизнедеятельности детей способствует тому, что дети, у которых преобладает потребность в общении с близкими взрослыми, получении сведений об окружающем, побуждаются к сотрудничеству со взрослым с целью получения от него новых сведений и о способах действий.

Таким образом, эти дети переходят на новый этап адаптации, где потребность в общении со взрослым рассматривается как сотрудничество и желание получать новые знания об окружающем. Поэтому на данном этапе следует поддерживать все возрастающий интерес к окружающим явлениям, предметам, игрушкам, картинам, самим взрослым. При этом на основе ознакомления с предметами и явлениями окружающей действительности происходит совершенствование восприятия более сложных образцов речи, различных вариантов предложений, обогащение словаря, уточнение и усвоение лексических и грамматических значений слов. Это ведет к развитию потребности в общении с взрослым на познавательные темы и к активным познавательным действиям. Общение приобретает инициативный характер, ребенок чувствует потребность в активных самостоятельных действиях и благодаря этому переходит в следующий период адаптации.

Итак, для успешной адаптации детей в новой для них социальной ситуации необходимо создание адекватных условий для развития коммуникативной деятельности детей, начиная с раннего дошкольного периода развития.

2.3. Организация комплексной профилактики нарушений развития

Организация комплексной профилактики состоит из нескольких блоков:

- 1 — выявление детей группы риска,
- 2 — устранение начальных нарушений,
- 3 — устранение и коррекция неблагоприятных социальных последствий нарушений развития,

4 — подготовка специалистов для проведения ранней комплексной профилактики.

1. Выявление *группы риска* позволяет предупредить возникновение отклонений в развитии нервно-психической сферы. Оно проводится, начиная с антенатального периода онтогенеза. Осуществление выявления группы риска включает активную работу специалистов женской консультации, специалистов районной детской поликлинике, психологических и образовательных учреждений, а также работу с семьей.

Содержание блока:

- ♦ своевременное предупреждение неблагоприятного течения беременности и родов;
- ♦ адаптация семьи к появлению ребенка в семье;
- ♦ профилактические разъяснительные беседы;
- ♦ выпуск буклетов, наглядных стендов и пособий не только об особенностях течения родов и поведения матери в родах, но и разъяснении о возможных повреждающих факторов на плод, последствий этих воздействий, путях предупреждений патологического нарушенного развития ребенка.

2. *Устранение начальных нарушений* заключается в комплексном наблюдении за детьми группы риска, предупреждении неблагоприятного течения возникшего отклоненного развития и нервно-психического заболевания. Это направление проводится в постнатальный, младенческий, ранний и дошкольный и школьный периоды.

Содержание блока:

- ♦ динамическое наблюдение специалистами (коррекционным педагогом, логопедом, воспитателем ДОУ, педиатром, детским неврологом и пр.) за ребенком из группы риска;
- ♦ своевременное проведение специфической медикаментозной терапии по системе КПМТ [5];
- ♦ создание коррекционно-развивающей среды;
- ♦ работа специалистов с родителями, направленная на разъяснение необходимости комплексной медико-педагогической коррекции;
- ♦ создание оптимальных условий для комфортного самоощущения ребенка как фактора профилактики нарушенного развития [66];
- ♦ проведение разъяснительных психотерапевтических бесед;
- ♦ выпуск буклетов, наглядных стендов, пособий, оформление соответствующих стендов, поясняющих родителям

начальные проявления в отклонении развития их ребенка, необходимые мероприятия по предупреждению или раннему устранению этих нарушений.

3. Устранение и коррекция неблагоприятных социальных последствий нарушений развития проводится в раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте.

Содержание блока:

- ◆ регулярные логопедические, коррекционные и психолого-педагогические занятия, правильная организация отношений с родителями как залог эффективности коррекционного курса;
- ◆ выявление факторов риска в структуре семейной ситуации;
- ◆ соблюдение принципов психотерапевтической поддержки родителей и детей;
- ◆ коррекция детско-родительских отношений [8, 10];
- ◆ воспитание толерантности во взаимоотношениях родителей и детей [10];
- ◆ проведение специалистами мастер-классов для родителей с наглядной демонстрацией адекватных форм общения с ребенком с учетом его возрастных, личностных, эмоционально-поведенческих и этнических особенностей;
- ◆ включение родителей в коррекционно-развивающий процесс;
- ◆ создание мотивации познавательной и учебной деятельности в семье и в образовательных учреждениях;
- ◆ воспитание толерантности во взаимоотношениях педагогов и детей;
- ◆ динамическое наблюдение и лечение у детского невролога или детского психиатра (при согласии родителей);
- ◆ предупреждение развития у ребенка соматических заболеваний;
- ◆ проведение целенаправленной стимуляции и коррекции нарушенных и находящихся в процессе развития высших психических функций;
- ◆ согласованность действий всех специалистов;
- ◆ использование при составлении программы рекомендаций врачей, логопеда, дефектолога, психолога, нейропсихолога, педагогов (в том случае, если организовать параллельные занятия с данными специалистами синхронно невозможно).

4. Подготовка специалистов для проведения ранней комплексной профилактики является важной составляющей комплексной профилактики нарушенного развития детей.

Необходимо совершенствование системы подготовки специалистов, призванных на высоком уровне осуществлять коррекционную деятельность. Включение пропедевтического блока способствует решению нескольких проблем — повышению эффективности коррекционно-образовательного процесса в условиях специального обучения и воспитания, решению проблемы адаптации и социализации выпускников к реалиям окружающей жизни.

Особенности профессии требуют от специалистов сформированности социального интеллекта, интегральной способности, обеспечивающей познание, понимание и предвидение последствий поведения детей, взрослых, в процессе межличностных взаимодействий и отношений. Всестороннее и гармоничное развитие ребенка может быть достигнуто лишь путем целостной интегративно-личностной стратегии преддошкольного и дошкольного воспитания и обучения.

Профессионально значимыми в подготовке специалистов являются блоки специальных учебных дисциплин: медицинские основы дефектологии, детская и специальная психология, методы психолого-медицинско-педагогической диагностики, дошкольная и специальная педагогика с основами специальных методик, логопедия, педагогическая практика в разных типах дошкольных учреждений для аномальных детей, подготовка и защита курсовых и дипломных работ. Для медицинских специалистов необходимы углубленные знания в вопросах нарушения ВПФ, специфических отклонений в развитии интеллектуальной и речевой сферы, направлениях и методах психотерапии, основах дефектологии, психологии и нейропсихологии.

Особое место занимает необходимость введения в основные направления пропедевтических циклов, занимающих центральное место в организации и систематизации коррекционно-развивающей среды, комплексной стимуляции развития.

Именно система интегративной подготовки показывает единство анализа и синтеза, так как сплетаются воедино категории общего, частного, особенного. Изучаемые субъект и объект рассматриваются, как единое целое, включающие отдельные, обособленные стороны. В процессе обучения студенты получают теоретические, методические, практические знания, навыки в акушерстве, педиатрии, неонатологии, детской неврологии и психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, дошкольной и общей логопедии, учатся оказывать про-

филактическую, медицинскую, коррекционно-педагогическую, психолого-социальную помощь детям с отклонениями и патологией в речевом развитии и их родителям.

Важна позиция единства непосредственного воздействия на ребенка с опосредованным влиянием на педагогические условия воспитания, внутрисемейный микроклимат, детско-родительские отношения.

Содержание интегративной подготовки обеспечивается единством содержания вертикальной — последовательно блоковым погружением в определенный вид патологии и горизонтальной — комплексным многофакторным изучением отдельных и сочетанных видов нарушений. Это позволяет специалисту активно заниматься предупреждением особенностей развития, формированием правильного отношения окружающих к личности и развитию ребенка, формированию его поведения, становлению ранних форм адаптации.

Специалист, получивший интегративные знания, обладает возможностью системно и структурировано рассматривать ребенка во взаимодействии со всеми составляющими развития и во взаимоотношении с микро- и макросоциумом. Основные и фоновые знания позволяют проводить комплексную диагностику и определять прогноз и стратегию профилактической, психотерапевтической, лечебной и коррекционной работы.

В заключении надо сказать, что данная информация должна быть доступна не только специалистам, но и воспитателям, педагогам, родителям.

Вопросы и задания

1. Составьте психолого-педагогические рекомендации для родителей и воспитателей по оптимизации адаптации детей к образовательному учреждению (на выбор: к детскому саду или школе) с учетом ведущих факторов, негативно влияющих на их развитие.
2. Составьте схемы:
 - Работа с детьми в логике комплексного сопровождения.
 - Работа с родителями в логике комплексного сопровождения.
 - Работа с педагогами в логике комплексного сопровождения.
3. Кратко охарактеризуйте содержание комплексной профилактики нарушений развития у детей в разные возрастные периоды. Составьте сравнительную таблицу.

4. Составьте схему взаимодействия специалистов в процессе осуществления программы комплексной профилактики.
 5. Опишите направления межведомственного взаимодействия в процессе:
 - выделения детей группы риска,
 - устранения начальных нарушений,
 - устранения и коррекции неблагоприятных социальных последствий нарушений развития,
 - подготовки специалистов для проведения ранней комплексной профилактики.
 6. Как осуществляется привлечение родителей к активному участию в программе ранней профилактики нарушений развития у детей? Напишите проблемную статью для газеты.
-

Глава 3

ПРОПЕДЕВТИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ

3.1. Взаимосвязь системы профилактической и пропедевтической работы в образовательном учреждении

Содержание программы ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей должно быть тесно связано с пропедевтикой. В этом заключается особенность работы дошкольного образовательного учреждения и школы. Пропедевтика здесь выступает частью системы профилактики, ее структурным компонентом. Она предполагает наличие предварительного по отношению к коррекционно-развивающему процессу этапа работы, предполагающего обучение детей, родителей и педагогов в процессе профилактики — до начала коррекционного воздействия.

На данном этапе работы происходит:

- ♦ динамическое наблюдение за ребенком и разработка программы индивидуальной психокоррекционной работы;
- ♦ проектирование элементов коррекционно-развивающей работы в систему пропедевтических мероприятий, ориентированных на групповые и фронтальные формы работы;
- ♦ совершенствование системы управления качеством коррекционно-педагогического процесса с позиции пропедевтики нарушений развития способностей детей;
- ♦ мониторинг взаимодействия детей, педагогов и родителей и его влияния на эффективность формирования системы управления качеством процессов профилактики, пропедевтики и коррекции, компенсации нарушений в развитии.

3.1.1. Динамическое наблюдение за ребенком и разработка программы индивидуальной психокоррекционной работы

Согласно Государственному стандарту дошкольного образования детей с ограниченными возможностями здоровья (2004), основными линиями развития детей **младшего дошкольного возраста** являются:

- ♦ смена ведущих мотивов;
- ♦ развитие общих движений;

- ♦ развитие восприятия как ориентированной деятельности, направленно на исследование свойств и качеств предметов;
- ♦ формирование системы сенсорных эталонов;
- ♦ развитие наглядно-образного мышления;
- ♦ формирование представлений об окружающем;
- ♦ развитие понимания смысла обращенной к ребенку речи;
- ♦ овладение диалогической речью;
- ♦ овладение фонетической, лексической и грамматической сторонами речи;
- ♦ становление сюжетно-ролевой игры;
- ♦ развитие навыков социального поведения и социальной компетентности;
- ♦ становление продуктивных видов деятельности;
- ♦ развитие самосознания.

Для ребенка **старшего дошкольного возраста** основными линиями являются:

- ♦ совершенствование общей моторики,
- ♦ развитие тонкой ручной моторики, зрительно-двигательной координации,
- ♦ формирование произвольного внимания,
- ♦ развитие сферы образов-представлений,
- ♦ становление ориентировки в пространстве,
- ♦ совершенствование наглядно-образного и формирование элементов словесно-логического мышления,
- ♦ формирование связной речи и речевого общения,
- ♦ формирование элементов трудовой деятельности,
- ♦ расширение видов познавательной активности,
- ♦ становление адекватных норм поведения.

Необходимость разработки индивидуальной программы психологической коррекции развития ребенка определяется применительно к каждому ребенку, исходя из представлений о соответствии основных линий его развития среднестатистической и функциональной норме.

К понятию *среднестатистической нормы* относится та категория детей, которые выполняют диагностические задания, соответствующие основным линиям возрастного развития, на 85–100% уровне успешности. При этом важно учитывать качественные критерии анализа данных: принятие задания, способ выполнения, обучаемость ребенка, отношение к результату.

К понятию *функциональной нормы* относятся дети, которые относительно хорошо приспосабливаются к социуму и обладают достаточным уровнем социально-психологической адаптированности, чтобы не выделяться среди других детей.

Программа, составленная психологом для работы с детьми, относящимися к функциональной норме, обязана:

- ♦ быть индивидуально-ориентированной;
- ♦ учитывать в качестве ориентиров развития онтогенетические особенности детей, относящихся к среднестатистической возрастной норме.

Индивидуальная программа может составляться на основе соотнесения данных обследования ребенка и нормативов возрастного развития.

Индивидуальная психокоррекционная работа, предполагающая пропедевтику нарушений развития в процессе профилактики, строится следующим образом.

Первый этап должен быть направлен на создание психологической базы для развития ребенка. В первую очередь, внимание обращается на моделирование оптимальной социальной ситуации его развития, которая предполагает формирование соответствующих возрасту:

- ♦ форме общения со взрослым и сверстником;
- ♦ виду деятельности.

В процессе общения со взрослым формируют потребности и мотивы общения, характерные для данного возрастного этапа развития детей. При этом взрослый служит своеобразным «мостиком», по которому ребенок с проблемами в развитии «входит» в жизнь, осваивая предметную, игровую и продуктивные виды деятельности.

На таких занятиях педагог-психолог использует задания, связанные с активизацией интереса детей к деятельности, формированием системы ориентировочных (познавательных) действий и соответствующих операций. На этом этапе расширяют потенциальные возможности для развития так называемых «базовых» психических процессов и сохранных психических функций.

Постепенно создаются такие ситуации, в которых либо ребенок уже «хочет» больше, чем «умеет», потому что взрослому удалось сформировать мотивационную основу предметно-практической и познавательной деятельности, либо «умеет» больше, чем «хочет» в рамках данной деятельности. Согласно А.Н. Леонтьеву, это является поводом к изменению социальной ситуации развития и переходу на следующую ступень психического развития через формирование новых познавательных установок и освоение новых видов деятельности.

На **втором этапе** приходит «время» для стимуляции так называемых «развивающихся» психических функций и расширения «зоны ближайшего развития ребенка».

Затем приступают к формированию функционального единства всех психических процессов в разных видах детской деятельности. В этот момент важно создать условия для «перевода» всех психических функций в «ранг» произвольных.

На третьем этапе взрослый создает условия для овладения ребенком произвольностью уже не отдельных функций, а всего поведения, формирования умения и навыков планирования и самоконтроля хода и результатов деятельности. В это время создаются оптимальные условия для пропедевтики отклонений в формировании личности. Цель психокоррекции в процессе профилактики, как того требует пропедевтика, считается достигнутой, если уровень социально-психологической адаптированности ребенка в социальной среде и коллективе нормально развивающихся сверстников является устойчивым. При этом социально-психологическую адаптированность (термин армянского психолога, А.А. Налчаджана) можно охарактеризовать как состояние взаимоотношений между личностью и группой:

- ♦ когда ребенок без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность и удовлетворяет свои основные потребности,
- ♦ при этом в полной мере отвечает ожиданиям, которые предъявляет к нему социум (по возрасту, полу, социальному статусу).

Оформление индивидуальной пропедевтической и психокоррекционной программы работы с ребенком относится к обязательным формам отчетности педагога-психолога ДОУ по стандартной форме.

3.1.2. Проектирование элементов коррекционно-развивающей работы в системе пропедевтических мероприятий, ориентированных на групповые и фронтальные формы работы с дошкольниками

Данные материалы являются результатом обобщения практического опыта работы с группой детей дошкольного возраста, имеющих общее недоразвитие речи и задержку психического развития. У большинства из них, по данным обследования невролога или детского психиатра, отмечались гиперкинетический, гипертензионный синдромы и другие проявления перинатального поражения центральной нервной системы, недостаточная сформированность личностных реакций, у значительной части детей — нарушения эмоционально-поведенческой сферы, характерные для детского возраста.

Основным направлением работы на I этапе пропедевтического воздействия стало формирование мотивации психических функций, организующих поведение ребенка.

Определены и сформулированы следующие условия воздействия на мотивацию дошкольника с нарушениями в речевом и психическом развитии:

1. Выявление интересов детей и предпочтаемые ими виды деятельности.

Наблюдения показали, что дети *раннего и младшего дошкольного* возраста больше всего интересуются предметами и их функциями, способами их использования. Они с охотой выполняют задание за «поощрение» в виде колец от пирамидки, крупных бусин (постепенно собирая пирамиду или бусы), экспериментов с предметами (броски мелких предметов в воду, чтобы посмотреть, что тонет, а что плавает).

В *старшем дошкольном* возрасте детей интересует поведение знакомых объектов в неожиданной обстановке и новые функции предметов. Также их внимание привлекают взаимоотношения родителей, которые они пытаются «примерить» на себя — в роли мамы могут запомнить длинный список покупок, или папы — доехать на работу на машине (по плану-схеме). В процессе сюжетной игры ребенок с общим недоразвитием речи и задержкой психического развития соглашается выполнять задания даже на достаточно высоком уровне сложности.

В *подготовительной* группе детям хочется «попробовать» себя в роли спасателей, врачей, «полиции», принцесс и волшебников. Мотивация к обучению увеличивается, если занятия организуются в виде поиска пропавшей экспедиции, путешествия на подводной лодке или воздушном шаре вокруг света и пр. Часто дети «заражаются» переживаниями персонажей и забывают о том, что занятие подходит к концу, требуют продолжения. Некоторые приносят свои любимые игрушки (динозавров, Бэтмэнов, роботов, черепашек-ниндзя и др.) и просят детей, чтобы их герои участвовали в приключениях вместе с ребятами.

2. Повышение заинтересованности родителей в преодолении дефекта у ребенка и содействие их максимально активному участию в работе группы.

Проводилась работа по повышению педагогической наблюдательности родителей, демонстрировалась заинтересованность педагогов в пожеланиях, рекомендациях по организации поведения их сына или дочери. Родителей привлекали к проведению экскурсий, досугов, совместных праздников и сорев-

нований. После проведения таких мероприятий папы и мамы становились более открытыми и доброжелательными — их отношение к педагогам передавалось и ребенку. Родители стали чаще расспрашивать детей о событиях прошедшего дня, поведении других ребят, их успехах и достижениях. Однако часто речевая активность и навыки владения связной речью, анализа и обобщения словесной информации становились главными объектами оценки взрослых. Это влияло на возникновение опасности изменения иерархии мотивов общения детей друг с другом и усиления влияния уровня развития речи на положение ребенка в коллективе (на формирование статусных подгрупп). Выходом из данной ситуации мог стать дифференцированный подход в оценке речи детей, их коммуникативной активности и их поведения. Так, во время индивидуальной работы учитель-логопед и дефектолог оценивал активность и старательность ребенка при исправлении дефектов речи, а во время подгрупповых форм работы — доброжелательность к другим детям, умение оценить их помочь, оказать эмоциональную поддержку и т.д. На эти же параметры оценки обращалось особое внимание родителей воспитанников.

Постепенно педагоги подводили родителей к мысли о том, что их представления о речевом или психическом нарушении сына или дочери недостаточно верны и дифференцированы. Исследование представлений взрослых о способностях дошкольников с нарушениями формирования речевого развития, проведенное нами, показало, что родители детей с патологией речи в 3–4 и 6–7 лет склонны завышать оценку языковой способности детей, а в 4–6 лет — занижать. Соответственно, логопеды и воспитатели групп для детей с тяжелыми нарушениями речи должны были быть готовыми столкнуться с определенными стереотипами родителей в восприятии дошкольников. Изменению данных стереотипов способствовало овладение педагогами навыками «терапевтической метафоры» и использование установок родителей на развитие интеллектуальной, коммуникативной, музыкальной и других способностей их детей. При этом основная сложность заключалась в том, чтобы убедить родителей в наличии корреляции между развитием языковой и других способностей детей, что языковая способность ребенка развивается не только в процессе рассматривания и называния картинок и «постановки звуков», обучения грамоте, но и во время «укачивания» куклы, освоения танцевальных движений, конструирования из кубиков и т.д. — если действия ребенка опосредованы речью. Как следствие, на про-

тяжении всего времени, пока такой ребенок посещает специализированный детский сад, представления родителей о языковой активности их детей меняются. Родители в первую очередь отмечают влияние на ее развитие интеллектуальной и музыкальной способностей, реже — художественной и коммуникативной, подражательной способностей. Аналогичная ситуация наблюдается при работе с родителями воспитанников, имеющих нарушения в психическом развитии.

3. Выявление значимых для ребенка сверстников (через социометрические методики и наблюдения) и привлечение их к сотрудничеству с воспитателем и дефектологом (логопедом).

В процессе наших наблюдений за детьми часто оказывалось, что симпатичный ребенку сверстник отвергает его из-за неумения наладить контакт. Проводилась работа по формированию коммуникативных умений. Например, детей подводили к пониманию, что, выражая просьбу или предложение, нужно подойти к ровеснику, заглянуть в глаза, можно дотронуться до руки, назвать по имени и лишь затем высказывать свое предложение. Педагоги демонстрировали разные способы обращения к сверстнику:

- ♦ «Саша, попроси Алену тебе помочь»;
- ♦ «Алена! Ты не могла бы мне помочь? А то мне трудно!»;
- ♦ «Алена! Будь другом, помоги, пожалуйста!» и т.д.

Педагогом подчеркивалось, что вместе лучше преодолевать трудности и решать проблемы, чем одному. Дети обычно быстро понимали, что взрослый хвалит их не только за правильно выполненное задание, но и за помочь сверстнику — сразу откликались на просьбу о помощи.

Продуктивность индивидуальных занятий, проводимых в виде диады взаимодействия со значимым сверстником, повышалась примерно в 2–2,5 раза. На фронтальных занятиях те дети, которые уже выполнили задание, старались предложить свою помощь. Другие подбадривали: «Ну что же ты! Сейчас все получится!», «Скажи голове: думай, голова! — она сразу придумает!», — и потом радовались успехам.

Итоги всей коррекционно-педагогической работы мы отражали на панно «Как я провел день». Оно явилось одним из самых мощных стимулов к обучению детей.

На **II этапе** пропедевтической работы основные усилия взрослых были направлены на развитие способностей детей и их умение организовать поведение.

Сначала педагоги группы старались определить ведущий стиль обучения у каждого из своих воспитанников и стиль обучающей деятельности — у родителей. Как известно, существует три разновидности такого стиля: кинестетический, аудиторный и визуальный. В результате наблюдений и бесед с родителями обнаружено, что среди взрослых выделяется три категории родителей, отличающихся по стратегии обучающего взаимодействия с детьми.

Родители с развитыми кинестетическими способностями («деятели») могут комментировать все события в жизни ребенка, этапы осуществления совместных действий, обыгрывать все непроизвольные эмоциональные возгласы неговорящего малыша, а в более старшем возрасте — накапливать словарь с помощью сочинения рифмованных строк, разучивать стихотворения, расхаживая по комнате, сочинять рассказы, перебирая камешки и пр.

Родители с аудиторным стилем обучения («контактеры») для создания мотивации познавательной и речевой деятельности у ребенка расспрашивают логопеда и воспитателей в присутствии детей о том, как он себя вел, занимался, какие сегодня новости в группе, какие поделки мастерили дети и т.д., а по дороге домой обсуждают с ребенком выставки детских работ, праздники, конкурсы, предлагая что-нибудь смастерить для воспитанников группы, и разыгрывая мини-сценки о том, как дети обрадуются и т.д.

Родители, обладающие зрительным стилем обучения («наблюдатели») могут чаще создавать проблемные ситуации. Они требуют проявления речевой активности своего ребенка, переспрашивают его, правильно ли они его поняли, провоцируя отрицательный или утвердительный ответ. Такие родители предлагают ребенку изучать новые лексические темы, зарисовывая на бумаге воображаемые путешествия семьи, сказочные приключения, учат способам запоминания речевой информации с помощью знаков и символов, составления плана рассказа и пр.

После определения ведущего стиля и стратегии обучения родителей педагоги группы акцентируют их внимание на том, что у ребенка может быть другой стиль обучения, который необходимо учитывать в процессе организации развивающей среды и общения с ним. При этом подчеркивается значение создания речевой мотивации в процессе совместного общения, «опережающего одобрения» речевых попыток детей и роль фонетически, лексически, грамматически, стилистиче-

ски правильной и логичной речи взрослых в присутствии дошкольников. Относительно речевых ошибок родителям советуют придерживаться тактики переспроса ребенка, когда эхолично повторяется его фраза, но с соблюдением всех языковых норм.

После того, как между ребенком и взрослым установился свой стиль общения и обучающего взаимодействия, приступают к организации целостной коррекционно-развивающей работы с детьми, направленной непосредственно на коррекцию и восстановлению нарушенной функции. В связи с этим выделены 4 условия успешности коррекционно-педагогической работы, которые заключаются в следующем:

1. Виды занятий, направленные на усвоение способов ориентировки в материале.

Такие занятия необходимы потому, что понятие должно не только формироваться как система знаний, но и предъявляться для усвоения в разных формах, видах деятельности. Предмет надо не только показать на картинке, но и дать по возможности потрогать, выяснить, зачем он нужен и как действовать с ним, послушать, попробовать, нарисовать, слепить, представить в виде символа — сделать для себя «открытие»: «почему он такой, а не другой?», «действует так, а не иначе?». Функция предмета, способ действия с ним должны связаться с системой его качеств. Именно таким образом в предметной, практической деятельности детей учат действовать методом проб и ошибок, практического примеривания и соотнесения. В игровой деятельности — вычленению игрового правила и связанной с ней роли. В общении — навыкам социальной перцепции, умению распознавать эмоциональное состояние партнера и подбирать соответствующий ситуации уровень взаимодействия (при оказании помощи — уровень партнерских отношений, при игре в «Командиров» — взаимодействие дипады руководство — подчиненный и пр.). Во время выполнения заданий по развитию языковой способности — умению улавливать регулярности формы на всех уровнях языка. У детей с задержкой психического развития ее становление искается из-за нарушения слухового внимания и восприятия, в результате чего оказывается несформированной установка на улавливание регулярностей языковой формы. У детей с общим недоразвитием речи такая установка рано или поздно появляется, но ориентировочные действия в языке не складываются в функциональную систему. Такие дошкольники оказываются беспомощными во многих ситуациях, требующих проявления самостоятельной речевой активности и творчес-

ского преобразования усвоенных конструкций, если им не оказывается специализированная помощь.

2. Упражнения на развитие психических функций (памяти, восприятия, мышления и др.) на основе формирования одного понятия и с целью развития таких свойств внимания, как переключаемость и распределение.

Так при изучении темы «Весна» дети во время экскурсии искали признаки наступления весны (набухшие почки на деревьях и кустах, молодая травка; муравьи, вылезшие из-под пожухлой листвы и т.д.). Все вместе прислушивались к весенним звукам, записывали их на магнитофон, приюхивались к запахам весны, придумывали, что случилось, если бы весна не наступила. В группе посадили семена в горшки и наблюдали за их ростом в солнечных и теневых участках комнаты и вместе делали умозаключения.

3. Усвоение любой информации как практического, так и речевого характера в виде смысловых комплексов, включающих основные типы семантических отношений.

Например:

- ◆ *отношения противопоставления:*
 - «двигается — не движется»;
 - «двигается сам — движется с помощью»;
 - «перемещается в пространстве — развивается, растет» и т.д.;
- ◆ *часть — целое:*
 - сравнивали ребенка и машину, т.е. «у первого есть руки, ноги, туловище, шея, голова, а у второй — кабина, салон, колеса, руль»;
 - затем педагог предлагал соотнести части тела ребенка и машины;
- ◆ *род — вид, координация:*
 - «ребенок — человек — живое существо»;
 - «машина — механизм — неживое»;
 - всякий ли человек — ребенок, а транспорт — машина;
 - все живое — это только люди или еще кто-нибудь и т.д.;
- ◆ *субъект — действие:*
 - «что может делать и машина, и ребенок»;
 - «что не может делать машина, а умеет ребенок» и т.д.;
- ◆ *определение — объект:*
 - «какой может быть и машина, и ребенок»;
 - «какой может быть машина, а малыш не может?» и т.д.

В результате у детей развивались разные виды активности, соответствующие познавательной, практической, аналитико-синтетической и оценочной деятельности. Родители и педагоги отмечали, что у дошкольников активизировались мыслительные процессы, они стали быстрее и лучше справляться с заданиями, уже не удовлетворялись «простыми», а требовали «самых сложных». В результате реализации этих условий сформировалась мотивация преодоления препятствий и поиска выхода из затруднительной ситуации — стала развиваться исследовательская способность.

4. Формирование у детей умения самостоятельно оценивать свое поведение и организовывать его.

Сначала с детьми проводились игры-упражнения на развитие произвольного слухового внимания типа «Услышишь колокольчик — беги, замолчал — остановись», «Хлопну 1 раз — прыгайте как зайки, 2 раза — идите как медведи» и т.д. Такие упражнения способствовали формированию навыков контролировать свое поведение в игровой ситуации.

На занятиях часто повторялись «правила поведения», которые мы вместе с детьми «зашифровали» в виде символов и повесили около доски, чтобы вовремя вспомнить и воспользоваться ими, а именно: дослушай, а потом говори; подумай, а потом отвечай; если хочешь закричать или стукнуть кого-то, то сожми крепко кулаки и досчитай до 10. «Детям, которые боялись ответить неправильно, сомневались в себе, выдавалась «подбадривающая» карточка с улыбающимся, добрым лицом.

В конце занятия детям обычно предлагалось оценить действия сверстников, сказать, кто понравился и почему. Этот момент вызывал наибольшие трудности, так как требовал от ребенка наблюдательности. Дошкольники через оценку поведения сверстника и сравнение с собой приходили к вычленению правила социального поведения. Это способствовало развитию самосознания и произвольности поведения.

Постепенно, через формирование произвольного поведения детей на занятиях, усвоенные навыки переносились в другие ситуации. Этому очень способствовало усвоение структуры деятельности с помощью методики «пяти пальцев», описанной в программе «Детский сад — дом радости» Н.М. Крыловой и В.Т. Ивановой. Ее суть заключается в том, что, загибая по очереди пальцы на правой руке, педагог планирует, организует и регулирует вместе с детьми ход любой деятельности — от предметной до экспериментальной:

- ♦ большой палец — выделяет цели (Что будем делать?),
- ♦ указательный палец — выделяет условия (Что для этого нужно?),
- ♦ средний палец — выделяет средства (С помощью чего будем делать?),
- ♦ безымянный палец — выделяет ход осуществления (Как? Что сначала, что потом?),
- ♦ мизинец — выделяет результат (Что получилось в конце? Так ли было задумано?).

На следующем этапе работы объектом оценки становится не процесс совместной деятельности, а взаимоотношения детей. Чаще всего эти оценки осуществляются в ходе режимных моментов и свободной деятельности воспитанников. Можно выделить следующие типы оценок:

- ♦ оценки-правила (девочкам надо уступать);
- ♦ оценки личностных свойств сверстника (он всегда всем помогает, ему тоже нужно помочь);
- ♦ оценки — состояния (ей обидно, что всех угостили конфетами, а ее нет);
- ♦ оценки — предвосхищения (надо помочь ему одеться, а то он заплачет из-за того, что не получается);
- ♦ оценка свойств самого ребенка (ему «авансом» приписываются положительные качества или подчеркивается малейшее проявление доброжелательности к сверстнику).

Опыт практической работы показывает, что сами воспитанники групп с общим недоразвитием речи и задержкой психического развития предпочитают пользоваться тремя первыми видами оценок, чаще всего в негативном плане, мало интересуются эмоциональным состоянием сверстника. Поэтому воспитатель пробуждает интерес к ровеснику и создает условия для идентификации с ним.

С детьми проводятся игры, направленные на достижение общего эмоционального состояния, созвучности переживаний каждого члена группы: «Ручеек», «Липкий дождь», «Иголка и нитка» и др. Их учат делиться радостью и горем, советоваться друг с другом, например: взрослый спрашивает у детей: Почему Саша сегодня такой грустный? Когда они испытывали подобное чувство? Как можно помочь мальчику? Одним из методических приемов является выполнение поручений в парах. Например, педагог посыпает ребят узнать, что будет на обед, попросить у медсестры вату для игры в «Больницу», отнести в другую группу забытые на улице игрушки.

Начиная со старшего дошкольного возраста можно использовать такие игры-соревнования, которые основаны на взаимозависимости действий: «Мозаика» и «Лото» в парах, «Классики» и «Резиночки» и др. Они приводят к тому, что появляется возможность посмотреть на себя со стороны, сравнить с партнером и конкурентом. Постепенно ребенок осознает себя не только как субъект взаимодействия, а как субъект взаимоотношений. Особенно важным на этом этапе становится моделирование социальных отношений в игре, участие в сказочных драматизациях и режиссерских играх. В них дети учатся регулировать отношения не только игровые, но и реального взаимодействия с партнером.

На III этапе пропедевтической работы основное внимание педагогов направлено на практическое применение усвоенных умений и навыков и развитие самообучаемости ребенка, умения самостоятельно решать возникающие затруднения.

Это достигается через овладение умением самостоятельно выделять проблему, формулировать альтернативные решения, предвидеть возможные последствия каждой из альтернатив для всех действующих лиц. Часто применяются эксперимент и методы игрового моделирования и «мозгового штурма». При этом детям предлагалось придумывать на основе припоминания собственного опыта действий и поведения окончания, середину или начало педагогической ситуации.

Такие ситуации делились на:

- ♦ *ситуации-иллюстрации*, призванные продемонстрировать проявление того или иного качества или закономерности, хотя бы на уровне причины и следствия;
- ♦ *ситуации-упражнения*, которые позволяли бы применить к себе то качество, которое требовалось сформировать у ребенка, создать условия для переноса усвоенных способов решения задачи в другую ситуацию;
- ♦ *ситуации-оценки*, которые требовали формулирования собственного мнения от ребенка и детского коллектива, соблюдения принципа мотивированного ответа;
- ♦ *проблемные ситуации*, которые позволяли моделировать ситуации нравственного выбора и предполагали, что ребенок оказывается перед несколькими, одинаково возможными, но разными по своему нравственному смыслу линиями поведения, среди которых он должен предпочесть одну;

такие ситуации можно эффективно использовать в других видах деятельности и в режимных моментах.

«Примеривание» к себе и сверстнику опыта разыгрывания подобных ситуаций происходит также в процессе изучения детьми содержания серии сюжетных картин, отражающих режимные моменты жизни воспитанников и наиболее характерные события, происходящие в группе.

Первый вариант:

- ◆ приход детей в детский сад — ситуация в раздевалке;
- ◆ подгрупповое занятие воспитателя, логопеда, дефектолога и т.д.;
- ◆ занятие в музыкальном или физкультурном зале;
- ◆ утренник в детском саду;
- ◆ прогулка;
- ◆ индивидуальное занятие с логопедом, дефектологом и т.д.;
- ◆ обед;
- ◆ тихий час;
- ◆ совместная игра с другими детьми;
- ◆ возвращение домой, ситуация на улице.

Второй вариант развития сюжетов этих же картин, с теми же персонажами, отражает конфликтные ситуации общения ребенка с взрослыми (родителями и воспитателями) и сверстниками.

Третий вариант содержит проблемные ситуации, связанные с возможными практическими затруднениями детей. Кроме того, в изображениях могут отсутствовать функциональные детали, что может быть использовано для тренировки внимания и восприятия детей.

Четвертый вариант изображений на картинах построен по принципу «нелепиц», что позволяет применять их для развития речи, мышления и воображения.

Использование картинного материала для проведения подгрупповых занятий психолога позволяет сочетать как направления социально-нравственного, так и познавательного развития детей.

Например, О.П. Гаврилушкина предлагает **3 серии заданий.**

С помощью *первой серии* дошкольников обучают составлять сообщения и вопросы, используя конструкции из личных местоимений или собственных имен существительных в сочетании с глаголами, по поводу картинок с изображениями бытовых, игровых и трудовых действий (ребенок расска-

зывает, как «он» и «сверстники» их «совершают»). Кроме составления сообщений, ребенок побуждается к тому, чтобы задавать вопросы сверстнику по содержанию картинок: «Спроси у Сережи, нравится ли ему подметать пол», «Поинтересуйся, зачем он это делает» и т.п.

Во *второй серии* предлагается описать ситуацию, на фоне которой развертывается действие, и рассказать, как бы действовали дети. Разыгрываются жизненные диалоги ребят. При этом используются ситуации, которые вызывают выделение нравственных норм и «присвоение» их к себе.

Осознанию своей позиции, своего отношения к действительности способствует такой прием, как комментированное рисование. Взрослый на глазах у детей мелом создает различные изображения сюжетного содержания, которые отражают занятия детей, совместные игры, развлечения, прогулки и т.д. Объектами изображения выступают воспитанники данной группы. Затем организуется разыгрывание диалогов детей с обсуждением их желаний и эмоций по поводу начала, середины и результата совместных действий: «Кто чего хотел, и что из этого вышло».

Задания *третьей серии* состоят в разыгрывании диалогов при опоре на сюжетные картинки и принятии соответствующих ролей. При этом рекомендуется использование приема «словесного описания» того, что было «до» и будет «после» события, изображенного на картине, проведение аналогии с реальными жизненными ситуациями, с которыми сталкивались дети, и моделирование вариантов разрешения проблемных ситуаций.

В процессе разыгрывания перечисленных выше ситуаций и их обсуждения поощряются новые, неожиданные варианты их решения, создание творческих рассказов и оригинальных поделок. При этом особенное внимание уделяется дифференциации оценок детей и взрослых в зависимости от соотнесения полученных результатов индивидуальной и коллективной работы с поставленными целями и задачами (по Б. Блуму):

- ♦ в *психомоторной области*: по уровням от имитации движений, манипуляции, формирования точных движений и действий, разделения на действия, формирование естественности движений и двигательного поведения;

- ♦ в *аффективной (эмоционально-ценостной) области*: по уровням от восприятия эмоций и чувств другого, ценностных отношений и ориентаций, адекватного реагирования на

них, оценки до формирования умений организовывать и распределять их по значимости;

♦ в когнитивной (познавательной) сфере: по уровням от воспроизведения полученной информации, понимания смысла, сознательного использования того или иного учебного материала, умений его анализировать и синтезировать, осуществлять оценку его значимости с точки зрения поставленных целей.

Опираясь на данные критерии, проводилась оценка результатов развития, воспитания и обучения детей в процессе пропедевтической работы, далее она легла в основу планирования коррекционно-развивающей работы и всех направлений воспитательно-образовательного процесса. Это позволило использовать в дальнейшем такую технологию управления качеством коррекционно-развивающей работы с детьми, как технологию управления по результатам. В целом о достаточно высоких результатах коррекционно-педагогической работы с детьми с общим недоразвитием речи и задержкой психического развития свидетельствует то, что все выпускники ДОУ успешно поступили в общеобразовательную школу, быстро адаптировались в новой обстановке и активно проявили себя не только в учебной, но и коллективной жизни школы.

3.1.3. Совершенствование системы управления качеством коррекционно-педагогического процесса с позиции пропедевтики нарушений развития способностей детей

Ведущей тенденцией современного этапа образования является обеспечение контроля качества образования и создание условий для наиболее полного развития способностей и интересов детей с ограниченными возможностями здоровья, что отражено в Федеральной программе развития образования в Российской Федерации. Это обусловлено постоянно возрастающей в современных условиях ролью речевой деятельности как особого вида деятельности, который необходим для социального развития личности ребенка дошкольного возраста, повышенным вниманием к развитию способностей детей как основы для компенсации их нарушений.

Результаты многих исследований подтверждают наличие взаимосвязи между развитием языковой, интеллектуальной, коммуникативной, творческой, символической и ритмической способностей у дошкольников с общим недо-

развитием речи. Соответственно, к концу дошкольного детства у детей с нарушенным формированием речевой деятельности не складывается функциональная система способностей, характеризующая в дальнейшем уровень их обучаемости в школе. Это свидетельствует о необходимости совершенствования самой системы специальной помощи таким детям.

В рамках модернизации системы специальной помощи детям с отклонениями в развитии в Институте коррекционной педагогики РАО уже разработаны принципиально новые подходы к формированию речевой деятельности детей с разными формами нарушений, однако проблема обеспечения качества коррекционно-логопедического процесса с учетом данных подходов остается мало разработанной. В связи с этим представляется актуальным разработка модели управления качеством коррекционно-педагогического процесса, которая позволит согласовать новейшие разработки в области развития языковой способности и системы управления качеством образования.

Анализ логопедической, психолого-педагогической и методической литературы позволил нам описать технологию управления качеством коррекционно-педагогического процесса, включающей систему управления качеством условий, процесса и результатов развития языковой способности у детей с общим недоразвитием речи и оценку качества компенсации речевого нарушения.

В качестве фактора, способствующего эффективному управлению качеством коррекционно-педагогического процесса на основе пропедевтики нарушений в развитии языковой способности, выступает организационно-методический подход к развитию языковой способности, в свою очередь опирающийся на онтогенетический и коммуникативно-деятельностный принципы, принципы предметно-практической направленности процесса обучения и синтаксического планирования коммуникативного и языкового материала, функционально-системного принципа. Данные принципы определяют специфику проектирования *целевого, содержательного, организационно-деятельностного и результативного* компонентов коррекционно-педагогического и пропедевтического процесса.

Специфика *целевого компонента* проявляется в изменении подхода к целеполаганию и планированию коррекционно-педагогического процесса как процесса пропедев-

тического. Он становится блочно-модульным: блоки соотносятся с тремя компонентами (фонологическим, лексико-семантическим и синтаксическим) языковой способности, модули — с совокупностью задач по развитию системы соответствующим данным компонентам языковых ориентировок в разных видах детской деятельности.

Идея блочно-модульного обучения принадлежит В.А. Ермоленко, Т.Т. Новиковой, которые предлагают осуществлять структурирование отобранного содержания обучения по принципу «сверху — вниз». Разделение содержания обучения на блоки учебного материала, представляющие собой функционально завершенные структурные элементы, соответствующие трем основным компонентам языковой способности, заложено в работах Р.Е. Левиной, О.Е. Грибовой и других ученых.

Кроме того, управление качеством целевого компонента предполагает проверку соответствия содержания коррекционно-логопедического и пропедевтического процесса поставленным целям, а также поэтапное освоение содержания каждого блока в образовательном процессе на основе технологии управления качеством по результатам.

При этом блоки, отвечающие за реализацию содержания компонентов языковой способности, должны представлять собой циклы из логически завершенных частей (модулей) учебного материала, выстроенных с учетом потребностей, индивидуальных особенностей детей с общим недоразвитием речи, а именно: имеющегося уровня ОНР, опыта речевого общения, языковой способности. Это означает, что модули, включающие учебный материал, соответствующий частным целям и задачам обучения, которыми последовательно овладевает ребенок, представляют собой индивидуальную образовательную траекторию каждого ребенка в соответствии с заданной целью обучения. Как утверждает большинство отечественных исследователей, необходимо учитывать, что особенности общения у большинства детей с ОНР оставляют отпечаток на формирование основных форм коммуникации в процессе реализации разных форм организованной образовательной деятельности. В результате происходят изменения в иерархии целей общения, снижение потребности в нем и появление феномена «параллельности» диалога. Это диктует необходимость интеграции в ходе образовательного процесса разных образовательных областей (социализация, коммуникация, познание и др.) и направлений развития де-

тей (социально-личностного, познавательно-речевого и пр.), обозначенных в современных Федеральных государственных требованиях к структуре и содержанию общеобразовательной программы дошкольного образования. Все это требует высокого внимания к первоначальному проектированию содержания образовательных траекторий — на макроуровне.

На микроуровне осуществляется раскрытие содержания модульных единиц в системе разных форм образовательной деятельности: занятий, бесед, игр, чтения и обсуждения программных произведений разных жанров, создания педагогических ситуаций, рассматривания и обсуждения предметных и сюжетных картинок, проектной деятельности и экспериментирования и пр. Они обеспечивают закрепление и совершенствование компенсаторного механизма развития языковой способности у дошкольников с общим недоразвитием речи. В связи с появлением новых Федеральных государственных требований к структуре и содержанию общеобразовательной программы дошкольного образования кардинально меняется процесс обучения, особенно, в младших и средних группах, где занятия в обычной традиционной форме проводить не рекомендуется. Следовательно, педагог в современных условиях должен уметь планировать систему коррекционно-педагогических и пропедевтических мероприятий в соответствии с новыми разделами образовательной программы и новыми формами образовательной деятельности.

В основе *содержательно-деятельностного* компонента коррекционно-педагогического и пропедевтического процесса, ориентированного на развитие языковой способности, лежат следующие подходы: психолингвистический, системный, структурно-семантический (функционально-системный), коммуникативно-деятельностный, личностно-ориентированный, топологический и др. Новым по отношению к системе коррекционно-педагогической работы является топологический подход к развитию языковой способности воспитанников. Предполагается формирование у детей системы мотивационных, ориентировочных и операциональных действий в языковом материале, опираясь на их особенности развития языковой способности и систему ее взаимосвязей с развитием других способностей (интеллектуальной, художественной, коммуникативной и пр.). Это отвечает федеральным государственным требованиям к интеграции образовательных областей.

Согласно принципу интеграции, развитие речи должно осуществляться не только в процессе специфических игр, упражнений и занятий по развитию речи, но и при организации всех видов детской деятельности, особенно познавательного цикла (формирование элементарных математических представлений, конструктивной деятельности, целостной картины мира). Содержание коррекционно-педагогической работы при этом должно способствовать формированию таких интегративных качеств, как любознательность, активность, эмоциональная отзывчивость, владение средствами общения и способами взаимодействия со взрослыми и сверстниками, способность управлять своим речевым поведением и планировать речевые действия на основе ценностных представлений, способность решать речевые задачи проблемного характера и др. Данные качества наиболее активно формируются в случае перекреста языковой и коммуникативной установок у детей и системы ориентировочных действий в языковом материале. Первоначально формируются языковые ориентировки, опирающиеся на сохранные нейрофизиологические механизмы:

- ♦ действие по подражанию;
- ♦ совместно распределенное действие (между педагогом и ребенком);
- ♦ продолжение действия, начатого взрослым;
- ♦ припоминание заученного слова, стереотипной фразы;
- ♦ соотнесение «данного» и «нового» в коммуникативной ситуации с темой и ремеслом в предложении.

Обязательным условием формирования ориентировок данного типа является их привязанность к ситуации взаимодействия с взрослым. Следовательно, образцы педагога должны иметь для ребенка «личностный смысл», отражать мотивы его поведения в данной ситуации общения.

Новой формой проведения логопедического занятия, по нашему мнению, может стать лингвистическая лаборатория, целью которой является формирование и развитие на выков анализа и синтеза, сравнения, обобщения, классификации, комбинаторных навыков на основе соотнесения наглядного, игрового, языкового и коммуникативного материала. В рамках деятельности данной лаборатории в старших группах целесообразно проводить интегрированные занятия, например, по развитию речи и ознакомлению с произведениями художественной литературы. Их отличием

от традиционных занятий выступает ярко выраженная «исследовательская» атрибутика, например:

- ♦ играя роль ученых-исследователей, дети надевают «профессорские шапочки» с кисточками,
- ♦ использование аудиовизуальных средств — магнитофонных записей, мультимедийного оборудования, компьютерных программ, формирующих обратную связь,
- ♦ применение метода исследовательских проектов.

Это означает, что дети, объединяясь в пары и подгруппы, ставят перед собой проблему (обычно после прослушивания какого-либо языкового материала), выдвигают гипотезы — и пытаются их решить. Так, после того, как воспитанники научились задавать вопросы к предложениям и соотносить их с ответами (чем неожиданнее ответы, тем это задание интереснее для детей), взрослый зачитывает первое предложение текста и предлагает дошкольникам по символам угадывать, о чем пойдет речь в следующем предложении. Детей учат не только кодировать предложения, но и расшифровывать чужие высказывания по символам, ориентируясь на коммуникативную ситуацию и подтекст. При этом с помощью символов кодируются только главный персонаж рассказа и слова-связки для соседних членов предложения.

Управление качеством описанного выше содержательно-деятельностного компонента связано с оценкой применяемых технологий коррекции речевого нарушения. При этом логопед должен уметь на основе существующих технологий уметь разрабатывать свою компенсаторную технологию, содержащую комплекс психолого-педагогических условий формирования самокомпенсации и оценку ее эффективности в преодолении общего недоразвития речи.

Результативный компонент коррекционно-педагогического и пропедевтического процесса опирается на технологию управления качеством по результатам. Это означает, что в начале, середине и конце каждого этапа коррекционно-педагогического процесса как процесса пропедевтического проводится мониторинг развития языковой способности.

В настоящее время существует много диагностик языковой способности детей дошкольного возраста, которые разработаны на основе психолого-педагогического и психолингвистического подходов.

Разработанная нами диагностическая технология опирается на систему принципов диагностики (принципы индиви-

дуального подхода к предъявлению инструкций и дифференцированной помощи, оценки зоны актуального и ближайшего развития, динамического характера исследования, логического, корреляционного и контекстного анализа результатов диагностики). Диагностические задания выстроены по блочно-модульному принципу: по 6 заданий для выявления системы языковых ориентировок в синтаксическом, семантическом и фонологическом компоненте языковой способности.

При этом управление качеством результативного компонента заключается в анализе эффективности коррекционно-педагогического и пропедевтического процесса через соотнесение результатов развития языковой способности с уровнем познавательно-речевого и социально-личностного развития дошкольников, оценку степени сформированности механизма компенсации речевого нарушения. О сформированности механизма компенсации дефекта у детей с ОНР могут свидетельствовать:

- ♦ уровень сформированности языковых обобщений и противопоставлений,
- ♦ эффективность функционирования «чувств языка»,
- ♦ легкость его переключения с одного уровня языковой системы на другой,
- ♦ возникновение компенсационных ориентировок на уровне текста в случае затруднений на уровне слова и предложения,
- ♦ интеграция языковой, интеллектуальной и коммуникативной способностей в проблемных ситуациях.

В качестве новых требований в настоящее время выступает оценка интегративных качеств личности, о которых уже упоминалось выше. Кроме того, сегодня от каждого детского сада требуется оценка не просто эффективности коррекционно-педагогического и пропедевтического процесса, а сформированности системы управления его качеством. О сформированности данной системы свидетельствуют результаты оценки корреляции компонентов коррекционно-педагогического процесса с развитием языковой способности воспитанников с общим недоразвитием речи.

Результаты проведенного исследования показывают, что если коррекционно-педагогический и пропедевтический процесс строить без учета особенностей развития языковой способности у дошкольников с общим недоразвитием речи и не ориентируясь на нее в качестве образа цели и результата,

то нарушается и постепенно сводится к нулю взаимосвязь между развитием языковой способности воспитанников и эффективностью функционирования компонентов коррекционно-педагогического процесса: она достигает всего 0,109145, т.е. почти 11%. Особенno сильно это сказывается на эффективности реализации содержательного компонента (коэффициент корреляции отрицательный, -0,5842, т.е. -58%) и результативного компонента (-0,2494, т.е. -24%) коррекционно-педагогического процесса, чем объясняется недостаточно высокий уровень компенсации речевого нарушения у воспитанников с общим недоразвитием речи. Между тем, результаты апробации предложенной системы управления качеством коррекционно-педагогического процесса свидетельствуют о том, что при целенаправленной и систематичной корреляционной оценке результатов работы по развитию языковой способности у детей данной категории педагоги начинают уделять больше внимания обеспечению гибкости коррекционно-педагогического процесса, что значительно улучшает процесс формирования механизма компенсации речевого дефекта посредством развития языковой способности воспитанников.

Вопросы и задания

1. В чем заключается взаимосвязь профилактической и пропедевтической работы с детьми в образовательном учреждении?
2. Опишите, как проявляется взаимосвязь динамического наблюдения за ребенком и разработка программы индивидуальной психокоррекционной работы.
3. Приведите примеры проектирования элементов коррекционно-развивающей работы в систему пропедевтических мероприятий, ориентированных на групповые и фронтальные формы работы.
4. Разработайте проект совершенствования системы управления качеством коррекционно-педагогического процесса с позиции пропедевтики нарушений развития способностей детей (на выбор):
 - с нарушениями в развитии двигательной сферы;
 - с нарушениями в психоэмоциональном развитии;
 - с нарушениями в развитии анализаторов;
 - с нарушениями в развитии познавательной сферы.

5. Зачем проводится мониторинг взаимодействия детей, педагогов и родителей?
 6. По каким критериям можно оценить эффективность реализации программы комплексной профилактики в ходе коррекционно-педагогического процесса?
-

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Методологическое значение кибернетических закономерностей. — В кн.: Материалистическая диалектика и методы естественных наук. — М., 1968, С. 547–587.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология // 3-е изд. — М.: Медицина, 1984. — 306 с.
3. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии детского возраста. — Киев, 1980.
4. Балеева Л.С. Методические основы перехода от «Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» к «Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья для использования при установлении инвалидности у детей»: Пособие для врачей. — М., 2002. — 16 с.
5. Бенилова С.Ю. Курсовая патогенетическая медикаментозная терапия в комплексном лечении тяжелых речевых расстройств у детей дошкольного возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 20 с.
6. Бенилова С.Ю. Особые дети — особое общение // Журн. «Воспитание и обучение детей с нарушением развития», № 2, 2006. — М.: Изд-во «Школьная Пресса», 2006. — С. 77.
7. Бенилова С.Ю. Анализ клинико-анамнестических данных при дисфазии и афазии развития у дошкольников // Журн. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», № 2. — М., 2008. — С. 42–54.
8. Бенилова С.Ю. Эмоционально-поведенческие нарушения и их коррекция у детей с расстройствами развития речи // Сб. трудов Международной научно-практической конференции «Российская семья — семья XXI века» 22–23 октября 2008 г. / Институт семьи и воспитания РАО, Российский гуманитарный научный фонд. — М., 2008.
9. Бенилова С.Ю. Сравнение клинико-анамнестических данных у дошкольников с дисфазией и афазией развития // Логопедия сегодня. — № 1 (23). — М., 2009.
10. Бенилова С.Ю. Роль семьи в коррекции эмоциональных расстройств детей и подростков // Методическое пособие «Механизмы повышения эффективности взаимодействия институтов семьи, образования, воспитания». — Институт семьи и воспитания РАО, г. Москва. — М., 2009.
11. Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р. О ранней профилактике нарушений развития // Журн. «Дошкольное воспитание», № 9, 2006. — М., 2006. — С. 61–66.
12. Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р. Система коррекции эмоционально-поведенческих нарушений у детей с проблемами развития // Журн. «Школа здоровья», № 3, 2007.
13. Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р. Комплексная профилактика нарушений развития детей раннего возраста // Материалы V конференции ЦПМСС «Взаимодействие» — «Деятельность спе-

циалистов центра в контексте социокультурных проблем и актуальных задач образования». — М., 2008. — 34 с.

14. *Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р., Руднева О.В.* Эмоционально-поведенческие нарушения у детей с расстройствами развития речи // Журн. «Логопедия сегодня», № 3, 2009. — М., 2009.

15. *Бер К.М.* История развития животных. — 1826.

16. *Берк Л.* Развитие ребёнка. — 6-е изд. — СПб.: Питер, 2006. — 1056 с.

17. *Божович Л.И.* Проблемы формирования личности // Под редакцией Д. И. Фельдштейна. — 2-е изд. — М.: Издательство «Институт практической психологии». — Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. — 352 с.

18. *Вагин Ю.Р.* Креативные и примитивные. — 2002.

19. *Волкова Л.С., Лалаева Р.И., Мастюкова Е.М.* Логопедия. — М.: Просвещение, Владос, 1995. — 384 с.

20. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений // Проблемы развития психики.: В 6 т. — М.: Педагогика. Т. 2 — 1982. Т. 3. — 1983, Т. 4. — 1984.

21. *Выхристюк О.Ф., Самсыгина Г.А.* «Неблагополучные» дети: медицинские и социальные проблемы // Журн. «Лечящий врач», № 6, 2004. — М., 2004.

22. *Геккель Э., Generelle Morphologie d. Organismen*, 2-е изд. — 1866.

23. *Гельдер М., Мейо Р., Гэт Д.* Оксфордское руководство по психиатрии: Т.1, Т.2 / пер с англ. — 1999. — 300 с., 436 с.

24. *Давидович Л.Р.* Экспериментальные материалы для аттестации дошкольного образовательного учреждения по коррекционно-педагогическому направлению / Тематический блок «Критерии оценки деятельности ДОУ по организации коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими отклонения в речевом развитии». — М.: Школьная пресса. — 2003. С. 148–176.

25. *Давидович Л.Р., Резниченко Т.С.* Ребенок плохо говорит? Почему? Что делать? / Коррекционно-педагогическая работа с неговорящими детьми. М.: Издательство ГНОМ и Д, 2003, 2008. — 96 с.

26. *Давыдов В.В.* Проблемы развивающего обучения. — М., Педагогика. — М., 1986.

27. *Девятова О.Е.* Пограничные психические расстройства у детей, находящихся в условиях семейной депривации: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2005. — 18 с.

28. *Дунаева З.М., Ростягайлова Л.И.* Влияние внутрисемейных отношений на эмоциональное состояние ребёнка // Альманах института коррекционной педагогики РАО, № 9. — М., 2005.

29. *Журба Л.Т., Мастюкова Е.М.* Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. — М.: Медицина, 1981. — 271 с.

30. *Запорожец А.В.* Избранные психологические труды: В 2-х т. // Т. 1. Психическое развитие ребёнка. — М.: Педагогика, 1986.

31. *Зеньковский В.В.* Психология детства. — М., 1996.

32. *Исаев Д.Н.* Психопатология детского возраста // Учебник для вузов. — Издательство «СпецЛит». — СПб.: Питер, 2007. — 463 с.
33. *Каменская В.Г.* Детская психология с элементами психофизиологии: Учебное пособие. — М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2005. — 288 с.
34. *Керпель-Фрониус Э.* Педиатрия / Пер. с венг. — Изд-во: Будапешт: Академия наук Венгрии. — 2-е рус. изд. — 1977. — 620 с.
35. *Ковалев В.В.* Патология речи органического и функционального генеза (клинико-психологический аспект и терапия) // Сб. науч. трудов МНИИ психиатрии / Отв. ред. Ковалев В.В. — М., 1985. — 136 с.
36. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
37. *Козловская Г.В., Баженова О.В.* Микропсихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1995. — Т. 95. — № 5. — М., 1995. — С. 48–51.
38. *Козловская Г.В., Калинина М.А.* и соавт. Психофармакология в микропсихиатрии // Журн. «Психиатрия и психофармакотерапия», т. 7, № 5, 2005. — М., 2005.
39. *Коробейников И.А.* Нарушения развития и социальная адаптация/ И.А. Коробейников. — М., 2002. — 191 с.
40. *Косякова О.О.* Психология развития в пренатальности и младенчестве / Изд-во: Феникс. — 2007 г. — 160 с.
41. *Кривулин Е.Н.* Расстройства адаптации у осуждённых несовершеннолетних с резидуальной церебральной патологией // Новые формы ранней психопрофилактики в системе охраны психического здоровья детей // Материалы Международной конференции психиатров. — 16–18 февраля, Москва. — М.: РЦ «Фармединфо», 1998. — 384 с.
42. *Кузьменко Л.Г.* Тимомегалия у детей первых трех лет жизни // Приложения 4.7 и 4.8: Дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 1988. — С. 304–305.
43. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. — М., 1977.
44. *Лисина М.И.* Проблемы онтогенеза общения. — М., 1986.
45. *Лисина М.И.* Общение, личность и психика ребенка // Под ред. Рузской А.Г. — М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж, НПО «Модэк», 1997. — 384 с.
46. *Ляпидевский С.С.* Невропатология. Естественнонаучные основы специальной педагогики. // Учебник для вузов. — М., 2003. — 384 с.
47. *Манова-Томова В.С., Пирьов Г.Д., Пунушиева Р.Д.* Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. — София: Медицина и физкультура, 1981. — 190 с.
48. *Масод., Раппорт Л.* Расстройство поведения // Педиатрия. / Под редакцией Дж. Грефа. / Пер. с англ. — М.: Практика, 1997. — 912 с.

49. *Мастюкова Е.М.* Психическое развитие школьников, страдающих моторной алалией // Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых: Сб. науч. тр. — М., 1980. — С. 50–55.
50. *Ньюкитъен Ч.* Детская дисфазия. Сообщение 1: концепция и клинические аспекты // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — М., 1993. — Т. 93. — № 4. — С. 88–92.
51. *Ньюкитъен Ч.* Детская дисфазия. Сообщение 2: современные представления о нейробиологических механизмах // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — М., 1994. — Т. 94. — № 1. — С. 79–84.
52. *Обухова Л.Ф.* Детская возрастная психология. — М., 1996.
53. *Проселкова М.С., Козловская Г.В., Калинина М.А., Платонова Н.В.* Новые формы ранней психопрофилактики в системе охраны психического здоровья детей // Материалы Международной конференции психиатров. — 16–18 февраля, Москва. — М.: РЦ «Фармединфо», 1998. — 384 с.
54. Психогигиена детей и подростков // Под ред. Г.Н. Сердюковской (СССР), Г. Гельница (ГДР) / Совместное издание СССР — ГДР. — М.: Медицина, 1985. — 225 с.
55. Психология развития: Энциклопедический словарь // Под ред. А.В. Петровского, А.Л. Венгера; ред.-сост. Л.А. Карпенко. — М.: ПЕР СЭ, 2005. — 176 с.
56. *Ребер А.* Большой толковый психологический словарь. Т. 1, 2. — М., 2001.
57. *Репина Т.А., Стеркина Р.Б.* Общение детей в детском саду и семье. — М., 1990. — 150 с.
58. *Семаго Н.Я., Семаго М.М.* Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. — СПб.: Речь, 2005. — 384 с.
59. *Серхио П.Г.Л.* Клинические особенности синдрома уходов и бродяжничества у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1993.
60. *Смирнова Е.О.* Детская психология // Учебник для вузов. 3-е изд., перераб. — СПб.: Питер, 2009. — 304 с.
61. Специальная (коррекционная) дошкольная педагогика // Учебное пособие / Под. ред. В.И. Селиверстова. — М., Изд-во «Владос», 2010. — 320 с.
62. *Строганова Т.А., Посикера И.Н., Сергиенко Е.А.* Влияние ранней зрительной депривации на формирование системы контроля состояния мозга в раннем онтогенезе человека // Ж. ВНД. 1995. № 1. С. 66–76.
63. *Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. — М.: Медгиз, 1959. — 406 с.
64. *Сухотина Н.К.* Состояние здоровья учащихся начальной школы // Охрана психического здоровья и подростков / Материалы IV съезда педиатров России, Москва, 17–18 нояб. 1998. — М., 1998. — С. 89.
65. *Сухотина Н.К., Куприянова Т.А., Коновалова В.В., Крыжановская И.Л.* Психоневрологическая помощь детям в учреждениях образовательной системы как проблема, требующая научного и практического обоснования // Вопросы психиче-

- ского здоровья детей и подростков, 2008 (8), №1. — М., 2008 — С. 79–85.
66. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии (т. 1, т. 2). — М.: «Медицина», 1999. — 712 с.
67. Тонкова-Ямпольская Р.В., Фрухт Э.Л. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной системы // Российский педиатрический журнал. — М., 2001. — №1. — С. 9.
68. Тюрин Н.А., Кузьменко Л.Г. Детские болезни / Изд-во РУДН, т.1. — М., 2004. — 610 с.
69. Фельдштейн Д.И. Особенности личностного развития подростка в условиях социально-экономического кризиса // Мир психологии и психология в мире, Научно-методический журнал, 1994, № 1. — М., 1994. — С. 38–46.
70. Цареградская Ж.В. Ребёнок от зачатия до года // Ж.В. Цареградская. — М.: Астрель: АСТ, 2007. — М., 2007. — 281 с.
71. Цукер М.Б. Основы невропатологии детского возраста. — М., 1961. — 286 с.
72. Эльконин Д.Б. Детская психология. — М., 1960.
73. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии, 1971, № 4. — М., 1971.
74. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. — М.: Педагогика, 1989. — С. 60–77.
75. Эльконин Д.Б. Развитие личности ребенка-дошкольника // Психическое развитие в детских возрастах. — М.; Воронеж, 1995.
76. Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И., Кипнис С.А. и др. Болезни нервной системы — М., 1979. — 277 с.
77. Benilova S., Davidovich L. Program for complex prophylaxis of disorders of children's speech and voice development, creation of correction space // 3rd WORLD VOICE CONGRESS, June 19–22, 2006, Istanbul — Turkey / PROGRAMME & ABSTRACT BOOK. — p. 37.
78. Dekker Marielle C., Koot Hans M., van der Ende J., Verhulst Frank C. Emotional and behavioural problems in children and adolescents with and without intellectual disability // Journal of Child Psychology and Psychiatry 2002; 43:8, p. 1087–1098.
79. Göllnitz G. Die Bedeutung der fruehkindlichen Hirnschaedigung f. d. Kinderpsy-chiatrie. — Leipzig, 1954.
80. Greenspan S.I. Infancy and Early Childhood. International Universities Press. — 1992. — P. 601–639.
81. Gwerder F. Das Syndrom der leichten fruhkindlichen Hirnsschadigung // Bern. — 1976. — P. 74–76.
82. Low J. A. Relationship of fetal asphyxia to neuropathology and deficits in children // Clin. Invest. Med. — 1993. — Vol. 16. — № 2. — P. 133–140.
83. Offer D., Offer J. Three developmental routes through normal male adolescence // Adolescent Psychiatry, 1976. — V.47. — P. 121–141.
84. Rutter M. Scientific foundations of developmental psychiatry // Heinemann. — London, 1980.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Автор: кандидат медицинских наук,
детский психиатр, врач высшей категории С.Ю. Бенилова**

Система общения «Особые дети — особое общение»

Данные, полученные учеными во многих странах мира, свидетельствуют о том, что семейный климат имеет существенное значение в профилактике негативных социальных явлений. Поэтому организация и совершенствование работы с семьей — важное направление повышения эффективности воспитательной работы с детьми и подростками. Значение семьи и семейного климата подтверждает также и изучение детей с нарушениями поведения.

В последние десятилетия у многих родителей и специалистов появился большой интерес к следующим проблемам:

- ♦ вопросам нарушенных отношений между детьми и взрослыми в семье;
- ♦ вопросам нарушенных отношений между детьми и взрослыми в образовательных учреждениях;
- ♦ причинам их возникновения;
- ♦ влияния эмоционально-поведенческих нарушений на развитие детей и вероятности адекватного обучения;
- ♦ возможностям предотвращения или устранения неправильного стиля общения с детьми в семье или образовательных учреждениях;
- ♦ формирования нового типа и стиля общения с детьми и подростками;
- ♦ формирования у детей интереса к познавательно-интеллектуальной деятельности;
- ♦ предупреждения патологических девиантных форм поведения у детей.

Отмечены наиболее распространенные ошибки в воспитании детей, совершаемые родителями и приводящие к развитию эмоционально-поведенческих расстройств, реакциям протеста, агрессивности, демонстративно-вызывающему поведению, отказу от любой продуктивной и учебной деятельности:

- ♦ взаимоисключающие требования взрослых членов семьи к ребенку;
- ♦ непонимание интересов, возрастных и характерологических особенностей ребенка;

- ◆ непонимание проблем, связанных с возможным отклонением в развитии;
- ◆ повышенная требовательность к ребенку;
- ◆ воспитание и общение с детьми, строящееся в основном на призывах и требованиях;
- ◆ недооценка деятельности ребенка, неверие в его успех;
- ◆ воспитание, строящееся только на констатировании неправильного поведения, совершенных ошибок и проблем в учебе;
- ◆ недостаточно эмоциональное, формальное или строго-неодобрительное общение;
- ◆ эмоциональное неприятие ребенка;
- ◆ высказывание ребенку в воспитательных целях, что он нехороший, что его такого не будут любить, на него обиделись;
- ◆ лишение ребенка или подростка права на ошибку;
- ◆ сравнение с более успешными детьми (с точки зрения родителей) или с собой в его возрасте;
- ◆ пренебрежительно-ироничное отношение, иногда уничижительное.

Среди эмоциональных черт, развивающихся под воздействием таких родительских отношений, часто отмечаются эмоциональная нестабильность, чувство тревожности, страхи, мнительность, пониженное настроение, сниженный аппетит, тики, навязчивые движения, нарушенный сон, недержание мочи (энурез), недержание кала (энкопрез), конфликтность в общении с людьми, агрессивность, ауто-агрессивность (агрессия на себя — ребенок бьет себя, кусает, ударяется головой, говорит или кричит, что он самый плохой и т.д.). Такие дети начинают сомневаться в сердечном, внимательном, доброжелательном и одобрительном к нему отношении со стороны родителей. У ребенка или подростка появляется чувство незащищенности в мире, где много новых, непонятных явлений, ситуаций, событий и людей, в мире, который они еще плохо знают и не умеют адекватно ориентироваться. В такой ситуации дети не чувствуют поддержки близких ему людей. Они ощущают себя одинокими.

Чтобы уменьшить это чувство, одни дети стараются всеми доступными для них средствами привлечь внимание родителей: не отпускают ни на минуту; не дают говорить по телефону; не разрешают беседовать родителям с другими людьми; становятся драчливыми и агрессивными; постоянно требуют новых игрушек, развлечений, при невыполнении

требований кричат, бросаются на пол; на все реагируют негативно и протестно; засыпают только вместе с матерью; ночью приходят в постель к родителям и пр. Другие дети становятся малоинициативными, апатичными, иногда грустными и всем недовольными, зависимыми от мнения окружающих людей, ведомыми. У подростков есть риск попасть в асоциальную среду, которая быстро и без труда может привести к раннему употреблению алкоголя, начиная с пива, наркотикам, ранним сексуальным контактам и вовлечением в криминальную среду. В последнее время среди детей и подростков, находящихся в конфликтных отношениях с родителями, участились случаи суицидальных переживаний и суицидального поведения, а так же — завершенного суицида.

Следствием нарушенных детско-родительских отношений нередко являются заниженная самооценка у ребенка и неуверенность в своих интеллектуальных возможностях, которые отрицательно отражаются на его всесторонней деятельности, а именно: работоспособности, творческих способностях, мешают адекватно не только обучаться, но и полноценно проводить свободное время. В дальнейшем это приводит к достаточно низкому уровню интереса к учебным и развивающим занятиям. Такие дети начинают постепенно дезадаптироваться в окружающей среде, становятся неуспешными во всех видах деятельности. А это может стать базой для вторичного развития эмоционально-поведенческих расстройств, вплоть до девиантного поведения, появляются объективные проблемы обучения. Дети достаточно быстро начинают испытывать неуверенность в своих интеллектуальных возможностях, самооценка резко снижается, а это приводит к негативизму, отказу от любой деятельности. В результате у значительной части детей нарастают эмоционально-поведенческие расстройства, усугубляющие проблемы обучения, происходит дезадаптация в школе и дома.

В связи с этим необходим поиск путей одновременно влияющих на эмоционально-поведенческие расстройства, развитие интеллектуальных и творческих способностей, укрепления адаптационных механизмов личности ребенка.

При выявлении неправильных типов родительских реакций на трудности ребенка и замены их на тесное, приветливое, теплое, доброжелательное, одобрительное, нераздражённое, без иронии и упрека общение приводит к смягчению

или устраниению проблем ребенка. В итоге, у детей формируется уверенность в своих силах и возможностях, повышается самооценка, устраняются нарушения поведения и невротические проявления, развивается интерес к позитивной деятельности, в том числе и учебной, раскрываются способности и таланты ребенка.

Также надо учитывать индивидуальные конституциональные особенности, а также помнить, что (по данным ВОЗ) личность ребенка окончательно созревает к 24 годам, а мозг физиологически — к 25 годам.

Для проведения коррекции детско-родительских и детско-взрослых отношений нами разработана система взаимодействия родителей, педагогов, воспитателей с детьми, построенная по принципу «Особые дети — особое общение» (ОД—ОО). Под термином «особые дети» понимается следующее: *у детей только формируются приспособительные адаптационные механизмы, ответные эмоциональные реакции, высшие психические функции, в том числе и речь, именно в этом их особенность, этим они отличаются от взрослых.*

Данная система основана на принципах взаимодействия родителей и детей, позволяющих изменить эмоционально-поведенческие нарушения, конфликтное поведение ребенка.

Предложенная система не затрагивает семейную направленность воспитания, а только предлагает изменить внешнюю форму общения, например: при пренебрежении, эмоциональном отвержении, недооценке проблем, преувеличении трудностей ребенка даются определенные адекватные для данного ребенка или подростка рекомендации. Учитываются психологические типы детей, особенно индивидуальные коммуникативные реакции, а именно: интровертность или экстравертность. Если мы ребенка с тенденцией к интровертности помещаем в условия длительной публичности, которая к тому же нередко сопровождается ситуацией эмоционального неприятия, он становится замкнутым, отказывается от любого контакта, на все попытки взаимодействия с ним дает реакции негативизма и протesta, внешне проявляет безразличие к любой интеллектуальной и даже игровой деятельности. В дальнейшем такому ребенку нередко отказывают в признании его творческих и интеллектуальных возможностях. Однако адекватно и правильно сформированный модус межличностных отношений по си-

стеме «Особые дети — особое общение» приводит к развитию другого сценария: ребенок или подросток, оказавшись в условиях эмоционального приятия, одобрения, поддержки и сопереживания со стороны родителей, раскрывает всю палитру своих талантов и способностей. Система предлагает определенную форму общения с детьми.

В основе программы лежат положения, которые предлагаются родителям и педагогам использовать при общении с ребенком и в процессе обучения:

- ♦ идентификация ребенка со способной личностью;
- ♦ разъяснение родителям о реальной возможности успешного развития при условии их активного участия в жизни ребенка;
- ♦ объяснение родителям особенностей развития их ребенка;
- ♦ разъяснение родителям отличительных характерологических черт ребенка;
- ♦ возможности укрепления родителями адаптационных механизмов ребенка;
- ♦ разрешение кризиса созревания;
- ♦ разрешение кризиса, на фоне которого возникло эмоционально-поведенческое нарушение;
- ♦ снижение уровня эмоционально-поведенческих расстройств;
- ♦ обеспечение благоприятных взаимоотношений в семье взамен утраченных или не сформировавшихся;
- ♦ сочувствие и переосмысление имевшей место ранее или сейчас существующей психогении;
- ♦ обучение новому модусу интрапсихических и межличностных взаимоотношений;
- ♦ необходимость устранения чувства вины с членов семьи за неудачи ребенка, что обеспечивает спокойную атмосферу и конструктивное отношение к решению проблемы ребенка;
- ♦ коррекция искаженных представлений о ситуации и отношении окружающих;
- ♦ модификация дезадаптивного поведения, личностного стиля, патохарактерологических черт;
- ♦ разъяснение и обеспечение возможностей обучения;
- ♦ снижение степени скованности и зажатости;
- ♦ выявление и развитие творческих способностей ребенка;
- ♦ снятие страха ошибки в учебной, интеллектуальной и творческой деятельности;

- ♦ формирование у ребенка интереса к познавательной деятельности;
- ♦ содействие выработки оптимистической жизненной позиции.

Для того чтобы у ребенка не формировалась реакции раздражения и отторжения из-за неуспешных попыток освоения новой деятельности, а также на замечания и рекомендации окружающих, родителям желательно не фиксировать свое внимание на данных негативных эмоциональных проявлениях, постараться найти в деятельности ребенка реальные успешные моменты, высказать уверенную надежду на удачные попытки его занятий, или переключить внимание на другие виды деятельности (успешные у ребенка), стараться высказывать свои замечания теплым, нераздраженным, доброжелательным тоном, без иронии.

Как показал многолетней опыт работы по этой системе с родителями детей, имеющих объективные проблемы обучения и поведения (данные верифицированы), эта система общения не только предупреждает или редуцирует эмоционально-поведенческие расстройства, но приводит к формированию мотивации обучения и раскрывает интеллектуальный и творческий потенциал ребенка, значительно повышает его самооценку, укрепляет адаптационные механизмы развивающейся личности, повышает уровень качества жизни будущего гражданина.

Нами в течение последних 11 лет открытыми сравнительными исследованиями статистически достоверно было подтверждено, что включение родителей детей, страдающих разными проблемами развития: специфическими расстройствами развития речи, нарушениями школьных навыков, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и/или гипоактивностью, как равноправных партнеров в комплексную *нейрореабилитацию* по системе «ОД—ОО» — повышает ее результативность в несколько раз, от 2 до 19 раз по сравнению с контрольными группами, где эта система не использовалась.

Новизна этой системы заключается в том, что она одновременно позволяет решать многочисленные проблемы, появляющиеся у детей или связанные с неадекватными формами общения с ними:

- ♦ устранение эмоциональных нарушений или их значительное снижение;
- ♦ разрешение семейного конфликта, связанного с ребенком;

- ♦ разрешение воспитательно-педагогического конфликта в образовательном учреждении, связанного с ребенком или подростком;
- ♦ формирование у детей мотивации учебного процесса;
- ♦ создание мотивации и интереса к необходимой деятельности;
- ♦ формирование и закрепление правильного стереотипа поведения;
- ♦ разрешение кризиса, связанного с критическим возрастным этапом;
- ♦ формирования и укрепления адаптационных реакций детей и подростков;
- ♦ создание условий для социализации ребенка с учетом его индивидуальных особенностей;
- ♦ интеграции детей с проблемами развития в микро- и макросоциум;
- ♦ создание позитивного образа ребенка у окружающих.

Таким образом, бесспорно можно считать, что система «Особые дети — особое общение» является именно тем *инструментом*, который позволяет терпеливо, безболезненно, с большой степенью эффективности решать сложные ситуации, связанные с развитием ребенка, его социализацией, обучением и качеством жизни.

«Особые дети — особое общение»

1. Выражение лица:

максимально

доброжелательное, теплое, приветливое, нераздраженное.

2. Тон голоса:

в любых ситуациях в разговоре с ребенком — предельно *доброжелательный, теплый, приветливый, нераздраженный.*

3. В лексике по возможности:

избегать употребления:

♦ *всех частиц НЕ, так как русский язык богат, и нужную по смыслу фразу можно построить иначе;*

- ♦ *приказные фразы;*
- ♦ *повелительное наклонение;*
- ♦ *должен, обязан, нужно, давай;*
- ♦ *местоимение Я, ТЫ.*

желательно включать:

сослагательное наклонение;

местоимения мы.

4. Стارаться:

♦ *не говорить с иронией и насмешкой;*

♦ *не делать постоянных замечаний, особенно мелоч-
ных;*

♦ *не ругаться и не кричать на ребенка;*

♦ *всегда быть с ребенком вежливым, теплым;*

♦ *не торопить и не подгонять ребенка;*

♦ *как можно чаще высказывать одобрение, похвалу, эмо-
циональное приятие вашего ребенка, и не за что-то, а толь-
ко потому, что это ваш ребенок, несмотря на все проблемы;*

♦ *как можно чаще подтверждать, декларировать свою
любовь к нему, ведь это ваш ребенок;*

♦ *не говорить ребенку, что Вы его не любите или обиде-
лись на него;*

♦ *не давать ребенку чувствовать себя плохим или неу-
спешным;*

♦ *от неправильного поведения или занятия только от-
влекать, предлагая не менее 2–3 вариантов деятельности
или занятий.*

5. Не надо:

♦ *вставать на сторону людей, обвиняющих вашего
РЕБЕНКА публично, лучше потом, без посторонних, спо-
койно, с глубоким пониманием ребенка, обсудить возник-
шую проблему и помочь ее решить;*

♦ *хвалить в присутствии ребенка других и ставить
кого-либо в пример.*

6. Помнить:

♦ *телевизор, видео, компьютерные игры, DVD и прочая
электронно-цифровая видеоаппаратура — не нянька (осо-
бенно для дошкольников), наоборот, необходимо вместе с ва-
шим ребенком смотреть передачи, участвовать в игре,
это способствует снятию напряжения, волнения, восстанав-
ливает эмоциональный контакт с ребенком, улучшает его,
дает возможность корректировать восприятие услышанного
и увиденного ребенком;*

♦ *если вы огорчены чем-то, то постараитесь обязательно
объяснить ребенку, что это связано не с ним, что те-
перь вы, находясь рядом с вашим ребенком, будете в луч-
шем настроении, так как ваш сын или дочь — это ра-
дость;*

♦ от *вас ребенку* необходимо *как можно больше* тактильных контактов: *обнять, погладить, приголубить, приласкать*.

ТЕРПЕНИЕ, ТЕРПИМОСТЬ И ВСЕГДА ЛЮБОВЬ!

Вопросы и задания

1. Перечислите основные ошибки родителей при общении с детьми.
 2. Что означает термин «особый ребенок»?
 3. Приведите конфликтную ситуацию в семье, которая может привести к отказу ребенка от познавательной и учебной деятельности.
 4. Перечислите основные принципы системы «Особые дети — особое общение».
 5. Какие рекомендации предлагаются родителям и педагогам для формирования у ребенка мотивации учебной деятельности и устранения эмоционально-поведенческих нарушений?
-

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Рисунки



Рис. 1. Этапы филогенеза нервной системы — ранний период



Рис. 2. Этапы филогенеза нервной системы —
поздний период



В последующие периоды внутриутробного развития происходит интенсивный рост больших полушарий, хорошо контурируются кора и подкорковые узлы и практически все основные структуры, которые в дальнейшем дифференцируются. Определяются основные части центральной нервной системы: большие полушария, ствол, мозговые желудочки с выстилающей их эпендимальной тканью и спинной мозг. Дифференцируются основные борозды коры больших полушарий: сильвиева, роландова, прецентральная, теменно-затылочная и др. Кора остается еще достаточно несформированной.

26–28-я
недели



Отчетливо выявляется функциональное преобладание высших отделов над стволово-спинальными. Кора головного мозга в общих чертах к этому времени имеет характер, свойственный мозгу человека. Однако, процесс формирования ЦНС к рождению ребенка не заканчивается.

Рис. 3. Онтогенез внутриутробного периода развития нервной системы

Направления
профилактики нарушений развития у детей

- ◆ в рамках межведомственного взаимодействия;
- ◆ принцип дифференцированного подхода;
- ◆ учет состояния здоровья;
- ◆ комплексность использования методов реабилитации:
 - медицинских,
 - психологических,
 - педагогических,
 - социальных;
- ◆ выделение детей группы риска с негрубыми отклонениями развития, в основе которых лежит измененный нейрометаболизм, проявляющийся неврологической микросимптоматикой и характерными эмоционально-поведенческими реакциями;
- ◆ использование всех возможностей методов.

Создание общего коррекционного пространства

Рис. 4. Концепции ранней комплексной профилактики нарушений развития у детей

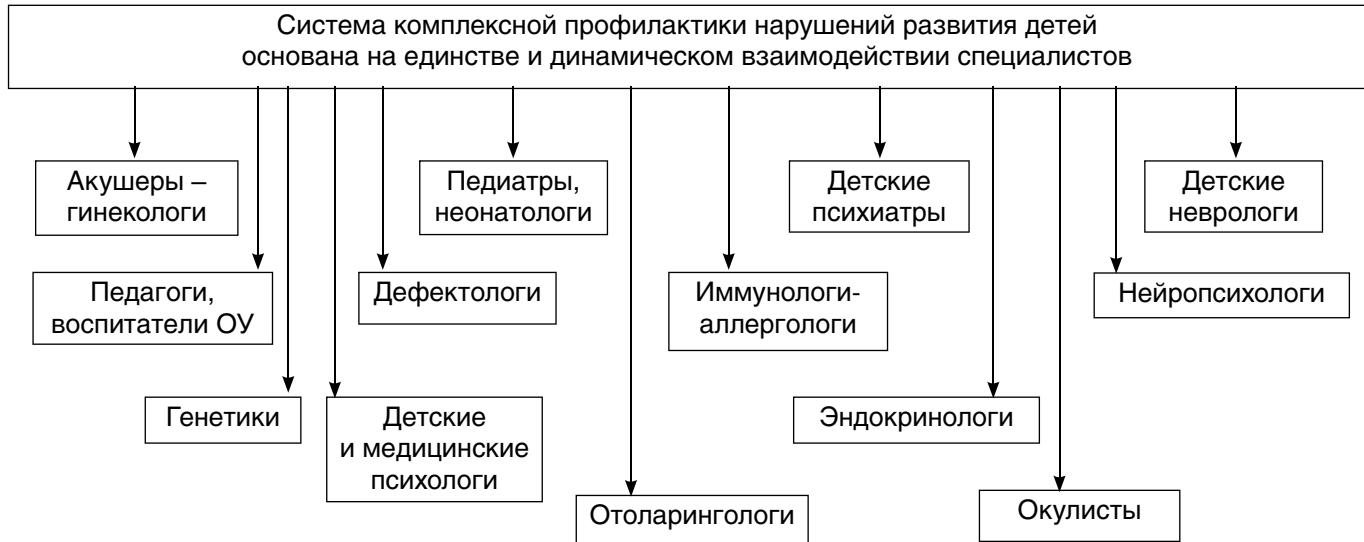


Рис. 5. Структура ранней комплексной профилактики нарушений развития

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Примечания

Альтерация — повреждение структуры клеток, тканей и органов, сопровождающееся нарушением их жизнедеятельности.

Анабиоз (anabiosis — оживление) — состояние живого организма, при котором жизненные процессы (обмен веществ и др.) настолько замедлены, что отсутствуют все видимые проявления жизни.

Анамнез — это совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путем опроса самого обследуемого и (или) знающих его лиц, посвященная физическому, психическому, социальному развитию обследуемого, возникновению и течению данного заболевания, его наследственности и пр.

Афферентные системы — системы, доставляющие импульсы к центру: прием информации.

Ганглий — узел, содержащий скопление тел нервных клеток, а также и ряд синапсов.

Гепатоз — болезни печени, характеризующиеся дистрофическими изменениями печеночной ткани при отсутствии либо незначительной выраженности признаков воспаления.

Гестация — беременность.

Гестоз или поздний токсикоз беременных — осложнения нормально протекающей беременности, характеризующиеся расстройством ряда органов и систем организма, и начинается после 16–20-й недели беременности, а чаще всего выявляется в III триместре (после 28 недель).

Гнозис (греч. — знание) — познавание предметов и явлений, их смысла и символического значения.

Гуморальный — циркулирующий в крови.

Имманентный — внутренне присущий.

Имплицитный — невыраженный, подразумеваемый.

Импринтинг — запечатления в памяти новорожденного отличительных черт, воздействующих на него жизненно важных стимулов, в первую очередь матери.

Инвариантное — остающееся неизменным при определенных преобразованиях, при переходе к новым условиям.

Кинезитерапия — самостоятельная медицинская дисциплина, опирающаяся на опыт и основывающаяся на всех остальных медицинских дисциплинах и включает методику физического воспитания, в которой лечение представляет собой психолого-педагогический процесс.

Конъюгационная билирубинемия — желтуха, развивающаяся вследствие нарушения процесса связывания билирубина в печени, приводит к его повышенному содержанию в сыворотке крови, чаще встречается у детей.

Лактация — образование молока в молочных железах матери и периодическое его выведение, она начинается после родов под действием гормонов.

Малый круг кровообращения — обеспечивает газообмен в легких, в результате чего венозная кровь, поступающая к легким, становится артериальной, начинается от правого желудочка сердца, выбрасывающего венозную кровь в легочный ствол, эта кровь поступает в сосудистую систему легких, обогащается кислородом, а потом по четырем крупным легочным венам поступает в левое предсердие.

Морфогенез — процесс развития структур организма в онтогенезе и филогенезе.

Мутагенные факторы — биологические, химические и физические факторы, вызывающие наследственные изменения — мутации.

Нозология — наука о названиях и классификации болезней.

Перцепция, перцепции — восприятие.

Пирамидная система — система нервных волокон, по которым произвольные двигательные импульсы от пирамидных клеток в коре прецентральной извилины головного мозга направляются к двигательным ядрам черепных нервов и передним рогам спинного мозга.

Пролиферация — разрастание ткани организма путем новообразования и размножения клеток (в отличие от любого другого способа увеличения объема ткани, например отека).

Протоплазма — все отдельные структуры внутри клетки растения или животного, включая клеточную оболочку, ядро и цитоплазму (содержимое клетки, заполняющее пространство внутри клеточной мембранны, кроме ядра).

Психогения — расстройство, возникновение которого связано с остро возникшими или хроническими тяжелыми, значимыми для человека событиями и переживаниями.

Рема (от греч. *rhemta* — слово, изречение) — в теории актуального членения предложения один из двух основных компонентов высказывания.

Рецептор — анализирующий и программирующий центр — исполнительный аппарат: датчик информации к центру.

Сенсорный — [лат. *sensus* — чувство, ощущение]; сенсорное отражение — факты реальной действительности, воспринимаемые через ощущения; развитие восприятия — сенсорное развитие.

Синапс — специальное образование, обеспечивающее связь между нервными клетками и состоящее из 3-х элементов пре-синаптической мембранны, синаптической щели и постсинаптической мембранны.

Синцитий — скопление протоплазмы, содержащей несколько ядер.

Тератогенные факторы — это факторы внешней среды (лекарственные средства, наркотики и многие другие вещества), которые, воздействуя в течение беременности, вызывают развитие врожденных пороков.

Фетальный гемоглобин — это гемоглобин новорожденных, содержание в крови фетального гемоглобина ребенка достигает 80%, отличается от нормального гемоглобина по строению и свойствам.

Фиброз — утолщение и появление рубцовых изменений в соединительной ткани, часто возникающее в результате ее воспаления или травмы.

Фиброэластоз — чрезмерное разрастание или нарушения роста эластических волокон соединительной ткани.

Филогенез — развитие и формирование определенной системы живых организмов определенного вида в результате длительной эволюции от простейших форм до высших.

Целеполагание — умение правильно ставить цели и добиваться их достижения.

Цирроз — необратимый диффузный процесс, который характеризуется перестройкой нормальной печеночной ткани и ее сосудистой системы с узелковой трансформацией.

Экстрамедуллярный гемопоэз — кроветворение в печени, селезенке и лимфатических узлах.

Эмбриогенез — внутриутробный период развития плода человека в течение первых 8-ми недель беременности.

Энтеральное питание — введение питательных веществ или лекарств в организм через пищеварительный тракт.

Эмоционализировать — чрезмерно эмоционально реагировать с опорой на образное, художественное мышление.

Эфферентные системы — системы, несущие информацию от центра к периферии: организация ответа.

Учебное издание

**Бенилова Светлана Юрьевна
Давидович Людмила Рафаиловна
Микляева Наталья Викторовна**

**ДОШКОЛЬНАЯ ДЕФЕКТОЛОГИЯ:
ранняя комплексная профилактика нарушений развития у детей
(современные подходы)**

Формат 60×90/16. Печать офсетная. Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 19,5. Тираж 1000 экз. Заказ № .

ООО «ПАРАДИГМА»
127576, Москва, ул. Новгородская, д. 14, корп. 2, оф. 6.
Тел. 8(495)755-64-26
www.paradigma-books.ru
E-mail: paradigma91@bk.ru