

**СОПРОВОЖДЕНИЕ  
ПРОБЛЕМНОГО РЕБЕНКА  
И ЕГО СЕМЬИ В СИСТЕМЕ  
РАННЕЙ ПОМОЩИ**

**Москва - 2012**

Александрова Н.А., Баенская Е.Р., Басилова Т.А., Бернадская М.Э. и др. Сопровождение проблемного ребенка и его семьи в системе ранней помощи. – М.: Школьная Пресса, 2010.

Авторы:

Александрова Н.А., врач детский психиатр; Баенская Е.Р., д.психол.н.; Басилова Т.А., к.психол.н.; Бернадская М.Э., к.психол.н.; Гончарова Е.Л., д.психол.н.; Громова О.Е., к.пед.н.; Закрепина А.В., к.пед.н.; Николаева Т.В., к.пед.н.; Приходько О.Г., д.пед.н.; Плаксина Л.И., д.психол.н.; Разенкова Ю.А., к.пед.н.; Стребелева Е.А., д.пед.н.; Шматко Н.Д., к.пед.н.; Чиркина Г.В., д.пед.н.; Фильчикова Л.И., д.психол.н.

В пособии впервые системно представлен научно-методический подход к оказанию ранней комплексной помощи детям с проблемами в развитии и их семьям, накопленный в отечественной дефектологии. Представлены проблемы выявления детей с подозрениями на отклонения в развитии; методы диагностики развития детей первых трех лет жизни; профилактический, коррекционный и компенсаторный подходы в системе ранней помощи.

Методическое пособие адресовано дефектологам, психологам, социальным педагогам, медикам служб ранней помощи, лекотек, групп кратковременного пребывания, центров игровой поддержки, психолого-медико-социальных центров сопровождения, а также родителям.

**Оглавление**

Предисловие.....	
Осмысление принципов сопровождения применительно к системе ранней помощи (Е.Л.Гончарова).....	
Глава 1. Коррекция нарушенной слуховой функции у детей раннего возраста (Т.В.Николаева, Н.Д.Шматко).....	
Глава 2. Диагностика и коррекция нарушений зрения у детей раннего возраста (Л.И.Фильчикова, Л.И.Плаксина, М.Э.Бернадская).....	
Глава 3. Современное понимание процесса речевого развития и предупреждения отклонений в развитии речи у детей (Г.В.Чиркина, О.Е.Громова).....	
Глава 4. Коррекционно-развивающая работа с детьми с двигательной патологией в первые годы жизни (О.Г.Приходько).....	
Глава 5. Педагогическое сопровождение детей с органическим поражением центральной нервной системы в первые годы жизни (Е.А.Стребелева, А.В.Закрепина).....	
Глава 6. Психолого-медико-педагогическое сопровождение детей раннего возраста со сложными нарушениями развития (Т.А.Басилова, Н.А.Александрова).....	
Глава 7. Коррекция нарушений у детей раннего возраста с аутизмом (Е.Р.Баенская).....	
Глава 8. Организация работы в службе ранней помощи (Ю.А.Разенкова).....	

## **Предисловие**

### **Осмысление принципов сопровождения применительно к системе ранней помощи**

Службы ранней помощи – уже по своему замыслу, являются центрами комплексного сопровождения индивидуального развития детей. Здесь специалисты разного профиля - медики, психологи, педагоги, объединяются, чтобы направить свои усилия на помощь каждому ребенку, испытывающему трудности взросления, коммуникации, адаптации в изменяющихся условиях обучения и воспитания.

В практике образования на пути развития служб ранней помощи уже достигнуты определенные успехи, которые показывают, что чем раньше начинается работа по сопровождению, тем она эффективнее.

Тем более очевидной становится необходимость развертывания служб, ориентированных на сопровождение развития ребенка раннего возраста. Осуществление комплексной индивидуально-ориентированной помощи на ранних ступенях развития имеет особое значение. Последовательно помогая в решении проблем раннего возраста, специалисты могут предупредить большие проблемы более старших возрастов. Профилактический потенциал этой работы трудно переоценить. Известно, что раннее выявление нарушений в развитии детей и своевременно оказанная адекватная помощь могут изменить судьбу ребенка даже при серьезных врожденных нарушениях психофизического развития.

Так, проведенные исследования в области раннего выявления и комплексной медико-психолого-педагогической коррекции нарушенной слуховой функции показали, что ранняя (на первом году жизни) целенаправленная помощь приводит к принципиально иным результатам по сравнению с теми, которые достигаются при традиционном начале коррекционной работы в 2 - 3 года. 15 % детей уже к 3 - 5 годам, несмотря на тяжелую тугоухость и даже глухоту, максимально сближается по уровню не только общего, но и речевого развития с нормально слышащими детьми, что позволяет организовать их интегрированное обучение в среде слышащих без постоянной специализированной помощи; 10% детей получают возможность

обучаться в массовой школе при постоянной систематической помощи сурдопедагога; 60% детей могут впоследствии обучаться в школах для слабослышащих, не только II, но и I отделения. В ходе исследований доказано, что особо значима ранняя коррекционная работа с неслышащими и слабослышащими детьми, имеющими и другие дополнительные нарушения развития (грубое нарушение зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и т.п.). Раньше эти дети, как правило, оказывались вне системы специального обучения. Раннее начало коррекционной работы позволяет многим из них обучаться в специальных учреждениях (см. главу Н.Д. Шматко и Т.В. Николаевой в настоящем пособии).

Вот почему развитие служб ранней помощи рассматривается как одно из самых приоритетных направлений и в модернизации системы специального образования, и в становлении отечественной психологической практики.

Развивая это достаточно новое направление, специалисты служб имеют возможность опереться на ценный опыт диагностической и коррекционной работы с детьми раннего возраста, накопленный в разных сферах практической работы, и прежде всего в дефектологии.

Задача состоит в том, чтобы рассмотреть этот опыт в свете идеологии сопровождения, основанной на таких универсальных ценностях демократического общества, как уважение к уникальной личности, признание права на собственный выбор, ценности ее движения в сторону самостоятельности, в сторону образования самостоятельного, само-сознающего, само-устремленного субъекта, способного с некоторого момента к саморазвитию.

Не менее важной является задача осмыслить применительно к работе с детьми младенческого и раннего возраста ключевые принципы сопровождения как особого типа профессиональной деятельности, первоначально определенные по отношению к сопровождению детей старших возрастов.

Прежде всего, это относится к положению о том, что в сопровождении надо «идти за ребенком», направляя его развитие, а не навязывая ему цели и пути, правильные с точки зрения педагогов, помогая принимать

самостоятельное решение, оставляя за ребенком и сам выбор, и ответственность за него.

Яркую характеристику этого базового принципа мы находим в книге М. Р. Битяновой, которая пишет, что «сопровождение ребенка по его жизненному пути — это движение вместе с ним, рядом с ним, иногда — чуть впереди, если надо объяснить возможные пути. Взрослый внимательно приглядывается и прислушивается к своему юному спутнику, его желаниям, потребностям, фиксирует достижения и возникающие трудности, помогает советами и собственным примером ориентироваться в окружающем дорогу мире, понимать и принимать себя. Но при этом не пытается контролировать, навязывать свои пути и ориентиры. И лишь когда ребенок потеряется или попросит о помощи, помогает ему вновь вернуться на *свой* путь».

По существу, в приведенной цитате содержатся ответы на все ключевые вопросы теории сопровождения: кто сопровождается, куда сопровождается, каким образом это происходит, т.е. представлена достаточно емкая формула сопровождения, с одной только оговоркой, что это формула, характеризующая сопровождение детей школьного возраста.

Естественно, что попытки раскрыть эту формулу по отношению к младенческому и раннему возрастам, обнаруживают очевидные противоречия. Однако все возникающие противоречия можно устранить, если признать, что в качестве субъекта сопровождения должен рассматриваться не ребенок, и даже не его семья (или люди ее заменяющие), а их общность - общность людей, включающая ребенка, и объединенная задачами его развития.

Оснований для такого вывода достаточно. И в теории дефектологии, и в теории сопровождения развития ребенка, признается, что носителем проблемы развития ребенка в каждом конкретном случае выступает и сам ребенок, и его родители, и педагоги, и ближайшее дружеское окружение ребенка (Л.С.Выготский и др.).

Называя такую общность со-бытийной общностью, психологи указывают на то, что действительное развитие человека как раз и связано со сменой и обогащением многообразных форм общности, через которые он проходит на своем жизненном пути, причем подлинным субъектом саморазвития очень долго и слишком часто остается не индивид, а общность (В.И.Слабодчиков, Е.И. Исаев). Если человек не попадает в определенную общность или выпадает

из нее, то у него не складывается или оказывается травмированным какой-то орган, связующий его с миром людей, с культурой, а потому не складываются и соответствующие способности, развитие которых, по сути, и обеспечивается через данный канал (Ф.Т.Михайлов и др.).

Для построения формулы сопровождения ранних детских возрастов эти положения оказываются особенно значимыми, позволяя признать, что субъектом сопровождения является не ребенок, не его семья, а их общность как коллективный субъект саморазвития.

По отношению к этому коллективному субъекту могут быть реализованы все базовые принципы теории сопровождения (рекомендательный характер советов сопровождающего; приоритет интересов сопровождаемого, непрерывность сопровождения; мультидисциплинарность сопровождения), а также принципы близкой к ней по идеологии теории педагогической поддержки (согласие на помощь; опора на наличные силы и потенциальные возможности; вера в эти возможности; ориентация на способность самостоятельно преодолевать трудности; совместность, сотрудничество, содействие; конфиденциальность (анонимность); доброжелательность и безоценочность; безопасность, защита здоровья, прав, человеческого достоинства; реализация принципа «Не навреди»; рефлексивно-аналитический подход к процессу и результату (Л.М. Шипицина, Е. И. Казакова и др.).

Очевидно, что профилактические, диагностические и коррекционные и просветительские мероприятия сопровождения также должны выстраиваться по отношению к этому коллективному субъекту, к целостной со-бытийной общности.

Реализуется это представление на разных этапах процесса сопровождения.

Выделяют пять основных этапов процесса сопровождения: диагностический, поисковый, консультативно-проектный, деятельностный, рефлексивный (Л.М. Шипицина, Е. И. Казакова и др.).

Диагностический этап начинается с фиксации сигнала проблемной ситуации, выявления всехстораживающих признаков неблагополучия изучаемой со-бытийной общности. На этом этапе очень важно установить доверительный контакт со всеми участниками со-бытийной общности, помочь взрослым участникам сформулировать проблему, совместно оценить возможности ее решения. Затем

вырабатывается логика проведения диагностического исследования, включающего традиционное изучение и ребенка, и анализ социальной ситуации его развития. Однако, самого пристального внимания должен заслуживать процесс взаимодействия, взаимоотношений, совместности всех участников общности. Важно оценить состояние общности, выявить ее особенности, которые это развитие могут затруднить, оценить адекватность и потенциал саморазвития и т.п.

При этом важно избежать «соблазна» гипердиагностики, которая может отяготить и без того непростую семейную ситуацию. Специалист должен придерживаться «презумпции нормальности», учитывая, насколько широки индивидуальные особенности и компенсаторные возможности раннего возраста.

Цель поискового этапа - сбор необходимой информации о путях и способах решения проблемы. Здесь вполне уместны индивидуальные коррекционные занятия с ребенком, проверяющие гипотезы о зоне ближайшего развития ребенка, возникшие на диагностическом этапе. Могут проводиться также пробные обучающие занятия со взрослыми участниками общности. Вся полученная информация рассматривается и анализируется при этом в аспекте возможностей и перспектив развития их общности.

Далее следует доведение этой информации до всех взрослых участников проблемной ситуации, создание условий для осознания информации (включая возможность ее адаптации).

На консультативно-проективном (или договорном) этапе специалисты по сопровождению обсуждают со всеми заинтересованными лицами возможные варианты решения проблемы, обсуждают позитивные и негативные стороны разных решений, строят прогнозы эффективности, помогают выбрать различные методы. На этом этапе важнее всего проявить внимание к любым способам решения проблемы, которые предлагают взрослые члены общности. Основные принципы этой работы - индивидуальный подход и неавторитарность в отношениях с семьей.

После того, как выбор способа решения проблемы состоялся, важно распределить обязанности по его реализации, определить последовательность действий, уточнить сроки исполнения и возможность корректировки планов. В результате разделения функций возникает возможность для самостоятельных действий по решению проблемы как у родителей, так и у специалистов сопровождения.



Деятельностный, самый трудный и ответственный этап сопровождения, должен обеспечить достижение желаемого результата. Специалисты по сопровождению координируют работу всех участников, оказывают помощь по реализации наиболее сложных пунктов плана, постепенно передавая свой опыт и свои функции родным и близким ребенка. Работа строится по принципу совместно - разделенной деятельности. Исключается авторитарность в отношениях с семьей, которая фиксирует пассивность семьи и ее зависимость от специалистов.

При этом не может быть отдельной работы с ребенком, как и не может быть отдельной работы с семьей. Главное – это развитие и обогащение семейной ситуации, расширения потенциала развития каждого его участника.

Рефлексивный этап - период осмысления результатов деятельности службы по решению той или иной проблемы.

В заключении отметим, что сопровождение - это длительный процесс, который дает возможность развития и ребенка, и семьи и профессионалов. Практика сопровождения безусловно обогатит и теорию развития проблемного ребенка раннего возраста. Вместе с тем практика сопровождения, осмысленная указанным образом, нуждается в разработке целого ряда теоретических и методических вопросов, касающихся изучения ребенка с отклонениями в развитии и его родных, и близких как коллективного субъекта саморазвития. Необходимо иметь модели развития такого субъекта, знать типологию вариантов, иметь удобный диагностический инструментарий для диагностики, технологии для организации продуктивной работы и др. Мы надеемся, что творческое взаимодействие теории и практики, позволит найти ответы на эти вопросы уже в ближайшем будущем.

## **Глава 1. Коррекция нарушенной слуховой функции у детей раннего возраста**

Одной из причин отставания в развитии ребенка является нарушение слуха. Как известно, снижение слуха отрицательно влияет на речевое развитие ребенка, на его общение со взрослыми и детьми, создает неблагоприятный фон для его познавательного развития. В связи с этим необходимо проверять состояние слуха всех детей, находящихся под наблюдением (сопровождением)

ПМС-центров. При первом же подозрении на снижение слуха ребенок должен быть направлен на диагностическое обследование в специализированное медицинское учреждение – сурдологопедический кабинет (как правило, он работает на базе детской областной больницы или детской отоларингологической клиники). При подтверждении факта снижения слуха у малыша незамедлительно должна быть начата комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация. Роли в ней ПМС-центров посвящена данная глава пособия.

### **Характеристика детей с нарушениями слуха**

Нарушения слуха в той или иной степени встречаются достаточно часто и у взрослых, и у детей разного возраста. Большинство из них носит *временный характер*, например, при воспалении среднего уха (отитах), простудах, образовании серных пробок, при аномальном строении наружного и среднего уха (отсутствие или недоразвитие ушных раковин, заращение слуховых проходов, дефекты барабанной перепонки, слуховых косточек и др.), при экссудативных отитах. Такого рода нарушения слуха называются *кондуктивными*. Современная медицина (в том числе и отечественная) имеет в своем распоряжении разнообразные средства их устранения как методами консервативного лечения, так и с помощью оперативного вмешательства. Как правило, в результате лечения, иногда длительного, слух восстанавливается. Однако эффективность лечения во многом зависит от своевременного выявления снижения слуха, что подчеркивает значимость раннего, с первых месяцев жизни, обследования слуха детей.

Следует помнить, что на формирование речи отрицательно влияют даже временное нарушение слуха, вызванное частыми простудами, отитами, разросшимися аденоидами, наличием серных пробок, так как они приводят к временному нарушению слуховой функции, которое препятствует формированию и развитию фонематического слуха, овладению звуко-слоговому составом слова, грамматическим строем речи.

Кроме того пристального внимания заслуживают часто болеющие дети. После перенесенных простудных заболеваний у них развиваются острые отиты, евстахииты - заболевание слуховой (евстахиевой) трубы, нарушающее вентиляцию среднего уха; тубоотиты - острое или хроническое воспаление

слуховой трубы, приводящее к нарушению её функции; экссудативные (бессимптомные, безболезненные) средние отиты. Эти заболевания у одного ребенка могут повторяться неоднократно. В такие периоды у него наступает понижение слуха, что постепенно способствует развитию задержки речевого, а порой и интеллектуального развития. В случае бессимптомных отитов годами может не замечаться ни само заболевание, ни понижение слуха, вызванное им. В результате ребенок остается без своевременного лечения, ухудшаются условия его развития.

Другую группу нарушений слуха составляют так называемые *стойкие, необратимые нарушения*, связанные с поражением внутреннего уха - *сенсоневральная тугоухость и глухота*. При этих нарушениях современная медицина восстановить нормальный слух не в силах. Речь может идти лишь о поддерживающей терапии, определенных профилактических мероприятиях, слухопротезировании (подборе индивидуальных слуховых аппаратов) и длительной систематической педагогической коррекции. К сенсоневральной тугоухости и глухоте может присоединяться и кондуктивный компонент, например, нарушения в среднем ухе. Такое поражение слуха называется *смешанным*, т.е. отмечается как необратимое сенсоневральное поражение внутреннего уха, так и, как правило, обратимое нарушение в наружном или среднем ухе.

Отрицательным фактором для общего и речевого развития ребенка является одностороннее снижение слуха. По данным американских исследователей 35% детей с односторонней сенсоневральной тугоухостью остаются на второй год /по сравнению с 3-5% детей с нормальным слухом/ (1).

Стойкое необратимое снижение слуха может быть вызвано разными причинами. Так, к факторам риска тугоухости и глухоты относятся:

- инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз),
- токсикозы беременности,
- асфиксия новорожденного (патологическое состояние новорожденного, обусловленное нарушением дыхания и возникающей вследствие этого кислородной недостаточностью),
- внутри черепная родовая травма,

- гипербилирубинемия (более 20 ммоль/л), (желтуха физиологическая новорождённых),
- резус-конфликт,
- гемолитическая болезнь новорожденного (заболевание, обусловленное иммунологическим конфликтом из-за несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам),
- масса тела при рождении менее 1500 г,
- недоношенность,
- переношенность (гестационный возраст более 40 недель),
- патология челюстно-лицевого скелета у новорожденного,
- проведение интенсивной терапии ребенку после рождения: искусственная вентиляция легких, длящаяся 5 дней и дольше,
- количество баллов по шкале Апгар 0-4 за 1 мин. Или 0-6 за 5 мин.,
- применение препаратов с ототоксическим действием (антибиотики аминогликозидного ряда – стрептомицин, мономицин, канамицин, гентамицин, амикацин и др., фуросемид, аспирин, хинин), применяемые матерью во время беременности и назначаемые ребенку,
- наследственные заболевания у матери (в семье), сопровождающиеся поражением слухового анализатора,
- детские инфекции (паратиф, скарлатина, корь и др.),
- эпидемический менингит,
- грипп,
- острые и хронические средние отиты,
- черепно-мозговая травма.

Даже незначительное, казалось бы, снижение слуха, наступившее в раннем детстве, отрицательно сказывается на формировании речи ребенка. При тяжелой тугоухости и глухоте без специального обучения он вообще не овладевает речью. Это происходит потому, что ребенок не слышит своего голоса, не слышит речи окружающих и, следовательно, не может ей подражать.

*К категории детей с нарушениями слуха* относятся дети, имеющие *стойкое* (т.е. необратимое, т.к. слух восстановить нельзя) *двустороннее* (на оба уха) нарушение слуховой функции, при котором обычное (на слух) речевое

общение с окружающими затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота). Эта категория детей представляет собой разнородную группу.

По состоянию слуха различают детей слабослышащих (страдающих тугоухостью) и глухих.

**Тугоухость** - стойкое понижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи. Тугоухость может быть выражена в различной степени - от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости. Детей с тугоухостью называют слабослышащими детьми.

**Глухота** - наиболее резкая степень поражения слуха, при которой разборчивое восприятие речи становится невозможным. Глухие дети - это дети с глубоким, стойким двусторонним нарушением слуха, приобретенным в раннем детстве или врожденным.

Существуют различные классификации степени понижения слуха. В нашей стране наиболее распространенными являются аудиолого-педагогическая классификация Л.В.Неймана, широко используемая в образовательных учреждениях и международная классификация, которая используется в медицинских учреждениях (2).

По времени наступления снижения слуха дети делятся на две группы: *ранооглохшие* дети, которые потеряли слух на первом-втором году жизни или родились неслышащими, и *позднооглохшие* дети, которые потеряли слух в 3-4 года и позже и сохранили речь в связи с относительно поздним возникновением глухоты.

У позднооглохших детей степень сохранности речи зависит от двух факторов: времени наступления глухоты и от условий последующего развития ребенка. Так, чем позже произошла потеря слуха, тем дольше будет сохраняться речь даже при отсутствии коррекционной помощи. При наличии специальной работы можно сохранить и обеспечить дальнейшее развитие речи даже при относительно ранней потере слуха.

Особое внимание сотрудников ПМС-центров должно быть обращено на помощь семьям, в которых ребенок потерял слух в 2,5-3 года. В этом возрасте уже можно сохранить речь, имевшуюся у ребенка до потери слуха, и обеспечить ее дальнейшее развитие. Но все зависит от сроков начала специальных

коррекционных занятий. Крайне важно незамедлительно начать целенаправленную работу по сохранению речи, т.к. без этого она будет утрачена в течение 2-3 месяцев.

Естественно, что на особенности развития ребенка влияет наличие у него дополнительных отклонений в развитии (сочетание тугоухости или глухоты со снижением зрения, нарушениями опорно-двигательного аппарата, интеллекта и т.п.).

Таким образом, дети с нарушенным слухом представляют собой разнородную группу по характеру нарушения слуха (кондуктивная, сенсоневральная и смешанная тугоухость) и степени его выраженности (от легкой тугоухости до глухоты); по времени, в котором произошло понижение слуха; по наличию или отсутствию дополнительных отклонений в развитии. Все это сказывается в первую очередь на уровне речевого развития ребенка.

### **Значение ранней коррекционной помощи**

Потенциальные возможности детей с нарушенным слухом крайне велики. Дети, несмотря на то, что сегодня у медицины нет возможности вернуть им физический слух, могут максимально сближаться по уровню психомоторного и речевого развития с нормально слышащими сверстниками. При этом судьба ребенка во многом определяется ранней (с первых месяцев жизни) коррекцией нарушенной слуховой функции. Благодаря раннему слухопротезированию (подбору индивидуальных слуховых аппаратов) и систематической коррекционной работе, начатой в первые месяцы жизни ребенка, удается обеспечить ребенку с тяжелой тугоухостью или глухотой *естественный путь* формирования речи.

До 4-4,5 месяцев неслышащий ребенок проходит те же стадии доречевого развития, что и слышащий. Все дети, независимо от состояния слуха, гуляют. Это реакция малыша на его физическое состояние: «мне хорошо, я сыт, мне уютно». Постепенно, от этих физиологических, не связанных со слухом реакций, дети переходят к лепету. Это следующий важный этап в речевом развитии младенца, и он тесно связан с состоянием слуха.

У неслышащего ребенка с момента, когда должен осуществиться переход к лепету, начинается отставание. До этого между малышами не было существенных различий, а теперь они резко нарастают. У слышащего ребенка

лепет появился и развивается, как ответ на слышимые звуки, позже он начинает произносить первые слова. Для ребенка с нарушенным слухом окружающих звуков не существует, поэтому он не может им подражать, а, стало быть, у него нет перехода к лепету, и потому естественный путь развития речи становится невозможным.

Приступая к обучению неслышащего ребенка в двух-трехлетнем возрасте, как это происходит до сих пор, педагог начинает *обучать* его речи, т.е. речь становится *формируемой*, и путь овладения ею теряет свою естественность, органичность, нежели если бы коррекционные занятия были начаты в первые месяцы жизни.

Если снижение слуха обнаружено в течение первого года жизни ребенка, если он слухопротезирован, и режим работы его индивидуальных слуховых аппаратов подобран адекватно, то путь развития неслышащего малыша становится принципиально иным. Первый год – единственное время, когда можно «попасть» в естественное русло развития ребенка. Благодаря слуховым аппаратам и специальным упражнениям, гуление удастся перевести в лепет и развивать его, обеспечивая тем самым нормальное доречевое развитие и базу становления речи. Путь овладения речью неслышащего ребенка максимально сближается с тем, как протекает этот процесс у слышащих: появляется понимание первых слов, потом сами слова, затем появляются фразы.

Так, в результате раннего обучения уже к полутора годам у малышек, вне зависимости от степени снижения слуха, появляются 10-30 слов, включая лепетные (в отдельных случаях – более 70), к двум годам – короткие фразы. На четвертом году жизни дети начинают рассказывать о случившемся с ними, с помощью взрослого читают стихи, подпевают песенки. С индивидуальными слуховыми аппаратами в пределах одного помещения они могут слышать обращенную к ним речь. Звучание речи детей приближается к речи слышащих сверстников. У них звонкие голоса, речь эмоциональная, выразительная. Из дефектов произношения отмечаются в основном лишь типичные для данного возраста. Если посторонний человек не видит слуховых аппаратов, то у него и не возникает мысли, что дети не слышат. Однако это верно лишь для детей, с которыми интенсивная работа начата *на первом году* жизни.

В то же время, если специальные занятия не начинаются рано, не только глухие, но и слабослышащие дети к двум-трем годам, как правило, остаются немыми; отсутствие у них речи преодолевается с помощью специальных методов педагогического воздействия на протяжении долгих лет коррекционного обучения. Звучание же их речи, как правило, резко отличается от нормального.

Необходимость ранней коррекционной работы с неслышащими детьми отмечалась передовыми отечественными сурдопедагогами уже более ста лет тому назад (Н.М.Лаговский, Н.К.Патканова, Ф.А.Рау, Н.А.Рау ). В 1900 г. в Москве Н.А.Рау и Ф.А.Рау открыли первый в Европе детский сад для детей с недостатками слуха, а в 1930 г. их дочь Е.Ф.Рау основала первые ясли, в которых обучение начиналось с полутора лет, а также осуществлялось консультирование младенцев с трехмесячного возраста. В 60-80-ые годы большой вклад в воспитание неслышащих детей, в том числе и раннего возраста, внесла Б.Д.Корсунская. Все эти сурдопедагоги вели огромную консультативную работу, оказывали помощь в воспитании глухих и слабослышащих детей, в том числе и раннего возраста. Они издали специальные книги и брошюры для родителей, в которых обобщили все передовое в теории и практике сурдопедагогики. Много внимания проблемам ранней коррекции нарушенной слуховой функции уделяет в научном и практическом плане Э.И.Леонгард (с конца 60-ых годов).

Проблема воспитания и обучения детей с недостатками слуха младенческого и раннего возраста и в настоящее время остается актуальной как в нашей стране, так и за рубежом. Ее решение во многом зависит от нацеленности всего общества на раннее выявление нарушений слуха.

#### **Диагностика нарушений слуха у детей**

В России разработана и внедряется в широкую практику государственная система выявления нарушений слуха у детей с периода новорожденности. В соответствии с Приказом Минздравмедпрома России № 108 от 23.03.96 г. «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни» и Указаниями Минздрава России № 103 от 05.05.92 г. «О внедрении единой системы раннего выявления нарушений слуха у детей, начиная с



периода новорожденности, и их реабилитации» предложена трехступенчатая система раннего выявления детей с подозрением на снижение слуха, которая предусматривает:

- *в роддомах* - выявление детей, относящихся к группе риска по тугоухости и глухоте; при этом отмечается наличие у новорожденного фактора (факторов) риска по тугоухости и глухоте (3);

- *в детских поликлиниках по месту жительства* – обследование слуха детей с факторами риска в 1, 2, 4 и 6 месяцев по специально предложенной скрипинг-методике с использованием звукореактотеста (ЗРТ) - специального портативного аудиометра<sup>1</sup>; в случаях, если реакция младенца на сигналы звукореактотеста не соответствуют возрастной норме, то это свидетельствует о подозрении на снижение слуха, и ребенок направляется в специализированное медицинское учреждение – сурдологопедический кабинет /центр, отделение/ (4, 5);

- *в сурдологических кабинетах (отделениях, центрах)* - проведение аудиологического обследования с целью установления диагноза (или снятия подозрения на снижение слуха) и организации дальнейшей коррекционной помощи. *Сурдологические кабинеты* -специализированные кабинеты для детей и взрослых с нарушениями слуха по месту жительства при крупных больницах и поликлиниках. Они осуществляют комплексное медико-психолого-педагогическое обследование, лечение, слухопротезирование, диагностические занятия для детей, обучающихся в массовой школе, и педагогические занятия с детьми младенческого, раннего, дошкольного и школьного возраста, не посещающими специальные учреждения —из расчёта 1 час в неделю на ребёнка; динамические наблюдения за детьми, обучающимися в специальных школах. В стране работает около 200 сурдокабинетов, которые расположены во всех республиканских, краевых, областных центрах, во многих крупных городах.

При аудиологическом обследовании детей с периода новорожденности используются следующие методы (3):

- исследование слуха путем *регистрации задержанной вызванной*

---

<sup>1</sup> При отсутствии звукореактотеста может использоваться метод обследования слуха, не требующий аппаратного оснащения, - «гороховые пробы» (2).

*отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ)*, которая представляет собой акустический сигнал, излучаемый, в основном на 8-12 мс после включения акустической стимуляции и продолжающийся 10-30 мс. Данный метод позволяет судить о функциональном состоянии наружных волосковых клеток и гидромеханике улитки, фиксируется даже незначительное – на уровне 10-15 дБ – снижение слуха;

- *акустическая импедансометрия* - метод исследования, основанный на измерении акустического сопротивления (или акустической податливости) звукопроводящих структур периферической части слухового анализатора. В клинической практике чаще всего используются две методики импедансометрии – *тимпанометрия* и *акустическая рефлексометрия*.

- *тимпанометрия* - позволяет оценить состояние среднего уха: подвижность барабанной перепонки и слуховых косточек, дает возможность определить форму тугоухости: кондуктивная, смешанная, сенсоневральная;

- с помощью *акустической рефлексометрии* регистрируется сокращение внутриушных мышц в ответ на звуковую стимуляцию. Метод используется для дифференциальной диагностики заболеваний среднего и внутреннего уха, а также для определения порогов дискомфорта (неприятные ощущения на громкие звуки), используемых при подборе и настройке слуховых аппаратов. Эти данные крайне важны при слухопротезировании.

- регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) - детекция ответов слуховой нервной системы на акустический стимул (чаще акустический щелчок), предъявляемый через наушники. Метод позволяет объективно определить пороги снижения слуха (слуховой чувствительности).

Эти методы исследования слуха называются *объективными* и не зависят от возраста и состояния ребенка, в том числе и уровня его общего и речевого развития. Однако они требуют использования специальной дорогостоящей аппаратуры, которой, к сожалению, не всегда оборудованы все сурдологопедические кабинеты. Поэтому при затруднениях в обследовании ребенка по месту жительства его направляют в крупные сурдологопедические центры, например, Москвы, С.-Петербурга, Екатеринбурга и др.

С 2-3-х лет, по мере выработки у ребенка условной двигательной реакции на звук (при подаче звука он выполняет какое-либо игровое действие, например,

надевает кольцо на стержень пирамиды), становится возможным аудиометрическое обследование детей повсеместно используемым методом игровой пороговой тональной аудиометрии по условно-рефлекторной методике. Этот метод относится уже к *субъективным методам*, т.к. основан на деятельности самого ребенка.

В результате аудиологического обследования ребенка в сурдологопедическом кабинете (центре) устанавливается диагноз, определяются возможности лечения, решается вопрос о слухопротезировании. С этого же времени в условиях сурдологопедического кабинета должна быть начата и педагогическая коррекция нарушенной слуховой функции силами работающих в них учителей дефектологов и психолога (6).

### **Роль служб ранней помощи в выявлении детей с подозрением на снижение слуха**

Следует еще раз подчеркнуть, что обеспечение ребенка столь необходимой ему ранней коррекционной помощью зависит от того, насколько рано (желательно в первые три месяца жизни) будет выявлено подозрение на снижение слуха и проведено комплексное аудиолого-педагогическое обследование. С нашей точки зрения, крайне важно, чтобы работники ПМС-центров стали активными проводниками, обеспечивающими выполнение на своих территориях Приказа № 108 МЗ РФ, а также сами выявляли детей с подозрением на снижение слуха среди своих пациентов.

При этом следует подчеркнуть, что выявление детей с *подозрением* на снижение слуха не требует сложного аппаратного оснащения. Так, для обследования слуха детей первых 1,5 лет жизни с успехом может использоваться метод «гороховых проб».

Для обследования необходимы четыре пластмассовые баночки, например, из-под «киндер-сюрприза». Три баночки *на одну треть* заполняются: первая – нелущеным *горохом*, сотрясение которого создает звук интенсивностью 70-80 дБ; вторая – *гречкой-ядрицей* (интенсивность звука 50-60 дБ); третья – *манкой* (интенсивность звука 30-40 дБ). Четвертая баночка остается *пустой*.

Малыш располагается на пеленальном столе или сидит на руках у матери. Проверяющий располагается перед ребенком, чтобы видеть изменения его

реакций в ответ на звуковые стимулы. Он трясет баночки на расстоянии 20-30 см от правого и левого уха малыша. При этом *в одной руке* у него баночка с *крупой* (вначале с манкой, затем – с гречкой и последняя – с горохом), а *в другой* – *пустая* баночка. Движения рук должны быть симметричными. При проверке второго уха баночки меняют местами. Проверяющий наблюдает за безусловными ориентировочными реакциями ребенка при подаче звукового сигнала: замирание, активизация движений, моргание, поиск источника звука и т.п. Если ребенок четко реагирует на звучание баночки с манкой и может локализовать звук, т.е. определить его направление, то другие звучания можно не предъявлять.

При нормальном слухе у ребенка старше 4-х месяцев отмечаются безусловно-ориентировочные реакции на звучание всех трех баночек: с манкой, гречкой и горохом; он определяет направление звука, т.е. поворачивает голову (или глаза) в сторону баночки с тем или иным наполнителем. До 4-х месяцев малыш реагирует на звучание баночек с гречкой и горохом, но не локализует их звучание; на звук баночки с манкой малыш обычно не реагирует.

На обследование слуха в сурдологопедический кабинет следует направлять ребенка:

- до 4-х месяцев, если он *не реагирует* на звучание баночек с *гречкой и горохом* (или отмечается нечеткая реакция: то да, то нет),
- старше 4-х месяцев, если он *не реагирует* на звучание хотя бы *одной* баночки, например, с *манкой* или *не может локализовать* источник звука, т.к. последнее свидетельствует о возможности одностороннего снижения слуха.

**Слух детей, уже владеющих в той или иной степени речью, следует проверять при предъявлении им шепотом с расстояния 6 м хорошо знакомых слов.**

Слух начавшего говорить ребенка *1,5-3-х лет* можно проверить в ходе выполнения им простых игровых упражнений. Необходимо выяснить у мамы, какие слова и фразы малыш понимает, как сам называет предметы, действия. Установив с ребенком контакт, педагог помещает перед ним игрушки: куклу, зайку, мишку, собачку. Проверяющий сначала голосом разговорной громкости, а затем и *шепотом* произносит фразы типа: *Покажи мишку; Где собачка?; Покажи у куклы ручки (рот, глазки); Покажи у собачки хвостик.* Сначала

фразы произносятся около ребенка, а затем с расстояния 6 м (или 3 м, если ребенок стоит спиной). Если при произнесении заданий (или назывании игрушек, предметов) шепотом малыш их не выполняет, то поручения (слова) произносятся голосом разговорной громкости на небольшом расстоянии от него. В случае успеха аналогичная фраза произносится шепотом опять с расстояния 6 м.

Слух детей *старше 2,5-3-х лет* проверяется хорошо знакомыми им низко- и высокочастотными словами, например, предложенными Л.В.Нейманом (1954). Из этих слов составлены два списка (4), в каждом – 5 низкочастотных и 5 высокочастотных слова:

*зайчик, дом, Вова, шишка, рыба, часы, птичка, ухо, чай, волк;*  
*мыло, дым, чашка, окно, щипцы, Саша, город, чайка, море, спичка.*

При обследовании слуха слова каждого списка предъявляются в случайной последовательности.

Ребенка ставят боком к проверяющему. В противоположное ухо вставляют ватный тампон, поверхность которого слегка смочена каким-либо маслом, например, вазелиновым.

Проверяющий просит ребенка повторять слова, которые он будет произносить шепотом. Первые два слова произносятся около него, а затем – с расстояния 6 м (или 3 м, если ребенок стоит спиной). Ребенок может упрямиться, стесняться и не повторять слова. В этом случае следует предложить ему показывать соответствующие картинки, которые помещаются на столе перед ним. Если ребенок не узнал слово, произнесенное шепотом, оно повторяется голосом разговорной громкости, а затем – шепотом. После предъявления следующих слов вновь повторяется то слово, которое вызвало затруднение. Аналогично вторым списком слов проверяется другое ухо.

Если ребенок (при обследовании и правого, и левого уха) адекватно реагирует на звучание низко- и высокочастотных слов, произносимых шепотом с расстояния не менее 6 м, это является показателем того, что у него ***слух в пределах физиологической нормы.***

*Если ребенок реагирует на шепот на меньшем расстоянии или не реагирует на него, можно заподозрить наличие у него **снижения слуха.** Такой ребенок должен быть направлен на обследование в сурдокабинет.*

Если ребенок к двум годам не говорит, то сам факт отсутствия речи является достаточным поводом для обследования его слуха в сурдологопедическом кабинете. Также на обследование следует направлять и тех детей, слух которых не удастся проверить в связи с низким уровнем их психомоторного развития или особенностями поведения, т.к. они нуждаются в исследовании слуховой функции объективными методами.

Как мы видим, методики обследования слуха с целью выявления детей с подозрением на его снижение просты и доступны. Не нужно бояться гипердиагностики, т.к. важно не пропустить ребенка с нарушением слуховой функции. При первом же подозрении ребенок должен быть направлен в сурдологопедический кабинет по месту жительства для проведения углубленного аудиолого-педагогического обследования.

#### **Педагогическое уточнение состояния слуха**

Одновременно с аудиологическими исследованиями проводится педагогическое уточнение состояния слуха ребенка с целью изучения индивидуальных особенностей реакций на различные звуковые стимулы.

В Институте коррекционной педагогики РАО нами совместно с Т.В. Пельмской (7) разработана комплексная методика медико-педагогического исследования слуха младенцев и детей раннего возраста, которая состоит из электрофизиологического, аудиологического и педагогического изучения слуховой функции. Она позволяет не только разграничить глухоту и тугоухость, но и определить степень снижения слуха внутри каждой из этих категорий. Остановимся кратко на ее характеристике.

Педагогическая методика обследования слуха зависит от возраста детей. При этом в качестве источника звука используются обычные звучащие игрушки (барабан, дудка, шарманка), голос и тоны аудиометра.

Педагогическое исследование слуха детей *до 1-1,5 лет* основывается на регистрации безусловных ориентировочных реакций на звук. В связи с тем, что безусловные реакции характеризуются быстрым угасанием при повторных предъявлениях, звуковые стимулы подаются, начиная с наиболее высокочастотных и с максимального расстояния. Исследование проводят два человека: один подает звуковые сигналы, другой наблюдает за реакциями малыша. В результате такого обследования выявляется:

- звучание каких игрушек и с какого расстояния слышит малыш, может ли он определить, откуда идет звук (локализовать звучание), и с какого расстояния от источников сигнала он может это сделать;

- реагирует ли малыш на шепот, на голос разговорной или повышенной громкости, с какого расстояния и может ли локализовать этот стимул;

- на тональный сигнал какой частоты и какой интенсивности ребенок реагирует, может ли его локализовать.

По совокупности полученных данных можно выделить четыре уровня состояния слуха: слух в пределах возрастной нормы, тугоухость, значительная тугоухость, глухота (7).

У детей *старше полутора лет* происходит затухание безусловного ориентировочного рефлекса, и они уже не дают видимых реакций на многие слышимые звуки. Достоверные данные о состоянии слуха этих детей можно получить лишь в ходе целенаправленной работы по выработке условной двигательной реакции на звук. Под такой реакцией понимается определенное игровое действие ребенка в ответ на звуковой сигнал. Таким образом, детей старше 1,5 лет к исследованию слуха нужно специально готовить. Эта подготовка осуществляется педагогом и родителями в течение 2—4 недель. В это время ребенка учат реагировать каким-либо игровым действием на звук (например, в момент звучания игрушки или голоса надевать кольцо на стержень пирамиды, бросать пуговку в баночку и т. п.). После выработки реакции определяется максимальное расстояние, с которого ребенок воспринимает звучание голоса и игрушек.

Когда условная двигательная реакция на звук у ребенка уже выработана, становится возможным аудиометрическое обследование малыша методом игровой пороговой тональной аудиометрии по условно-рефлекторной методике. *Игровая пороговая тональная аудиометрия* – определение минимальной (пороговой) интенсивности звука, выражаемой в Дб, при которой звук воспринимается в виде слухового ощущения, субъективный метод исследования слуха.

Совокупность результатов педагогического и аудиометрического обследования позволяет оценить степень снижения слуха на начальном этапе коррекционной работы. На основании получаемых данных можно выделить

детей с нормальным слухом, с легкой, средней и тяжелой тугоухостью и с глухотой со значительными и с незначительными остатками слуха (7).

Предложенные педагогические методики в совокупности с аудиологическим обследованием позволяют уточнять состояние слуха детей, а, следовательно, и начинать с ними коррекционную работу в оптимальные сроки. Данные педагогического и аудиологического обследования слуха являются основой, на которую ориентируется сурдопедагог при уточнении режима работы индивидуальных слуховых аппаратов, при составлении индивидуальной программы коррекции.

Вместе с тем важно подчеркнуть, что выявление состояния слуха ребенка является лишь одной из составных частей психолого-педагогического обследования малыша.

#### **Комплексное психолого-педагогическое обследование**

Психолого-педагогическое обследование ребенка с нарушенным слухом является первым этапом его обучения. От того, насколько полным окажется представление о малыше в процессе его изучения зависит организация его воспитания и обучения, реализация его потенциальных возможностей. Развитие ребенка представляет собой целостный процесс, и уровень каждой линии развития не может рассматриваться изолированно. По мнению многих специалистов целостную картину о развитии ребенка можно получить при проведении *всестороннего, комплексного психолого-педагогического обследования*, в процессе которого выясняется как исходный уровень его развития в разных направлениях (линиях развития) – физическом, социальном, познавательном развитии, так и в целом определяется уровень его психофизического развития. Можно предположить, что при изучении лишь одной линии развития (например, умственного или социального развития) представление о ребенке окажется неполным, а его возможности могут быть занижены или завышены. Для того чтобы правильно организовать обучение и воспитание ребенка чрезвычайно важно знать как его слабые, так и его сильные стороны, специфические трудности.

Сотрудники ПМС-центров должны уделять самое пристальное внимание комплексному психолого-педагогическому обследованию детей, как в



начальный период коррекционной работы, так и по ходу ее проведения, оценивать эффективность выбранной стратегии развития и обучения малыша.

Из-за отсутствия или глубокого недоразвития речи, особенностей развития неслышащего ребенка при его обследовании целесообразно использовать методики, специально разработанные для данной категории детей. Рассмотрим содержание комплексного обследования на примере изучения особенностей развития неслышащего ребенка третьего года жизни (9).

Методика комплексного психолого-педагогического обследования включает комплект заданий, направленных на изучение следующих основных линий развития: *социальное, физическое, познавательное*. Кроме того, изучается *предметно-игровая деятельность* ребенка, определяется уровень *развития его речи и состояние слуха*. Основными методами изучения являются наблюдения за детьми в процессе их разнообразной деятельности и индивидуальные диагностические занятия. В форме индивидуальных занятий проводится обследование физического и познавательного развития. В содержание обследования познавательного развития входят задания на определение уровня сенсорного развития, мышления, задания по конструированию, изобразительной деятельности, подражанию. В процессе обследования физического развития определяется уровень сформированности основных движений детей, таких как ходьба, бег, прыжки и т.д.

Основными принципами проведения обследования физического и познавательного развития являются:

- включение в содержание обследования заданий, соответствующих возрасту ребенку на момент обследования, а также заданий как ниже возрастных возможностей детей и заданий выше их возрастных возможностей;

- обязательное использование словесно-жестовой инструкции: все задания, которые предлагаются ребенку, сопровождаются естественными жестами, и методика их предъявления должна быть такой, что они становятся понятными еще не говорящему ребенку;

- использование различных способов побуждения ребенка к выполнению заданий: игровые действия педагога с игрушками, выполнение заданий взрослым с сюжетной игрушкой за ребенка, привлечение к выполнению заданий ровесника;

- использование фиксированных видов помощи во всех заданиях: показ, подражание, совместные действия; после помощи ребенку всегда предлагается выполнить задание самостоятельно.

Предложенный набор заданий позволяет выявить индивидуальные особенности каждого неслышающего ребенка в социальном, физическом, познавательном развитии, в предметно-игровой деятельности, определить состояние его речи и слуха. Своеобразие психофизического развития детей с недостатками слуха проявляется в том, что уровень их социального, физического, познавательного развития и предметно-игровой деятельности может, как соответствовать возрастной норме, так и быть ниже нее, а часть детей может даже опережать своих сверстников по некоторым линиям.

Результаты комплексного психолого-педагогического обследования позволяют выделить разные варианты развития детей. По уровню психофизического развития дети с нарушенным слухом составляют следующие группы:

- *дети с гармоничным развитием*, при таком варианте достижения детей по всем основным линиям достаточно высоки, а по некоторым линиям (в познавательном и физическом развитии) наблюдается опережающий темп развития;

- *дети, отстающие в психофизическом развитии*, при таком варианте отмечается отставание по всем основным линиям развития;

- *дети с неравномерным психофизическим развитием*; при таком варианте по одним линиям ребенок достигает результатов, соответствующих его возрасту или даже опережает своих сверстников, по другим линиям несколько отстает в развитии.

Для большинства детей с нарушенным слухом характерно неравномерное психофизическое развитие, а отставание наиболее часто отмечается в формировании предметно-игровой деятельности.

Таким образом, на основании углубленного комплексного психолого-педагогического обследования раскрывается целостная картина возможностей каждого ребенка с нарушенным слухом. Такое обследование позволяет выявить не только актуальный уровень развития ребенка, но и зону его ближайшего развития в познавательном, физическом, социальном развитии. Знание

«диапазона» возможностей детей по основным линиям развития, в свою очередь, делает возможным разработку индивидуально ориентированной программы для каждого конкретного ребенка в соответствии с его возможностями и потребностями. Становится реальным обеспечение индивидуализации процесса воспитания и обучения.

Как уже неоднократно подчеркивалось, с момента обнаружения снижения слуха у ребенка (или даже только подозрения на него) необходимо начинать проводить коррекционную работу. В настоящее время уже разработано содержание и методика воспитания и обучения незлышащих детей раннего возраста. Так, оно отражено в методическом пособии Э.И.Леонгард и Е.Г.Самсоновой «Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье» (1991). В методическом пособии Н.Д.Шматко и Т.В.Пельмской «Если малыш не слышит ...» (1995, 2003) особое внимание уделено методике занятий с детьми с первых месяцев жизни; при этом в содержании занятий учтены психофизические особенности каждого возрастного периода раннего детства: 0-3 мес., 3-6 мес., 6-12 мес., 1-1,5 года, 1,5-2 года, 2-2,5 года, 2,5-3 года.

Основными принципами коррекционно-педагогической работы с детьми младенческого и раннего возраста с нарушенным слухом являются:

- обеспечение полноценного общения с близкими,
- обеспечение условий для физического и психического развития в соответствии с возрастом,
- проведение специальной работы по формированию речи, развитию слухового восприятия.

Воспитание и обучение ребенка с нарушенным слухом раннего возраста осуществляется в семье под руководством специалистов: учителя-дефектолога сурдологопедического кабинета или группы кратковременного пребывания. Для приближения коррекционной помощи к месту жительства ребенка важно, чтобы в ее проведении участвовали и различные реабилитационные учреждения: центры раннего вмешательства, ПМС-центры и др. Однако, педагоги и психологи этих учреждений должны работать в тесном содружестве с сурдопедагогами. В связи с этим остановимся на краткой характеристике содержания коррекционного обучения.

### Учимся общению ...

В первую очередь должна быть обеспечена возможность *полноценного эмоционального общения* с малышом и возможности речевого контакта с ним.

В первом полугодии жизни, когда основной формой общения является *ситуативно-личностное* общение с близкими взрослыми, ребенок реагирует, в основном, на особенности голоса, интонацию, мимику лица, на различные манипуляции. При этом речь сопровождает действия взрослого. Для неслышащего ребенка важно повышенное внимание, большее в сравнении с нормально слышащим младенцем, общение с ним. Важно чаще брать ребенка на руки. В этом случае не только улучшается контакт с малышом, но и происходит его более интенсивное знакомство с окружающим миром, в том числе и со звуками, которые ребенок может воспринимать не только на слух, но и тактильно-кинестетически через тело матери. Трудности в формировании звуковых реакций слышащих детей глухих родителей лучшее этому подтверждение.

Необходимо также, чтобы взрослый постоянно и своевременно реагировал на голосовые реакции малыша, на их изменение.

Во втором полугодии жизни начинает складываться новая форма общения - *ситуативно-деловая* (после того, как ребенок овладевает хватанием). Эта форма общения для малышей с нарушенным слухом является основной как на первом, так и на втором и частично третьем году жизни (в отличие от слышащих детей, которые на втором году жизни уже переходят на этап становления речевого общения - общения на основе самостоятельной речи ребенка).

Общение со взрослыми с помощью предметных действий становится одним из основных способов специфических человеческих взаимодействий. Для неслышащего ребенка важно не только максимальное внимание, но и значительно большее время на занятия с ним, на постоянное сотрудничество, поддерживание его первых манипуляций, естественной мимики (лица), развитие выразительных жестов. Это основа, база, на которой развиваются довербальные (доречевые) реакции и появляется речь.

Но чтобы эмоционально-речевое общение могло осуществляться, необходимо создать условия, при которых ребенок в той или иной степени

может слышать обращенную к нему речь, воспринимать звуки окружающего мира. Это достигается в некоторых случаях простым приближением говорящего взрослого к уху малыша. Усиление речи таким образом возможно и дает разборчивое восприятие речи, но при этом ребенок, имеющий значительную потерю слуха, часто лишается возможности воспринимать окружающие его различные неречевые звуки, что приводит к резкому обеднению его представлений о звуках окружающего мира. С определенными трудностями связано и обеспечение восприятия речи ребенка при уходе за ним, при проведении разнообразных упражнений, по развитию его познавательной деятельности. Кроме того, без слуховых аппаратов многие дети не слышат собственной речи. Поэтому большинству глухих и слабослышащих детей необходимо с периода младенчества постоянно (в течение всего дня) пользоваться индивидуальными слуховыми аппаратами при отсутствии медицинских противопоказаний к звукоусилению.

Слухопротезирование осуществляется врачом-сурдологом. Детей младенческого и раннего возраста желательно протезировать двумя аппаратами заушного типа. Слухопротезирование осуществляется сразу же после установления степени и характера снижения слуха. Сурдопедагог в процессе коррекционных занятий уточняет режим работы индивидуальных слуховых аппаратов (7).

Важно чтобы в индивидуальных слуховых аппаратах ребенок слышал голос на расстоянии не менее 1,5-2 м., а в дальнейшем мог узнавать речевые единицы не менее чем на 1 м. С момента уточнения режима работы аппарата ребенка приучают пользоваться им в течение всего дня. Период привыкания ребенка к индивидуальному слуховому аппарату зависит от его возраста: чем он младше, тем легче привыкает к нему. Так период привыкания к аппарату младенца, как правило, длится около недели. В основном детей смущают вкладыши, помещенные в уши, само же звукоусиление при правильном его подборе обычно никаких отрицательных реакций не вызывает. Большинство родителей отмечают, что в первые дни дети бывают несколько насторожены, как бы вслушиваются в себя. Почти сразу наблюдается некоторая активизация голосовых реакций детей. Через 2-3 месяца, по наблюдениям родителей, дети беспокоятся, когда они без аппаратов.

Именно своевременное и адекватное слухопротезирование при условии раннего начала коррекционной работы позволяет уже на первом-втором году жизни сгладить разницу между глухим ребенком и малышом со значительной тугоухостью, что невозможно при более позднем начале коррекционных занятий.

Таким образом, первый принцип организации коррекционной работы с детьми младенческого возраста - *обеспечение возможно полноценного общения с ребенком.*

**Учимся играть ...**

Вторым принципом является *обеспечение возможности полноценного физического и психического развития.*

Успешная коррекция дефекта слуха возможна лишь в условиях интенсивной целенаправленной работы по психофизическому развитию ребенка с учетом его возрастных особенностей. Наблюдения показывают, что формирование устной речи и даже слуховой функции в первые годы жизни непосредственно связано с уровнем развития познавательных процессов. Вместе с тем, в ходе становления разнообразных видов деятельности происходит и интенсивное овладение речевыми средствами.

В целях общего развития ребенка с ним проводят игры-занятия по развитию движений, по обучению действиям с предметами, игрушками, по изобразительной деятельности, (с 2-х лет) музыкальному воспитанию. При этом содержание занятий определяется не дефектом (снижение слуха), а возрастом малыша, уровнем его психофизического развития.

Занятия по развитию движений направлены в первую очередь на физическое развитие малыша, укрепление его здоровья. Для неслышающего ребенка эти занятия имеют особое значение, они направлены не только на физическое развитие и закаливание ребенка, но и на обучение подражанию различным движениям. Это очень важно в связи с тем, что именно на подражании основано формирование речи и, в первую очередь, ее произносительной стороны.

Умственное воспитание малыша начинается с первых дней жизни и протекает в процессе овладения действиями с предметами. В первые годы жизни основное внимание уделяется формированию и развитию представлений

о внешних свойствах предметов, совершенствованию деятельности органов чувств, накоплению представлений об окружающем мире.

По достижению ребенком года содержание занятий, направленных на умственное развитие ребенка, расширяется и усложняется. С ним уже проводятся специальные игры-занятия с дидактическими игрушками, с предметами-орудиями, со строительным материалом и т.д.

Особое внимание уделяется развитию игровых действий. Малыша учат катать игрушки в машинке, кормить кукол, мыть, укладывать их спать, водить за "ручку", а позже - разыгрываются небольшие сюжеты, например: "Кукла заболела", "Мишка обедает" и т.д.

Большое значение для развития личности ребенка, несмотря на наличие у него снижения слуха, имеет музыкальное воспитание. С первых дней жизни, знакомя ребенка с разнообразными музыкальными звучаниями, взрослый расширяет его представления о звуках окружающего мира. Кроме того, решаются и определенные коррекционные задачи. В первую очередь это относится к развитию слухового восприятия и голосовых реакций ребенка.

Занятия по психофизическому развитию малыша, очень важны не только для ребенка, но и для его родителей, потому что позволяют им, особенно на первоначальном этапе работы увидеть своего неслышащего сына (или дочь) по-новому, понять, что он многое может, его можно многому научить. Проведение таких занятий основывается в первую очередь на подражании ребенка взрослому, а не на речевом общении. Взрослый, играя с малышом, учит его, и сам учится "подстраиваться" под него, доходчиво объяснять задания, поддерживать внимание и интерес ребенка.

В процессе проведения этих занятий, как и в ходе любой другой деятельности ребенка, создаются благоприятные условия для формирования у него словесной речи. Он учится понимать обращенную к нему речь взрослого, а позже и сам начинает общаться речью. Для того чтобы это стало возможным, взрослый специально сопровождает речью выполнение различных упражнений, организует речевое общение с ребенком в ходе этих занятий, при этом речевые инструкции и задания постепенно усложняются. С 1,5-2 лет используется не только устная речь, но и письменные таблички.

Таким образом, коррекционная работа с малышом с нарушенным слухом предусматривает соблюдение общих требований к воспитанию и обучению детей раннего возраста, уходу за ними. Важно обеспечить неслышащему ребенку такие же, как и слышащему малышу, возможности в полноценном физическом и психическом развитии.

### **Учимся говорить ...**

Проведение специальных занятий по *развитию речи, формированию слуховой функции и произносительных навыков* является третьим принципом коррекционной работы с маленькими неслышащими детьми.

Формирование речи неслышащего ребенка осуществляется в ходе повседневного общения и на специальных занятиях.

Общение с малышом в первую очередь связано с уходом за ним и организации его деятельности: подъем, кормление, одевание, игра и т.д. В этих постоянно повторяющихся ситуациях у ребенка появляется понимание речи. Вместе с тем снижение слуха диктует необходимость использования и специальных приемов в процессе общения: отбор речевых средств, последовательность их предъявления, разные способы их восприятия.

В ходе общения с неслышащим ребенком каждое слово (фраза) повторяется взрослым, как правило, не менее трех раз. При этом многократное произнесение одного и того же слова должно быть мотивационно оправдано для ребенка, а не превращаться в бессмысленное и навязчивое повторение. В связи с этим речь должна быть связана либо с деятельностью ребенка, либо с деятельностью взрослого, так или иначе воздействующего на малыша. Например, во время игры с паровозиком, малыш везет игрушку, взрослый в это время, показывая на паровозик, произносит "у\_\_", то в лицо малышу, то в аппараты (или на ухо).

Ребенка постоянно побуждают к совместному со взрослым проговариванию слов и фраз. Поддерживается всякая попытка малыша повторить за взрослым, самостоятельно назвать предмет. При этом можно попросить ребенка что-то сказать, но нельзя настаивать. Предлагается поступать по-другому: в первоначальный период занятий взрослый все время говорит не только за себя, но и за ребенка, за игрушку и т.д. Постепенно малыш начинает проговаривать слова вместе с ним и самостоятельно.



Помимо организации речевого общения с ребенком ежедневно проводятся и специальные занятия по развитию речи. В ходе занятий в игровой форме малыша знакомят со звукоподражательными названиями игрушек и животных, с лепетными и полными словами, обозначающими наиболее часто встречающиеся предметы, действия и явления, оценки деятельности ребенка, а позже и с фразами.

Большое внимание на третьем году жизни обращается на формирование самостоятельной инициативной речи ребенка. Взрослый создает такие условия, при которых ребенок должен не говорить за мамой (педагогом) слово, фразу, как это было на втором году жизни, а обратится сам с той или иной просьбой, вопросом, сообщением. Малыша целенаправленно учат задавать вопросы.

Эффективным приемом развития речи маленьких детей является рассказывание, которое можно широко использовать уже с 1,5-2 лет. Взрослый с помощью игрушек, естественных жестов, выразительной мимикой лица инсценирует ту или иную понятную для ребенка ситуацию, случившуюся с малышом или близкую ему по жизненному опыту. При этом основная задача состоит в том, чтобы заинтересовать ребенка, вызвать эмоциональный отклик, сопереживание героям.

При значительном снижении слуха даже в условиях ранней и интенсивной коррекционной работы не удается сформировать полноценного восприятия речи на слухо-зрительной (видя говорящего и слушая его), а тем более на слуховой основе. Для ребенка затруднено, а порой и невозможно, восприятие отдельных звуков и слогов в потоке речи. Вследствие этого он испытывает значительно большие, чем слышащий ребенок, трудности в овладении звуко-слоговым составом слова и грамматическими формами. Усвоение структуры слова и грамматического строя речи - процесс длительный и сложный даже для слышащего ребенка. Но он на основе полноценного слухового восприятия речи окружающих постепенно овладевает этими элементами языка. Но ребенок даже с незначительным снижением слуха нуждается в дополнительной опоре, в качестве которой мы предлагаем письменную речь. Она дает возможность неслышащему ребенку, вне зависимости от состояния его слуха и произносительных навыков, полноценно

воспринимать (чтение) и воспроизводить (письмо печатными буквами - с 3-4 лет) речь.

Именно поэтому мы рано - с 1,5 - 2 лет - начинаем обучение грамоте. Широкое использование письменной речи позволяет обогатить словарный состав речи ребенка. Умение малыша читать и писать значительно расширяет возможности коррекционной работы. Предложенная нами методика (7) позволяет к 4-4,5 годам научить ребенка читать и писать печатными буквами.

Основной целью работы по развитию речи незлышащего малыша является формирование ее как средства общения. Для того чтобы устная речь глухого или слабослышащего ребенка стала средством общения со слышащими, необходимо развивать ее восприятие и воспроизведение (произношение).

### **Учимся слушать ...**

Развитие и использование остаточного слуха играет значительную роль в психическом развитии ребенка с нарушенным слухом. Чем раньше ребенок попадает в мир звуков, тем более естественным путем идет процесс формирования его познавательной деятельности.

Развитие слуховой функции напрямую зависит от того, в каком возрасте начата эта работа: в первом или втором полугодии жизни, на втором году жизни или позже.

В первые три месяца жизни малыша с нарушенным слухом необходимо обеспечить разнообразными зрительными, слуховыми и осязательными впечатлениями. В этом возрасте у него развивается умение прислушиваться к разным звукам: речи, пению взрослого, звучанию игрушек. С этой целью взрослый ласково разговаривает с малышом, привлекая внимание к своему лицу, зовет его по имени.

Со второго-третьего месяца жизни, когда ребенок начинает сам издавать звуки в состоянии покоя, взрослый, постоянно повторяет звуки, уже усвоенные ребенком и новые, побуждает его к подражанию.

В период с 3 до 6 месяцев начинают проводиться и специальные упражнения, направленные на развитие слуховой функции: развитие умения локализовать звук, дифференцировать звучания игрушек, мужского и женского голоса.

Во втором полугодии общение с неслышащим младенцем организуется в процессе совместной деятельности со взрослым. Слово воспринимается ребенком как компонент комплексной ситуации, составляет неотъемлемую ее часть. В процессе формирования понимания речи общение с ребенком строится таким образом, чтобы он воспринимал речь и слухо-зрительно (т.е. слушая и видя лицо говорящего) и только на слух.

Время начала специальной работы по развитию речевого слуха определяется индивидуально по мере формирования понимания речи. Как только у малыша вырабатывается сочетательный рефлекс на слово в виде поворота головы или глаз к предмету, находящемуся на постоянном месте, следует начинать работу по различению слов, воспринимаемых только на слух.

Во втором полугодии жизни продолжается специальная работа по развитию неречевого слуха. Ребенка учат различать различные по характеру звучания: быстрые и медленные, низкие и высокие, плясовую и колыбельную песни. При этом используются совместные с малышом движения и игрушки.

На втором году жизни содержание коррекционной работы усложняется: расширяется "слуховой словарь" (слова, словосочетания, фразы, которые ребенок учится узнавать на слух), включаются виды деятельности, предполагающие участие малыша не пассивное, а активное. Продолжается работа по развитию неречевого слуха, в ходе которой ребенка учат адекватно реагировать на звуки окружающего мира (например, звонок в дверь, удар упавшего предмета, гудки и сигналы транспорта и т.д.), выбирать одну из 2-3 звучащих игрушек. Продолжается работа по определению направления звука, различению темпа и высоты звучаний. Ребенка учат также различать длительность, слитность и громкость звучаний.

Для того, чтобы научить ребенка прислушиваться ко всё более и более тихим звукам, ведется специальная работа по выработке у малыша условной двигательной реакции на звук, например: услышал звучание голоса - снял одно кольцо со стержня пирамидки т.п.

Развивающееся в ходе коррекционного воздействия слуховое восприятие позволяет приблизить процесс становления произносительной стороны речи у ребенка с нарушенным слухом к тому, как он протекает у нормально слышащих детей.

### **Учимся правильно произносить ...**

Овладение произносительной стороной речи - процесс длительный. Для того, чтобы речь неслышащего ребенка звучала более естественно, очень важно рано и правильно учить малыша говорить. Произносительными навыками неслышащий ребенок, как и слышащий, овладевает прежде всего по подражанию.

Как уже отмечалось, отставание в развитии голосовых реакций неслышащего ребенка начинается с момента, когда должен осуществиться переход к лепету – в 4-4,5 месяцев.

Задача коррекционной работы с детьми первого года жизни - предотвратить отставание в развитии голосовых реакций неслышащего малыша по сравнению со слышащими или максимально его сократить. Это достигается при условии раннего слухопротезирования и проведения упражнений, направленных на поддержание самостоятельных голосовых реакций младенца и вызывание новых звуков и их сочетаний.

Самое главное в этот период - вызвать у малыша положительные эмоции, на фоне которых будут активизироваться его голосовые реакции. Важно, чтобы сам взрослый был очень эмоционален, пользовался разнообразными интонациями, выражал их не только голосом, но и мимикой лица.

В ходе этих упражнений малыш в первую очередь овладевает не звуковой, а ритмико-интонационной стороной речи. Именно первый год жизни является благоприятным для вызывания естественного звучания голоса и различных его модуляций, связанных с разнообразными эмоциями. Этот период является базой для формирования в дальнейшем внятной и естественной речи.

Конечно, даже в том случае, если родители проводят все разработанные нами упражнения, неслышащий малыш может и не овладеть всем многообразием предлагаемых ему звуков. Общаясь с родными, он может пользоваться и одним-двумя звуками, но произносить их не однообразно и монотонно, а в разном ритме, с разнообразными интонациями. Это является основным достижением первого года жизни. Следует заметить, что именно формирование ритмико-интонационной стороны речи вызывает наибольшие затруднения при более позднем начале обучения.

Если коррекционная работа проводится с первых месяцев жизни ребенка, то, как правило, у него достаточно успешно на основе только подражания речи взрослого формируется ритмико-интонационная сторона речи. Он овладевает произношением многих звуков. В результате у малыша изначально устная речь становится основным средством его общения. Однако все дети в той или иной мере нуждаются в специальной работе по коррекции произношения.

В иных условиях оказываются неслышащие дети, специальная работа с которыми на первом году жизни не проводилась. У них не реализован период довербального овладения речью (до появления первых слов), т.е. период закладки всех сторон фонетической системы языка: ритмико-интонационной и звуковой. Поэтому эти дети нуждаются в специальных занятиях по развитию всех сторон произношения. Занятия могут начинаться с появления у малыша способности к произвольному подражанию, т.е. в 1,5-2 года. Главной задачей является формирование у ребенка потребности в устном общении.

Произнесением слов малыш овладевает постепенно, он не может сразу сказать правильно. Важно, чтобы у ребенка появилась потребность говорить, и чтобы он произносил слова слитно, с ударением. Для того чтобы качество его произношения постепенно приближалось к нормальному звучанию, взрослый постоянно дает образец правильного звучания слова и побуждает ребенка произнести его более точно. Вначале он хвалит ребенка за любую попытку что-либо сказать, а затем - за наиболее правильный вариант произнесения.

Успешному овладению произношением способствует специальные упражнения. В первую очередь ребенка следует учить подражать. Он еще не умеет осознанно (по требованию взрослого) подражать даже крупным движениям тела, рук, ног, не говоря уже о мелких движениях пальцами и тем более артикуляционных органов. Для формирования этих умений предлагаются специальные упражнения.

Для того, чтобы движения могли способствовать произнесению того или иного звука, малыш должен уметь одновременно со взрослыми точно воспроизводить темп, характер, динамику движения. Это достигается не сразу. В то же время необходимо как можно скорее вызвать у ребенка какие-либо произвольные голосовые реакции, чтобы малыш сам себя наконец услышал, начал "играть" своим голосом, т.е. чтобы появилось самоподражание. С этой

целью можно использовать различные игры, интересные ребенку, например: катать мяч и произносить протяжно *a\_\_\_*; бросать его и произносить *na!*; стучать мяч о пол и произносить *na-na-na* и т.д.

Постепенно включаются и движения речевой ритмики, т.е. упражнения, в которых произнесение того или иного речевого материала (звука, слога, слова, фразы) сочетается с теми или иными движениями (10). Характер движений определяется характером произносимого материала. Речевая ритмика заимствована нами в центре СУВАГ (Хорватия).

Появившиеся в ходе специальных упражнений звуки закрепляются на материале произнесения слогов, самых простых слов и фраз.

Успешность в работе над произношением во многом определяется правильностью подбора речевого материала для закрепления тех или иных произносительных навыков. Слова, словосочетания и фразы подбираются исходя из определенных принципов. Они должны быть хорошо знакомы ребенку, быть актуальными для его общения и должны отвечать определенным фонетическим и требованиям.

Мы кратко охарактеризовали основные подходы к коррекционной работе с маленькими неслышащими детьми. Методика работы с ними подробно изложена в книге Н.Д.Шматко, Т.В.Пельмская "Если малыш не слышит..." (М.: Просвещение, 1995, 2003).

Раннее (на первом году жизни) целенаправленное педагогическое воздействие на детей с нарушенным слухом приводит к принципиальным изменениям поведения ребенка. Часть детей, уже к 3-5 годам, несмотря на тяжелую тугоухость и даже глухоту, максимально сближается по уровню не только общего, но и речевого развития с нормально слышащими детьми. Это позволяет организовывать их интегрированное обучение в среде слышащих детей (первые дети, с которыми коррекционные занятия были начаты на первом году жизни, в настоящее время уже успешно закончили массовую школу, обучаются в ВУЗах). Результаты обучения остальных «ранних» детей также принципиально отличаются от тех, которых мы можем достигнуть при начале педагогического воздействия в 2-3 года (т.е. в том возрасте, когда в нашей

стране начинается обучение глухих и слабослышащих детей в специальных детских садах и группах).

### **Организация коррекционной помощи**

Занятия с детьми младенческого и раннего возраста организуются в условиях семьи под руководством сурдопедагога сурдологопедического кабинета. Педагог обучает родителей общим и специальным приемам работы с малышом в соответствии с его возрастом, уровнем психофизического развития и состоянием слуха. Обучение по предложенной нами методике строится на основе устной речи, при широком использовании письменной речи (написанных печатными буквами табличек-названий, табличек-поручений и т.п.).

Если младенец живет в городе, где находится сурдокабинет, то, как правило, два раза в месяц его привозят для консультации: даются рекомендации по воспитанию малыша, показываются отдельные приемы работы, уточняется режим работы индивидуальных слуховых аппаратов, при необходимости проводится медицинское обследование. Если ребенок живет далеко, то его привозят на консультацию 1-2 раза в год. В этом случае в течение нескольких дней (обычно недели) проводятся медицинское и психолого-педагогическое обследование малыша, уточняется режим работы с индивидуальными слуховыми аппаратами, родители показывают сурдопедагогу, как они занимаются дома, демонстрируют достижения ребенка, делятся возникшими проблемами. В ходе всех занятий ведется наблюдение за малышом. На основании полученных данных родителям даются рекомендации для дальнейшей коррекционной работы.

С детьми старше одного года сурдопедагог начинает проводить занятия в присутствии и при активном участии родителей. Такие занятия могут быть организованы 1 раз в неделю в течение одного часа. В ходе занятия педагог не столько обучает ребенка, сколько на нем показывает методику работы дома. Если ребенок живет далеко от сурдокабинета, то его привозят на периодические консультации 1-2 раза в год. В это время он обеспечивается ежедневными занятиями по 30-45 минут в течение одной-двух недель.

Значительно большими чем сурдологопедический кабинет возможностями коррекционной помощи детям обладают группы

кратковременного пребывания, которые в настоящее время создаются при специальных учреждениях (группах) для глухих и слабослышащих дошкольников<sup>2</sup>.

Основными задачами работы таких групп являются:

- проведение коррекционных занятий с детьми,
- обучение родителей педагогическим технологиям сотрудничества со своим ребенком, приемам и методам его воспитания и обучения в условиях семьи,
- оказание родителям психотерапевтической помощи.

Основная форма коррекционной помощи - индивидуальные занятия или занятия в малой группе (по 2-3 ребенка) при обязательном присутствии родителей.

В группы кратковременного пребывания на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии и заявлений родителей зачисляются дети с нарушенным слухом с первых месяцев жизни до 6-7 лет. Особое внимание в работе групп должно уделяться коррекционной помощи детям младенческого и раннего возраста. В группах также оказывается коррекционная помощь детям с выраженными дополнительными отклонениями (например, глухим и слабослышащим детям с нарушениями интеллекта, опорно-двигательного аппарата, зрения).

Коррекционные занятия с каждым ребенком обычно проводятся два раза в неделю, при необходимости и по желанию родителей они могут быть и более частыми (через день, каждый день) и более редкими (один раз в неделю, один раз в две недели). Родители, которые живут далеко от учреждения (например, в другом городе), могут приезжать с ребенком 2-4 раза в год на одну-две недели и посещать коррекционные занятия ежедневно. Индивидуальные занятия с детьми первого года жизни, а также с дошкольниками, имеющими тяжелые нарушения опорно-двигательного аппарата, по возможности, проводятся на дому не реже 1 - 2 раз в месяц.

---

<sup>2</sup> рекомендации Министерства образования РФ «Об организации в дошкольных образовательных учреждениях групп кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии» от 26.06.99. № 129/32-16



В этих группах дети получают квалифицированную помощь различных специалистов: учителя-дефектолога - сурдопедагога, педагога-психолога, музыкального руководителя, специалиста по физическому воспитанию, техническую помощь сурдотехника, а также при необходимости и медицинскую - со стороны врачей и среднего медицинского персонала, работающего в данном учреждении. Учитель-дефектолог и педагог-психолог посещают детей дома (по возможности 2-3 раза в год), а также поддерживают контакты с дошкольным учреждением общего типа, если воспитанник группы его посещает.

Основным содержанием работы сурдопедагога группы кратковременного пребывания является развитие речи ребенка, его остаточного слуха и формирование произносительных навыков. Большое внимание уделяется обучению грамоте и формированию читательской деятельности. Таким образом, работа специалистов, прежде всего, ориентирована на удовлетворение специфических образовательных потребностей ребенка с нарушенным слухом. В связи с этим учитель-дефектолог и педагог-психолог должны обращать особое внимание на постоянное консультирование родителей по всем разделам работы с неслышащими малышами в условиях семьи.

Крайне важно повышать готовность сурдопедагогов и педагогов-психологов, работающих в группах кратковременного пребывания, к работе с детьми раннего возраста. К сожалению, в настоящее время они подготовлены к оказанию помощи детям лишь дошкольного возраста – начиная с 2-3 лет.

В том случае, если ребенок с нарушенным слухом не может систематически (не реже 2-3 раз в неделю) посещать занятия в группе кратковременного пребывания, целесообразно, по возможности, организовать его обучение в службе ранней помощи. При этом следует обратить особое внимание на соотношение специфической (адресованной детям с нарушенным слухом) и неспецифической (адресованной детям раннего возраста) помощи.

Основным контингентом детей, получающих помощь в службах ранней помощи, являются дети раннего возраста, отстающие в психомоторном развитии. Если среди них появляется и ребенок с нарушенным слухом, то следует помнить, что коррекционная работа с ним предполагает не только обеспечение полноценного общения и условий для физического и психического развития в соответствии с возрастом, но и проведение специальной работы по

формированию его речи, развитию слухового восприятия и обучению произношению. В работе же, направленной на общее развитие малыша также должны использоваться специфические подходы, связанные с нарушениями слуховой функции.

Если из этого ряда задач выпадает одна, то педагогическое воздействие на ребенка оказывается неэффективным. Так, родители часто обращают внимание лишь на проведение коррекционных занятий с малышом в ущерб его общему развитию и не достигают ожидаемого ими результата в речевом развитии, в развитии остаточного слуха. Специалисты в области раннего вмешательства переносят акцент на формирование общения, проведение целенаправленной и, как правило, высоко эффективной работы по психофизическому развитию малыша. Но без целенаправленного, с использованием особых методических приемов обучения речи, к 2,5-3 годам ребенок остается неговорящим. Более того, у него навсегда «украдена» возможность овладеть речью путем, максимально сближенным с тем, которым формируется речь слышащего ребенка. Сурдопедагог в дальнейшем будет обучать его речи с использованием обходных путей, и это обучение будет начато поздно, когда уже упущен сензитивный период доречевого и раннего речевого развития, хотя формально коррекционная работа с ребенком начата рано – на первом - в начале второго года жизни.

Включая ребенка с нарушенным слухом в малую группу (из 3-4 человек), следует помнить, что для его полноценного развития целесообразнее объединять малыша с нормально развивающимися детьми (или незначительно отстающими от возрастной нормы), а не с детьми, имеющими другие выраженные отклонения в развитии (нарушения интеллекта, зрения, опорно-двигательного аппарата). В этом случае и в ходе занятий с ними, и при подготовке специалистов можно будет учесть специфические образовательные потребности именно неслышащего ребенка.

Содержание, организация и методы коррекционной помощи неслышащим детям раннего возраста должны быть направлены на удовлетворение их специфических образовательных потребностей. Они должны обеспечивать непрерывность образования, т.е. быть взаимосвязаны с дальнейшим дошкольным и школьным обучением ребенка. С этой целью в

настоящее время разработаны программы воспитания и обучения глухих и слабослышащих детей раннего возраста (3, 7, 8).

В настоящее время в практике ранней помощи появились и предлагаются в качестве передового опыта методики либо в целом рассчитанные на детей раннего возраста, в чем-то отличающихся от нормально развивающихся малышей (т.е. не учитываются специфические образовательные потребности), либо эклектично включающие в себя разные, подчас взаимоисключающие подходы, предлагаемые для реализации по отношению к детям с разными отклонениями в развитии. Примером может служить использование *жестовой речи* в работе с детьми с различными отклонениями в развитии. Остановимся на этом вопросе по отношению к детям с нарушенным слухом.

*Жестовая речь* – система общения на кинетической основе, основной смысловой единицей которой является жест, представляющий собой движения рук. В сурдопедагогике, в основном западной, достаточно распространены методические системы, в которых широко используется жестовая речь (билингвизм, тотальная коммуникация). Так в билингвистическом подходе жестовая речь является исходной формой речи, обучение с раннего возраста строится таким образом, что именно жестовый язык становится родным, первым языком глухого ребенка. Использование данного подхода вызывает много споров среди сурдопедагогов и родителей. Но это целостный подход, распространяющийся на обучение ребенка в раннем, дошкольном и школьном возрасте. В России билингвистический подход в качестве педагогического эксперимента (под руководством Г.Л.Зайцевой) реализуется в отдельных классах школы для глухих, при работе с группой глухих дошкольников. Его результаты на обсуждение еще не выносились.

Конечно, подходы к обучению глухих детей с использованием жестовой речи могут реализовываться по отношению к тем детям, родители которых его выбирают. Но они не могут предлагаться всем родителям как единственные, как наиболее эффективные для детей раннего возраста. В настоящее время в России постоянно расширяются возможности раннего (с периода новорожденности) выявления нарушений слуха у детей, принципиально изменились возможности современных индивидуальных слуховых аппаратов, позволившие даже глухому ребенку слышать многие звуки, ранее не доступные его слуху. При

неэффективности слухопротезирования возможно проведение глухому малышу кохлеарной имплантации. Под термином *«кохлеарная имплантация»* подразумевается вживление электродных систем во внутреннее ухо с целью восстановления слухового ощущения путем непосредственной электрической стимуляции афферентных волокон слухового нерва. Разработаны и доказали свою эффективность педагогические методики воспитания и обучения детей раннего возраста с нарушениями слуха, предполагающие развитие у детей устной речи. В практику обучения все шире входит интеграция слабослышащих и глухих детей в среду слышащих сверстников. Отмечена высокая эффективность обучения детей с нарушенным слухом в смешанных группах.

Важно понимать, что использование жестовой речи - это не добавка к данным направлениям реабилитации, а принципиально иной путь, предлагаемый для развития ребенка. Выступая за такой путь, не следует «прятаться» за естественные жесты, которые широко используются в воспитании и обучении любого ребенка, в том числе и с нарушенным слухом (как и богатая мимика /лица/, выразительные позы). Но эти жесты потому и называются естественными, что ими владеет каждый взрослый, им не нужно специально обучать. Если же тот или иной жест закрепляется за конкретным словом, то он из естественного очень быстро переходит в искусственный.

Вместе с тем особое возражение вызывает даже не столько само использование жестовой речи в работе с неслышащими детьми раннего возраста, сколько то, что предлагается не целостная система билингвизма или тотальной коммуникации, а лишь один вырванный из нее элемент, который никак не увязывается со всем дальнейшим обучением ребенка в дошкольном и школьном возрасте.

### **Работа с семьей, воспитывающей неслышащего ребенка**

Успех в реабилитации ребенка с нарушенным слухом во многом определяется активностью семьи в его воспитании и обучении. Именно в этом направлении крайне велика роль ПМС-центров. В первую очередь это связано с правильным информированием семьи об особенностях развития их ребенка, о возможностях получения медицинской и психолого-педагогической помощи, об организационных формах коррекционного обучения их сына или дочери. Крайне

важны психологическая и социальная поддержка семьи, обучение родителей педагогическим технологиям.

Как уже отмечалось, при первом же подозрении на снижение слуха следует убедить родителей в необходимости медицинского обследования ребенка. При этом важен тон и содержание беседы с ними, учитывая возможность гипердиагностики, т.е. появление подозрения на снижение слуха у нормально слышащего ребенка. В процессе этой беседы следует делать акцент на возможных патологических процессах в среднем ухе, которые требуют незамедлительного лечения.

В том случае, если у малыша диагностировано снижение слуха, необходимо познакомить родителей с особенностями его развития. При этом важно заострить внимание на тех негативных последствиях для развития ребенка, которые вызваны поражением слухового анализатора. Как это не больно, но родители должны понимать, что надеяться на чудо, на исцеление при сенсоневральной тугоухости и глухоте не следует. Это не остановит их от поиска возможного лечения, но поможет понять, что нельзя упускать время, что следует срочно, не теряя ни одного дня, начинать оказывать малышу коррекционную помощь.

Вместе с тем крайне важно вселить в родителей веру в их неограниченные возможности в воспитании и обучении своего неслышащего ребенка. Все они считают себя совершенно не подготовленными к этой роли, надеются только на специалистов. Но ведь в первые годы жизни практически единственным педагогом для ребенка являются его мама и папа, его близкие. Следует познакомить родителей с положительным опытом других семей, уже прошедших путь, который предлагается им. Очень позитивно на родителей влияет непосредственное общение с хорошо обученными неслышащими детьми. Нельзя допускать только одного – не обоснованных обещаний!

Для того, чтобы родители поверили в свои возможности, следует в ходе обследования, диагностических или коррекционных занятий показать, как много может их малыш, предложить конкретные приемы воздействия на него, попросить маму или папу повторить те игры-занятия, которые показал специалист. Этот прием наиболее действенен по отношению к развитию движений малыша, его познавательному развитию. Родители видят, что их

неслышащий ребенок мало чем отличается от слышащего сверстника, понимают, что с ним нужно проводить те же занятия, игры-упражнения, которые они бы использовали, если бы сын или дочка слышали. У них появляется уверенность в своих силах и желание заниматься с ребенком. На этом положительном фоне значительно легче обучать родителей и специфическим приемам работы с неслышащим малышом.

Работники служб ранней помощи должны познакомить родителей с различными организационными формами обучения маленького неслышащего ребенка: занятия в сурдологopedическом кабинете, в группе кратковременного пребывания. Вместе определить, где и как будет получать ребенок необходимую ему *специфическую* помощь, исходя из возможностей семьи и данного региона, предложить услуги ПМС-центра в оказании *неспецифической* помощи. В дальнейшем, сопровождая малыша по его образовательному маршруту, работники ПМС-центра отслеживают насколько он результативен, вносят в него необходимые коррективы, помогают родителям выбрать наиболее эффективные для маленького ребенка и приемлемые для семьи формы и методы его воспитания и обучения.

### Список основной литературы

1. Головчиц Л.А., Шматко Н.Д. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями слуха // В кн.: Специальная дошкольная педагогика /под ред. Е.А.Стребелевой. – М.: АКАДЕМИА, 2001.
2. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни /сост. Г.А.Таварткиладзе и Н.Д.Шматко. М.: Полиграф сервис, 2001.
3. Выявление детей с подозрением на снижение слуха: младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст //под ред. Г.А.Таварткиладзе и Н.Д.Шматко. М.: Полиграф сервис, 2002.
4. Королева И.В. Современные подходы к диагностике периферических и центральных нарушений слуха у детей //учебное пособие. – С.-Петербург, 2000.
5. Шматко Н.Д., Пельмская Т.В. Если малыш не слышит.... - М.: Просвещение, 1995; 2003. – 208 с.

6. Леонгард Э.И., Самсонова Е.Г. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье. - М.: Просвещение, 1991. - 319 с.
7. Николаева Т.В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушенным слухом: Методическое пособие. – М.:Издательство «Экзамен», 2006. – 112 с.
8. Шматко Н.Д., Новикова О.О. Речевая ритмика для малышей /Методическое пособие с дидактическим материалом. - М.: Советский спорт, 2003.- 72 с.
9. Дети с отклонениями в развитии: методическое пособие /сост. Шматко Н.Д. – Аквариум, 1997.
10. Шматко Н.Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение. // Дефектология, №№ 1 и 2, 1999.

## **Глава 2. Диагностика и коррекция нарушений зрения у детей раннего возраста**

Совершенствование системы помощи детям с нарушениями зрения является одним из приоритетных направлений коррекционной психологии. Это обусловлено не только уникальной ролью зрительного анализатора в познании окружающего мира, но и выраженной тенденцией увеличения числа детей с грубой патологией зрения.

Основными причинами увеличения детей с нарушениями зрения являются неблагоприятные экономические, медицинские и экологические условия, сложившиеся в нашей стране. В последние годы значительно снизились государственные ассигнования на здравоохранение, в том числе на охрану материнства и детства. Возросло количество бедного населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума. Увеличилось число новорожденных с отклонениями в состоянии здоровья, что связано с достижениями в области неонатологии по выживанию маловесных и недоношенных детей. Благодаря совершенствованию методик интенсивного перинатального ухода снизилась смертность младенцев и увеличилась выживаемость детей, ранее считавшихся нежизнеспособными, которые значительно пополнили контингент слепых и слабовидящих. Кроме того, одной из причин рождения ослабленных детей с

нарушениями зрения является загрязнение окружающей среды веществами, обладающими мутагенным и тератогенным воздействием.

В возникновении нарушений зрения у детей кроме наследственных заболеваний большое значение имеет патология беременности, периода родов и раннего послеродового периода. Особенно важен перинатальный период, который объединяет последние недели беременности (с 22-ой по 40-ю), период родов и первую неделю внеутробной жизни ребенка. Патология этого периода оказывает негативное влияние на морфофункциональное состояние всех жизненно важных органов и систем ребенка, в том числе зрительной системы. У перинатально пострадавших детей заболевания периферического отдела зрительного анализатора сочетаются, как правило, с поражением проводящих путей и корковых зрительных центров, что часто приводит к слепоте и глубокому слабовидению.

Основными факторами риска развития тяжелых нарушений зрения являются: недоношенность, асфиксия и гипоксия, родовая травма, внутриутробные и постнатальные инфекции, желтухи новорожденных.

Однако каждый из видов патологии перинатального периода редко встречается изолированно. Как правило, поражение является комбинированным: недоношенность сочетается с асфиксией или родовой травмой, желтуха новорожденного - с внутриутробным инфицированием и др. (О.В. Парамей, 1999).

### **Основные причины слепоты и слабовидения у детей раннего возраста**

Главными причинами слепоты детей раннего возраста являются патологические изменения сетчатки, зрительного нерва и врожденные аномалии развития глаз (Е.С. Либман и др., 1989; Л.А. Дубовская, 1997; О.В. Парамей, 1999; И.М. Мосин, 2001). Лидирующее место в этой группе занимает ретинопатия недоношенных. Количество таких детей в общей структуре инвалидности вследствие заболевания органа зрения достигает 18 - 22,7% (А.М. Ревта, А.Г. Андронов, 2000; А.В. Хватова, Л.А. Катаргина, 2001). На втором и третьем месте находятся патология зрительного нерва и врожденные аномалии развития органа зрения соответственно. Слепота, обусловленная заболеваниями зрительного нерва, в большинстве случаев возникает вследствие перенесенных нейроинфекций, нарушений мозгового кровообращения, постгипоксической энцефалопатии и родовой травмы



черепе. В этих случаях заболевание глаз сочетается, как правило, с поражением проводящих путей и корковых зрительных центров. Реже слепота возникает в результате патологии хрусталика, врожденной глаукомы и аномалий рефракции.

Ведущее место среди причин слабовидения у детей раннего возраста занимают заболевания зрительного нерва: частичная атрофия и гипоплазия (недоразвитие) зрительного нерва. Второе место принадлежит патологии сетчатки. К слабовидящим этой группы относятся дети с врожденными дистрофическими изменениями сетчатки, ретинопатией недоношенных и недоразвитием желтого пятна. Реже слабовидение возникает в результате патологии хрусталика, последствий травм глаза, аномалий рефракции и врожденной глаукомы.

Снижение зрительных функций в раннем возрасте отрицательно влияет на формирование перцептивных процессов и обуславливает своеобразие психического развития слепых и слабовидящих детей.

### **Особенности психомоторного развития детей раннего возраста с глубокими нарушениями зрения**

Недостаточный объем получаемой зрительной информации, отсутствие зрительных впечатлений приводит к меньшей психической и двигательной активности слепого ребенка, отставанию в психомоторном развитии от уровня развития зрячих младенцев. Однако до двух-трех месяцев жизни младенец с глубокими нарушениями зрения по характеру реакций и поведению почти не отличается от зрячего ребенка того же возраста. Это объясняется особенностью психических актов детей этого возраста, связанных с получаемой ими мультимодальной информацией. Так как первичные сенсорные реакции младенца носят генерализованный характер, ограничение зрительной информации не наносит существенного ущерба жизненно важным актам деятельности ребенка. И только после двух-трехмесячного возраста, когда у здорового ребенка появляются такие зрительные реакции, как бинокулярная фиксация взора, прослеживающие движения глаз недостаток зрения начинает существенно сказываться на психическом и двигательном развитии ребенка с глубоким нарушением зрения (Л.И. Солнцева, С.М. Хорош, 1988; Л.И. Солнцева 1997, 2000).

Отсутствие зрительного восприятия с момента рождения в большей мере сказывается на моторном развитии ребенка раннего возраста. Дети отстают в развитии навыков, связанных с инициацией собственной подвижности (повороты со спины на живот и обратно, перемещение из положения лежа в положение сидя, подтягивания для того, чтобы встать), базовых локомоторных навыков (ползание, самостоятельная ходьба и передвижение по комнате), тонкой моторики. У большинства слепых детей эти навыки развиваются позже, чем у 95% видящих детей. У ребенка отмечается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений, возникают затруднения в овладении вертикальным положением тела. Он боится пространства и новых предметов. Недостаточность пространственной ориентации обуславливает недоразвитие походки, тормозит формирование схемы тела. Отрицательное влияние слепоты на приобретение моторных навыков связано с центральной ролью зрительного восприятия в координации движений, приспособлении положения кистей рук к размеру и форме предмета, в контроле позы, в установлении и поддержании баланса тела. Отставание в двигательном развитии слепого или слабовидящего ребенка сказывается и на развитии его игровой деятельности (С.М. Хорош, 1983; А.М. Хартман, 1998). У таких детей достаточно долго могут сохраняться примитивные однообразно повторяющиеся манипуляции с предметами. Трудности овладения предметными действиями приводят к замедлению темпа развития мышления. Снижение зрительных функций оказывает отрицательное влияние и на эмоциональное развитие ребенка, что выражается в пониженном фоне настроения, тенденции к аутизму как следствию объективных затруднений контактов с другими людьми (В.В. Лебединский, 1985; Л.И. Солнцева, С.М.Хорош, 1988; Л.И. Солнцева, 2000). Трудности в общении с людьми и предметным миром формируют определенные особенности развития речи слепого ребенка – изменяется темп развития речи, отмечаются системные недоразвития речи, разнообразные по своей структуре.

Огромное значение при восприятии действительности у детей с глубокими нарушениями зрения имеет слух. Слуховые образы предметного мира дают возможность слепому ребенку реагировать на дистантные раздражители, соотносить их с предметами и в соответствии с этим организовывать свое поведение. Развитие дифференциации слуховых сигналов

и формирование слухового восприятия обеспечивает активность речевой деятельности ребенка, которая в дальнейшем становится важнейшим каналом компенсации слепоты (Л.И. Солнцева, С.М. Хорош, 1988; Л.И. Солнцева, 2000).

У слепых младенцев в случае сохранности слуха развитие базовой слуховой чувствительности начинается с первых дней жизни и на протяжении первого года проходит те же стадии развития, что и в норме. Однако в отличие от способности различать аудио стимулы становление взаимодействия с ними несколько отстает. Поэтому очевидно, что слепые младенцы нуждаются в формировании у них мотивации к взаимодействию со звуковыми стимулами. Эта мотивация может быть сформирована только в общении с близким взрослым при целенаправленном воздействии.

Психическое развитие ребенка с нарушениями зрения и его социальная адаптация во многом зависят от ранней диагностики. Необходимость ранней диагностики нарушений зрения обусловлена тем, что критический период развития зрительной системы человека непродолжителен и ограничивается первым полугодием жизни ребенка (Л.И. Фильчикова, 1999; Л.И. Фильчикова, М.Э. Бернадская, О.В. Парамей, 2003).

Ограничение зрительного опыта в этот период, обусловленное различными заболеваниями органа зрения, приводит к необратимым морфофункциональным изменениям на всех уровнях зрительной системы ребенка и усугубляет первичный зрительный дефект. В то же время он является оптимальным для коррекции развивающихся зрительных функций ребенка. С целью предупреждения слепоты и слабовидения с детства необходима ранняя диагностика зрительных нарушений. От того, насколько быстро и точно поставлен диагноз, зависят результаты реабилитации детей с нарушениями зрения.

Диагностика заболеваний зрительной системы у детей раннего возраста является сложной задачей. У них невозможно использовать психофизические методы оценки зрения, применяемые во взрослой практике. Возникают значительные трудности в интерпретации офтальмоскопической картины, обусловленные особенностями глазного дна в первый год жизни ребенка. В этом возрасте даже у здоровых детей макулярные рефлексы не дифференцируются, а диск зрительного нерва может иметь белый или серый

цвет. В связи с этим особое значение имеют объективные методы диагностики, позволяющие выявлять нарушения зрения с первых дней жизни младенца.

### **Объективные методы диагностики нарушений зрения у детей раннего возраста**

Среди объективных методов исследования зрительной системы детей раннего возраста особое значение имеют электрофизиологические методы. К ним относятся электроретинограмма (ЭРГ) и корковые зрительные вызванные потенциалы (ЗВП). Для регистрации ЭРГ и ЗВП используют специализированные системы на основе современных компьютеров. Электрофизиологические методы дают возможность оценить морфофункциональное состояние сетчатки, проводящих путей и корковых зрительных центров, что позволяет вместе с клиническими проявлениями установить диагноз, судить о динамике процесса, результатах лечения, а также прогнозировать течение заболевания.

ЭРГ характеризует функциональное состояние нервных элементов сетчатки глаза, т.е. его периферического отдела. У детей раннего возраста регистрацию ЭРГ проводят под наркозом, что ограничивает использование этого метода в офтальмологической практике.

Наибольшее значение для выявления патологии зрения у детей раннего возраста имеют ЗВП (Л.И. Фильчикова, М.Э. Бернадская, О.В. Парамей, 2003). Они представляют собой суммарную биоэлектрическую реакцию зрительной проекционной области коры мозга и отражают морфофункциональное состояние всего зрительного анализатора (сетчатки, проводящих путей и корковых зрительных центров), что особенно важно для детей с поражением ЦНС. Кроме того, они позволяют оценить одну из основных зрительных функций — остроту зрения младенцев.

Метод ЗВП основан на записи биопотенциалов головного мозга, зарегистрированных через покровы черепа с помощью специальных электродов. Исследование ЗВП — безболезненная и абсолютно безвредная процедура для ребенка. При регистрации ЗВП в качестве стимулов используют вспышки света и черно-белые шахматные поля с различным размером составляющих их ячеек. В отличие от ЭРГ регистрация ЗВП не требует обезболивания или наркоза, что значительно расширяет возможности использования этого метода.

При оценке ЗВП необходимо учитывать возрастные особенности. ЗВП формируются в течение длительного периода онтогенеза. Наиболее быстрое их созревание происходит в первое полугодие жизни, затем более медленное — до 7 лет. Завершается формирование ЗВП к 13-15-летнему возрасту. Для каждого возрастного периода имеются свои характеристики ЗВП. Это позволяет не только выявить наличие патологии зрения, но и отклонения в темпе их формирования от возрастных нормативов, что вместе с клиническими данными помогает установить причину зрительных расстройств.

ЗВП представляют собой ряд позитивно-негативных колебаний (компонентов), которые отличаются амплитудой и латентностью, и измеряются в микровольтах и миллисекундах соответственно. При патологии зрения изменения ЗВП могут проявляться в нарушении компонентного состава, снижении амплитуды, увеличении латентности основных компонентов, или в отсутствии электрокорковой реакции.

В последние годы этот метод диагностики находит все большее применение в клинической практике, и решает следующие основные задачи:

- выявление нарушений зрения у детей раннего возраста;
- оценка остроты зрения;
- разграничение функциональных и органических поражений в зрительной системе ребенка;
- выявление скрытой патологии зрительного нерва и проводящих путей, которые не обнаруживаются при обычном офтальмологическом обследовании;
- ранняя диагностика врожденной глаукомы у младенцев и оценка стабилизации внутриглазного давления;
- определение необходимости и сроков хирургического вмешательства у детей с врожденными катарактами;
- оценка эффективности лечения и прогнозирование развития зрительных функций;
- исключение лишних лечебных манипуляций у детей раннего возраста, а в ряде случаев частых обследований под наркозом.

Первое исследование ЗВП необходимо проводить в раннем постнатальном периоде, желательно до двухмесячного возраста. Особенно это касается детей, которые относятся к группе «риска». В нее входят

недоношенные младенцы, дети с заболеваниями ЦНС и риском развития наследственных заболеваний зрения. Патологические отклонения в течении беременности и патология родов также являются показаниями для проведения исследования ЗВП. Поскольку для исследования ЗВП необходимо специальное оборудование его проводят в клиниках глазных болезней, в глазных отделениях детских клинических больниц, в консультативно-диагностических центрах.

### **Методы оценки остроты зрения у детей раннего возраста**

В диагностике нарушений зрения у детей раннего возраста значительные трудности представляет оценка остроты зрения. Острота зрения—базовая зрительная функция, которая лежит в основе зрительного восприятия ребенка. Снижение остроты зрения в раннем возрасте приводит к нарушению процесса зрительного восприятия и, как следствие, к задержке психического и двигательного развития младенца.

Стандартные тесты для оценки остроты зрения взрослых людей не подходят для не владеющих речью детей, так как они требуют определенного контакта с ребенком, который должен не только различить предъявленный стимул, но узнать его, корректно интерпретировать и реагировать на требования врача офтальмолога.

У детей раннего возраста оценить остроту зрения и выявить ее снижение можно только объективными методами (по поведенческим реакциям ребенка и с помощью ЗВП).

Среди объективных методов оценки состояния зрительных функций по поведенческим реакциям широко известен метод зрительного предпочтения (preferential-looking method — PL), который впервые был предложен Р. Фантцем в 1963 г. Несколько позже появились его различные модификации: метод вынужденного выбора (forced-choice preferential-looking method — FPL) и оперантного предпочтения (operant preferential-looking method — OPL).

Метод зрительного предпочтения состоит в анализе длительности зрительной фиксации младенцев при предъявлении одновременно двух карт: решетки и равного ей по освещенности однородного поля. Этот метод основан на врожденной способности младенцев, оказывать предпочтение структурированному объекту. Учитывая фиксацию взгляда и движения головы

ребенка, исследователь может сделать вывод о том, различает ли ребенок предъявляемую решетку или нет. Увеличивая пространственную частоту решетки (количество черно-белых полос), можно определить порог разрешения, т.е. предел, при котором ребенок оба стимула воспринимает как неструктурированные и фиксирует взгляд с равной вероятностью, как на решетке, так и на гомогенном поле.

D. Teller с соавт. (1974) предложили метод вынужденного выбора (FPL). Младенцу предъявляют на экране два стимула (структурированный и гомогенное поле) справа и слева от фиксационной точки. Во время каждого исследования наблюдатель находится за экраном и не знает позиции стимула. Он следит за движениями глаз и головы младенца через отверстие, расположенное ниже фиксационной точки. Заключение основывается на одном или более показателях: начале и длительности фиксации, движении головы и выражении лица ребенка. Внимание ребенка поддерживается постукиванием наблюдателя по центру экрана или показом слайдов между предъявлениями стимулов. Оптимальный возраст для использования этого метода 1—6 месяцев, когда младенец охотно следит за структурированными стимулами. Некоторые дети остаются чувствительными к тесту FPL до 9 или 12 месяцев.

У детей более старшего возраста используется техника оперантного предпочтения (OPL). Эта процедура была детально разработана D. Mayer, V. Dobson (1982). Ее отличие от метода FPL состоит в том, что для поддержания внимания и зрительного поведения детей применяются «подкрепляющие» стимулы (игрушки). Ребенку показывают игрушку только в том случае, если он опознает предъявляемый объект. Тестирование состоит из трех этапов: тренировки, во время которой ребенка обучают указывать рукой или взглядом на предъявляемый объект с тем, чтобы привести в действие «подкрепление»; этап — проверки, показывающий усвоил ли ребенок взаимосвязь между стимулом и «подкреплением», и заключительный этап — тестирования.

Эти методы обладают высокой точностью у детей раннего возраста и могут быть использованы не только для оценки остроты зрения, но и контрастной чувствительности и цветового зрения. Существенным недостатком этих методов, препятствующим их широкому применению в клинике, является длительность исследования, которое занимает от 1 до 1,5 часов.

Оптимальным методом оценки остроты зрения у детей раннего возраста является регистрация ЗВП на реверсию шахматных полей. В отличие от вышеописанных методов определение остроты зрения по ЗВП занимает от 10 до 20 минут. Он не требует словесного контакта с ребенком; необходимым условием является только фиксация взгляда на предъявляемом стимуле.

При определении остроты зрения ребенку вначале предъявляют шахматные поля с ячейками большого размера, затем постепенно снижают его до тех пор, пока регистрируют плохо различимый ЗВП. Этот размер ячеек соответствует остроте зрения ребенка.

У детей с патологией зрительного анализатора острота зрения имеет низкие значения, что значительно снижает количество зрительной информации, поступающей в корковые зрительные центры, и приводит к вторичным депривационным изменениям, усугубляющим первичный зрительный дефект. Все это отрицательно сказывается на психическом и двигательном развитии ребенка с глубокими нарушениями зрения. С целью предупреждения отставания в когнитивном и двигательном развитии ребенка необходима ранняя, с первых дней жизни, психолого-педагогическая коррекция психомоторного развития слепых и слабовидящих детей.

### **Психолого-педагогическая коррекция психомоторного развития детей раннего возраста с глубокими нарушениями зрения**

Психолого-педагогическую коррекцию психомоторного развития детей с глубокими нарушениями зрения необходимо начинать с первых дней жизни. Она должна проводиться в рамках ведущей деятельности ребенка. В младенческом возрасте — это *эмоциональное непосредственное общение*, предметом которого является взрослый человек.

Коррекционная работа должна основываться на полисенсорном характере восприятия ребенка, его реакциях на комплексные раздражители, на создании связей между сохранившимися анализаторами: слуховым, двигательным, кожным и т.д. При этом необходимо активизировать такие психические образования, которые меньше страдают от недостатка зрения и находятся в сензитивном периоде своего развития. Для решения этой сложной проблемы необходимы совместные усилия врачей, психологов, педагогов и



родителей, которые позволят предотвратить отрицательное влияние первичного дефекта на дальнейшее развитие и улучшить социальную адаптацию ребенка; помогут ребенку компенсировать недостатки развития, связанные с нарушениями зрения.

### **Основные этапы коррекционной работы со слепыми и слабовидящими детьми**

Коррекционная работа с детьми, имеющими глубокие нарушения зрения включает несколько этапов:

1 этап — оценка развития основных психических сфер ребенка (сенсорной, когнитивной, двигательной, коммуникативной, социальной, речевой, навыков самообслуживания). Перечень умений и навыков в различных сферах развития детей первого года жизни представлен в таб.1. При проведении скринингового обследования необходимо учитывать ряд важных факторов, отрицательно влияющих на психическое развитие ребенка с глубокими нарушениями зрения: степень выраженности зрительного дефекта, количество офтальмологических операций, недоношенность, время, проведенное в больнице, неврологический статус ребенка, эмоциональное состояние (тревога, депрессия) матери и характер ее взаимодействия с ребенком.

2 этап — по результатам скринингового обследования определяется общая стратегия работы и разрабатывается индивидуальная программа развития ребенка раннего возраста с глубокими нарушениями зрения. При разработке программы определяются основные направления, методы и приемы психолого-педагогической коррекции отклонений в развитии ребенка с глубокими нарушениями зрения.

3 этап — проведение коррекционных мероприятий и включение в этот процесс родителей. Современные технологии оказания консультативно-коррекционной помощи родителям, имеющим ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии, предполагают целый комплекс мероприятий: оказание психотерапевтической помощи родителям; повышение психолого-педагогической компетенции родителей: информирование родителей о специфике раннего психомоторного развития ребенка с нарушениями зрения; помощь в создании адекватной сенсорной и предметной среды;

консультирование родителей по вопросам формирования взаимодействия с ребенком; привлечение внимания матери к сигналам ребенка, обучение интерпретации поведения ребенка и взаимодействию с ним; обучение матери методам наблюдения за психическим развитием ребенка; демонстрацию приемов коррекции и обучение им матери, контроль специалиста во время самостоятельного выполнения родителем коррекционных приемов.

4 этап — оценка успешности проведенных мероприятий и определение дальнейшей тактики коррекционной работы.

*Таблица 1.* Оценка умений и навыков ребенка с нарушениями зрения в различных сферах развития от рождения до 1 года

Сфера развития	Умения и навыки
Сенсорная сфера	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фиксирует и прослеживает предмет</li> <li>• Затихает, услышав голос взрослого</li> <li>• Прислушивается к звуку игрушки</li> <li>• Поворачивается в сторону источника звука</li> <li>• Исследует предметы тактильно</li> </ul>
Когнитивная сфера	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имитирует звуки, жесты или действия</li> <li>• Проявляет неудовольствие, когда теряет игрушку или предмет</li> <li>• Демонстрирует понимание постоянства предметов</li> <li>• Начинает демонстрировать понимание простых причинно-следственных связей и выделять способы достижения цели</li> </ul>
Коммуникативная	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улыбается</li> <li>• Устанавливает контакт глаза-в-глаза или лицо-к-лицу</li> <li>• Лепечет</li> </ul>

сфера и развитие речи	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Смеется</li> <li>• Понимает значение слова «нельзя»</li> <li>• Откликается на собственное имя</li> <li>• Произносит 1 слово</li> </ul>
Социальная сфера	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Устанавливает контакт глаза-в-глаза или лицо-к-лицу</li> <li>• Улыбается</li> <li>• Узнает родителей и членов семьи</li> <li>• Тянется к знакомому человеку</li> <li>• Плачет, когда родители уходят</li> </ul>
Общая моторика	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Удерживает голову в вертикальном положении или лежа на животе</li> <li>• Переворачивается</li> <li>• Сидит</li> <li>• Ползает</li> </ul>
Тонкая моторика	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Схватывает предметы</li> <li>• Сводит руки к средней линии тела</li> <li>• Тянется к предметам с опорой на зрение или слух</li> <li>• Ищет упавшую игрушку</li> <li>• Исследует предметы (хлопает по ним, трясет, толкает, сжимает, ударяет друг об друга)</li> </ul>
Самообслуживани е	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Придерживает руками грудь матери, когда сосет ее</li> <li>• Удерживает бутылочку и пьет из нее</li> <li>• Ест продукты, которые нужно брать пальцами рук</li> <li>• Ест с помощью ложки</li> </ul>

Основные направления коррекционной работы со слепыми и слабовидящими детьми первого года жизни

*Социально - эмоциональное развитие*

В младенческом возрасте огромное значение для благополучного психического и физического развития имеет непосредственное эмоциональное общение ребенка и матери. Показателем нормального эмоционального развития является постепенное формирование привязанности ребенка к близкому взрослому. Глубокие нарушения зрения затрудняют возможности ребенка вступить в активное взаимодействие с окружающими. Развитие привязанности зависит от способности слепого младенца идентифицировать мать или другого близкого взрослого на основе слуховых, тактильных и других не зрительных модальностей. Другой важный момент, влияющий на ход эмоционального развития ребенка – это способность матери адекватно интерпретировать поведение ребенка с нарушением зрения во время взаимодействия.

Первым актом общения ребенка, свидетельствующим о выделении взрослого является комплекс оживления. У детей с глубокими нарушениями зрения формирование комплекса оживления занимает большее время, чем в норме, в силу того, что ребенок не в состоянии различать изменения экспрессии лица матери. В первоначальной форме при эмоциональном обращении взрослого к слепому ребенку может наблюдаться обратная реакция – не оживление, а торможение двигательных реакций и вокализаций (если они предшествовали эмоциональному речевому обращению взрослого), иногда ребенок может даже отворачивать голову в сторону. Если мать ребенка не информирована о том, что этот комплекс реакций является нормальным для слепого ребенка и говорит о том, что он включен в общение, то она может неверно его интерпретировать – как нежелание контакта. Поэтому в данной сфере развития более важно то, как взрослый выстраивает взаимодействие с ребенком. Для активизации развития комплекса оживления у слепого ребенка необходимо при общении с ним каждый раз использовать тактильный и эмоционально окрашенный речевой компоненты одновременно: чаще прикасаться к ребенку и использовать выразительные средства своего голоса (громкость, интонация, тембр) для того, чтобы сообщить ребенку о своем эмоциональном состоянии. Необходимо поощрять попытки ребенка ощупывать лица родителей во время взаимодействия с ними. Важно чаще наблюдать за ребенком, что позволит не пропустить те знаки, которые посылает ребенок в

качестве инициации контакта с матерью. Необходимо, чтобы в ответ на инициацию ребенка привлечь взрослого, он отвечал позитивным и более длительным контактом, включающим все компоненты (тактильный и речевой). Постепенно слепой малыш научится различать маму и чужих людей, основываясь на запахе, исходящем от человека, характере движений взрослого (как берут на руки, как держат), по голосу. Проявлением развития привязанности является предпочтение рук матери, беспокойство и плач, если на руки ребенка возьмет незнакомый ему человек.

Неотъемлемой частью эмоционального развития является включение общения в практическое сотрудничество ребенка с взрослым. Во время кормления, смены одежды, а также специальных занятий нужно разговаривать с ребенком, эмоционально комментируя совершаемые как ребенком, так и взрослым действия. Это важно делать, даже в том случае, если слепой малыш не проявляет выраженной реакции. Интонация взрослого должна быть размеренной, распевной, ласковой. В этом возрасте обращенная речь взрослого служит средством установления эмоционального контакта с ребенком. Постепенно при взаимодействии с взрослым у ребенка будут появляться улыбка, смех, различные голосовые реакции.

#### *Сенсорное развитие*

Для развития зрительных реакций необходимо проводить занятия, направленные на формирование зрительного сосредоточения и, если позволяет остаточное зрение – фиксации и прослеживания предмета. Начинать эти занятия нужно как можно раньше, поскольку именно в первые месяцы жизни зрительная система является наиболее чувствительной к внешним воздействиям. Чтобы в первые недели жизни привлечь внимание ребенка с глубокими нарушениями зрения используют максимально яркие предметы. Наиболее удачными из них являются фонарик (это может быть фонарик-ручка с хорошо сфокусированным лучом, как, например, фонарик невропатолога), лампа, флуоресцентные игрушки, блестящие предметы, картинки и предметы с контрастным рисунком. Максимальным контрастом обладает черно-белый рисунок. Для привлечения внимания ребенка со значительным снижением зрения желательно сочетание контраста и движения. Если этого недостаточно, нужно пытаться привлечь внимание младенца к предмету звуком (голосом,

звуком погремушки, постукиванием по предмету и т.п.). Расстояние от глаз ребенка до картинки или предмета должно подбираться индивидуально в зависимости от степени сохранности зрительных функций и может колебаться от непосредственно у самых глаз до 30 см.

Для развития зрительного сосредоточения и прослеживания зрительный стимул необходимо перемещать в горизонтальной плоскости вверх, вниз, вправо, влево и по кругу, по диагоналям. Если у ребенка будут наблюдаться выраженные зрительные реакции на уже подобранном для него оптимальном расстоянии, можно попытаться вызвать зрительные реакции, немного увеличив расстояние стимула от глаз ребенка, и затем приближая его обратно. Зрительные реакции необходимо развивать, когда ребенок находится в разных положениях: лежа на спине, на животе, в вертикальном положении на руках у взрослого. Если у ребенка есть зрительные реакции в одном из этих положений, это не значит, что они автоматически будут присутствовать, когда ребенок находится в другом положении. При изменении позы ребенок должен освоить зрительные реакции снова.

В первые месяцы жизни зрячие дети с удовольствием разглядывают лицо взрослого. Для детей с остаточным или значительно сниженным зрением лицо человека не является таким привлекательным стимулом, так как они не в состоянии отчетливо разглядеть черты лица. Для того чтобы привлечь внимание ребенка к лицу взрослого, специалисты советуют родителям подкрашивать его, выделяя брови, глаза, рот. С этой же целью можно подвешивать картинку с контурным изображением лица человека над кроваткой ребенка (ширина контура должна быть подобрана индивидуально).

Для развития инициативных движений глаз по поиску зрительного стимула у ребенка с остаточным зрением нужно пытаться вызвать перевод взгляда с одного источника света на другой как в горизонтальной так и в вертикальной плоскостях. Необходимо варьировать положение ребенка во время занятий со зрительными стимулами. Для развития зрительных реакций можно использовать фонарики, цветные игрушки и/или картинки. При этом важным требованием к цветным игрушкам является насыщенность цвета и количество цветов (не более 2-3-х). Если позволяет остаточное зрение необходимо предъявлять ребенку разные силуэтные и/или контурные

изображения реальных предметов, резко отличающиеся друг от друга по форме. Коррекционная работа на этом этапе развития должна быть направлена на формирование мотивации к восприятию зрительного стимула, способности его обнаруживать, выделять из общего фона и различать. Чтобы облегчить эту задачу специалисты и родители должны предоставлять ребенку такие стимулы, которые он может увидеть, т.е. с улучшенными различительными характеристиками (максимальным контрастом, яркостью, насыщенностью цвета и т.д.).

Для развития слухового восприятия ребенка со сниженным зрением необходимо с первых недель жизни формировать слуховое сосредоточение на звуковых раздражителях разной громкости и частоты звучания. Перед тем как предъявить стимул обязательно нужно ласково сказать ребенку несколько слов. Это делается для того, чтобы еще ничего не значащий стимул связывался с жизненно важным объектом для ребенка – мамой.

К 3 месячному возрасту необходимо начинать первые шаги по развитию способности различать звуковые стимулы и поворачивать голову в сторону источника звука. Освоение этого навыка достаточно трудно и происходит оно в течение гораздо большего времени. Для развития навыка поворота головы в сторону источника звука можно использовать тактильное подкрепление, которое должно быть эмоционально окрашено (прикосновения, поцелуи, ласки). Это будет способствовать образованию связи между слуховыми и тактильными ощущениями. Для того чтобы разнообразить сенсорный опыт слепого малыша, помимо погремушек, бубенчиков, колокольчиков можно предложить ему для игры пластиковые флаконы, наполненные различными сыпучими продуктами: гречкой, рисом, горохом, фасолью, сахаром или макаронами. Все эти наполнители имеют разную частоту звучания, и будут развивать слуховые ориентировочные реакции ребенка.

Для развития слухового восприятия слепого малыша необходимо, прослушивая разную музыку (спокойную, быструю), держать ребенка на руках и двигаться в такт музыке. Вместе с тем, ухаживающие за слепым ребенком взрослые должны помнить, что совершенно недопустимо, чтобы малыш находился в комнате, где *постоянно* работает радио, телевизор или магнитофон. Иногда родители используют их в качестве *единственного* средства, чтобы

успокоить или занять ребенка. Поскольку развитие слуха очень важно для слепого ребенка, с самого рождения он должен находиться в потоке *естественных бытовых звуков* (шаги матери, шум кипящего чайника и работающего холодильника, звонок телефона и т.п.).

Приблизительно с 6 месяцев можно начинать учить ребенка находить рукой источник звука. Для этого следует многократно направлять руку ребенка к источнику звука в совместном движении с взрослым. Вначале ребенок должен освоить направление перед собой, затем — справа, слева и над головой.

Развитие тактильного восприятия является неотъемлемой частью психолого-педагогической коррекции развития детей с глубокими нарушениями зрения. Для стимуляции тактильных ощущений необходимо разнообразить предлагаемые ребенку для манипуляции предметы по материалу, из которого они сделаны, текстуре, форме, весу. С этой же целью можно класть ребенка на тканевые поверхности с различной текстурой (шелковые, хлопчатобумажные, бархатные, вельветовые, тюлевые и т.д. ткани). Предварительно нужно раздеть ребенка, поскольку он должен получать ощущения от всего тела.

Для развития тактильных ощущений ребенка можно использовать все поверхности предметов и мебели, находящихся в доме (деревянные, стеклянные, металлические, тканевые и т.д.). Взяв ребенка на руки спиной к себе, нужно его ручкой (или ступней) провести по поверхности, сопроводив это движение словами, описывающими качество возникающего от соприкосновения ощущения.

#### *Двигательное развитие*

Ребенок с глубокими нарушениями зрения отличается, как правило, меньшей подвижностью. Для активизации его собственных движений необходимо создать оптимальные условия. Для того чтобы обеспечить свободное движение, рекомендуется с самого рождения одевать ребенка в ползунки и свободную распашонку.

Для развития вестибулярного аппарата слепого малыша необходимо чаще брать его на руки и двигаться вместе с ним. Передвигаясь вместе с взрослым, малыш совершает пассивные движения, которые способствуют развитию его вестибулярного аппарата. Помимо развития вестибулярного аппарата, это также обеспечит хороший телесный контакт между родителем и ребенком, который



необходим для комфортного эмоционального состояния малыша. Он будет себя чувствовать спокойно и защищено.

Для формирования нормального телосложения ребенка необходимы специальные занятия – гимнастика. В процессе занятий гимнастикой формируются правильные двигательные стереотипы. Первые гимнастические упражнения должны строиться на базе врожденных двигательных рефлексов, к которым относятся: хватательный рефлекс, рефлекс Галанта, рефлекс ходьбы, рефлекс ползания, рефлексы положения (позы) и расположения частей тела. Купание в детской ванночке и особенно плавание в большой ванне – также очень хорошая возможность для развития движений малыша.

В течение дня необходимо чаще менять положение ребенка, когда он лежит в кроватке: класть его не только на спину, но и на живот, на бок (каждый раз меняя сторону). В положении лежа на животе нужно стимулировать попытки ребенка поднимать голову. Если у младенца есть остаточное зрение, то в этом положении нужно привлекать его внимание ярким источником света или предметом. Если у ребенка нет остаточного зрения, необходимо использовать такие подкрепляющие стимулы, как тактильный и слуховой. При каждой попытке малыша поднять голову, необходимо хвалить и целовать его. Хорошей подготовкой к следующему этапу двигательного развития могут стать совместные с ребенком повороты из положения лежа на спине вправо, влево, в положение сидя. Тренировке вестибулярного аппарата ребенка также будут способствовать покачивания ребенка в позе «эмбриона» в различных направлениях: вперед-назад, вправо-влево, по кругу. Полезными для ребенка будут и покачивания на мяче.

В период от 3 до 6 месяцев в занятиях с ребенком можно начинать использовать самые простые пассивные движения рук с 3-х месяцев и ног – с 4-х месяцев, совершаемые с помощью взрослого.

В этот период также необходимо начинать учить ребенка перемещаться из одного положения в другое (например, из положения лежа на спине на бок и потом на живот). Необходимо продолжить покачивания на мяче добавив новое положение - лежа на спине. Для совершенствования у слепого ребенка умения лежать на выпрямленных в локтевом суставе руках, опираясь на ладони необходимо заниматься тренировкой опоры на кисти рук.

Для того чтобы подготовить ребенка к последующему ползанию, необходимо поощрять его совершать попытки продвинуться вперед (из положения лежа на животе), погремев любимой погремушкой, расположенной в нескольких сантиметрах от его рук и одновременно дав опору его ногам и подталкивая его вперед.

Для общего психического развития слепого ребенка или ребенка с выраженным снижением зрительных функций такой сенсомоторный опыт как ощупывание собственного тела играет значительную роль. В возрасте от 3 до 6 месяцев особое внимание необходимо обратить на формирование таких координаций как: рука-рот, рука-рука, рука-голова, рука-лицо, рука-корпус тела, рука- колено, рука-ступня. Для их формирования проводить специальные игры, во время которых взрослый совершает совместные действия с ребенком. Необходимо также активизировать собственные действия ребенка. Развитие этих двигательных координаций является базой для последующего формирования представлений ребенка о собственном теле и его ориентации в пространстве.

К 6-7 месяцам ребенку нужно предоставить большее пространство для осуществления самостоятельных движений. Для этого лучше, если ребенок будет проводить время бодрствования уже не в кроватке, а на полу. Можно отгородить часть комнаты, перемещение в которой было бы безопасно для ребенка. Из нее нужно убрать не слишком устойчивую мебель и предметы, представляющие опасность для ребенка. Тем не менее, это пространство не должно быть пустым. В пределах досягаемости (на расстоянии вытянутой руки ребенка) нужно расположить игрушки, чуть дальше — небольшие подушки. Если ребенок играет на полу, он, перекатываясь к стене, дивану, под стол, начинает осваивать окружающее его пространство.

В этот же период необходимо начинать учить ребенка самостоятельно сидеть, перемещаться из положения лежа на спине в положение сидя, из положения лежа на животе в положение на четвереньки, из положения сидя на голени в положение стоя. При этом важно многократно показывать, последовательность необходимых действий. Обучая ребенка перемещаться из положения лежа на животе в положение сидя, и из положения сидя на коленях

в положение стоя, необходимо показать как использовать в качестве опоры предметы мебели.

Для развития чувства баланса хорошо подходят совместные с взрослым подпрыгивания в положении сидя на пружинящем диване, и все виды игр, когда взрослый подбрасывает бедрами сидящего у него на коленях ребенка. Во время этих игр по мере развития у ребенка умения удерживать равновесие нужно постепенно ослаблять степень поддержки. Приблизительно к 8,5 месяцам, слепой ребенок может научиться самостоятельно сидеть, удерживая равновесие.

Некоторые зрячие и многие слепые дети пропускают в своем двигательном развитии стадию ползания. Однако ползание укрепляет все мышцы тела ребенка. Специалисты отмечают, что слепые дети, которые ползают, имеют лучшую координацию движений, чем те, кто пропустил эту стадию развития. Прежде, чем ребенок начнет ползать, необходимо научить его стоять на четвереньках. Для этого сначала нужно освоить позу сидя на коленях.

При обучении ребенка умению ползать необходимо, прежде всего, создать ситуацию, в которой он был бы мотивирован переместиться в пространстве. Для этого необходимо привлекать ребенка любимой звучащей игрушкой (или голосом), касаясь его рук, затем постепенно отодвигать ее. Одновременно нужно обеспечить ребенку опору ногам и подталкивать его вперед. Полученный ребенком опыт во время ползания является очень важным для ориентировки в пространстве и последующего умения ходить.

В возрасте 10-11 месяцев, если ребенок уже может устойчиво стоять, держась за опору, и делать вдоль нее несколько шагов боком, можно начинать учить его ходить по комнате. Слепой ребенок обычно может идти на голос родителей. Поэтому при обучении ребенка ходьбе взрослый должен находиться перед ребенком. Взрослый может держать ребенка за руки или дать ему в руки небольшой обруч, за который ребенок будет держаться во время ходьбы. Следует называть предметы, встречающиеся на пути, вместе с ребенком ощупывать их и описывать ощущения, возникающие от прикосновения к предмету.

*Развитие движений рук и действий с предметами*

Слепой малыш не имеет возможности усвоить действие через зрительное подражание взрослым. Поэтому первоначально действие должно выполняться им вместе с взрослым. Очень важно, чтобы совместные с взрослым действия не вызывали у ребенка негативных реакций. Их нужно совершать в мягкой манере и в медленном темпе, но достаточно четко. Позднее, по мере того как ребенок будет овладевать тем или иным действием, нужно предоставить ему возможность самостоятельно выполнить ту часть действия, которую он уже освоил, а закончить действие может взрослый. Затем взрослый может только направлять руки ребенка. На завершающих этапах обучения тому или иному действию достаточно будет лишь речевого побуждения или комментария взрослого.

В период с 1 до 3 месяцев можно начать вкладывать ребенку в руку погремушки и предметы, сделанные из разного материала (пластмассовые, деревянные, резиновые и т.д.). Для формирования правильного захвата (противопоставление большого пальца всем остальным) погремушка должна иметь определенную конструкцию. Лучше подходят погремушки, имеющие форму гантели или телефонной трубки. Приблизительно к трем месяцам у ребенка формируется первая координация рука-рот, и он начинает тянуть вложенные в руку предметы в рот. Не нужно запрещать это делать, поскольку в младенчестве рот ребенка является активным познающим органом. В этом возрасте также можно начать играть с ручками ребенка: вкладывать в ручки ребенка свои пальцы, поглаживать, потряхивать ручки ребенка, перебирать его пальчики.

Когда ребенок находится в кроватке, необходимо подвешивать над ним различные звучащие предметы (погремушки, колокольчики, бубенчики, браслеты, бусы и т.п.). Эти предметы должны быть подвешены горизонтально над руками ребенка на таком расстоянии, чтобы ребенок, разогнув руку в локте, мог произвольно натолкнуться на них. Также следует подвешивать звучащие игрушки и над ногами ребенка. Подвешивать предметы над ногами сначала нужно достаточно низко, для того чтобы при любом движении ногой ребенок задевал висящий предмет. Затем, по мере развития способности малыша поднимать ножки, необходимо подвешивать предметы выше. Подвешенные игрушки будут провоцировать ребенка совершать более активные

движения. Чтобы поддержать интерес ребенка к подвешенным предметам, необходимо иметь несколько комплектов игрушек, меняя их каждые 3-4 дня. Важно заметить, что подвешивать игрушки нужно либо над руками, либо над ногами, но не одновременно.

Следующим этапом в развитии движений рук является стимуляция и обучение ребенка захвату разных по форме, текстуре и весу звучащих предметов, которыми взрослый касается кистей, живота, предплечья, коленей ребенка. Важно подбирать удобные для захвата предметы. Лучше, чтобы предлагаемые ребенку предметы имели подвижные части. Это будет способствовать более продолжительной манипуляцией предметом. Далее необходимо учить ребенка перекладывать предмет из одной руки в другую, отпускать его и совершать с ним элементарные действия (трясти, сжимать, ощупывать, стучать и т.д.). Все действия, которым обучают ребенка должны тренироваться сначала пассивно, затем пассивно-активно и активно. Важно, чтобы взрослый комментировал совершаемые им или ребенком действия, а также называл предметы, которые используются во время игр. Необходимо многократное повторение взрослым нового действия, которому обучают ребенка. В совместной с ребенком предметной деятельности необходимо создать условия для того, чтобы у него возникла связь слова с обозначаемым предметом. Также важно помнить, что именно взаимодействие с взрослым мотивирует слепого ребенка к освоению предметного мира. Речь взрослого не только привлекает внимание ребенка к предмету, но и позволяет руководить способами выполнения действий, оценивать их успешность. Во втором полугодии жизни особое внимание следует уделить целесообразности движений ребенка и их предметной направленности.

Процесс формирования предметных действий на втором году жизни направлен как на развитие действий обследования предметов, так и на изучение их конкретных признаков и свойств.

Важно, чтобы ребенок понимал целесообразность предметных действий, позволяющих достичь положительного результата. Так, например, только при правильном положении пальцев руки можно достать из прорези фигуру, или опустить в прорезь фигуру соответствующей формы. Успешность предметно-практического исполнения действия зависит как от степени сформированности

у ребенка представления о предмете, так и от понимания самого процесса выполнения действия.

Процесс обследования предмета следует четко организовывать, начиная с главных деталей и действий с ними и только затем акцентировать внимание на выделении дополнительных, не основных признаков и свойствах. Также необходимо постепенно расширять круг игрушек и предметов, обогащающих представления слепого ребенка о мире.

В этом возрасте для развития орудийных и предметно-практических действий можно использовать такие игрушки как карусель с колокольчиками, рамка с бубенцами и молоточком, рамки и коробки с вкладышами, платформа - молоток и гвозди, а также специальные игры (например, игра «Надень фигуру на колышек» и т. п.).

Если со слепым ребенком не проводить регулярных занятий и игр, его действия с предметами останутся на уровне неосознанных, хаотичных манипуляций. Иногда слепые дети долго пользуются оральным (с помощью рта) способом обследования предметов и не используют другие способы. Для преодоления такого недостатка необходимо учить детей использовать обоняние (различать запахи пищи, парфюмерии, бытовые запахи) и слух (учить дифференцировать звуки домашней обстановки, игрушек, музыки и природы).

Культура осязательного восприятия должна формироваться до тех пор, пока рука не станет для ребенка главным средством исследования предметного мира, ведь «рука для слепого – все равно, что глаз» (И.М. Сеченов).

Постепенное обучение слепого ребенка обследованию игрушек, предметов реального мира, а также активному взаимодействию со взрослым обеспечивает слепым детям необходимые сенсорные впечатления об окружающей действительности. Все это становится основой для развития их познавательного интереса.

Если не заниматься со слепым ребенком, у него может возникнуть резкое отставание в психофизическом развитии. Это проявляется в отсутствии обследующих действий руки, отторжении предлагаемых игрушек, примитивных манипуляциях, навязчивых движениях и пассивности ребенка при контакте с окружающим миром. Часто у таких детей встречаются эхоталии – произвольные повторения услышанных звуков, слов или фраз. При

недостаточности чувственного опыта и предметно-практических действий у слепых детей может появиться вербализм.

На втором году жизни следует знакомить детей с домашней обстановкой, предметами быта, особенно с той частью помещений, где ребенок находится чаще всего. Если у ребенка есть остаточное зрение, то при обследовании предметов с помощью осязания или при ориентации ребенка в пространстве с использованием слуха необходимо учить его выделять те зрительные признаки предметов, которые он в состоянии различить. При этом важно, чтобы предметы и объекты, с которыми сталкивается незрячий ребенок, были ярко окрашены, а помещение - хорошо освещено. Это позволит ему использовать остаточное зрение. Таким детям наряду с медицинскими средствами, рекомендуются педагогические средства коррекции: рассматривание светящихся электрических игрушек с мигалками, фонариков и различных световых изображений для стимуляции зрительного анализатора. Иногда у слепых детей с остаточным зрением имеется только восприятие света и цвета. В этом случае важно учить детей выделять эти признаки в окружающих предметах, что впоследствии поможет узнавать свою одежду, игрушки, предметы быта и поможет ориентироваться в пространстве.

#### *Первые вокализации и речевое развитие*

В период от 1 до 6 месяцев в развитии вокализаций ребенок переходит от произнесения отдельных звуков к активному певучему гулению и, затем к произнесению слогов. В этот период необходимо поддерживать все вокализации ребенка, повторяя их за ним во время эмоционального общения. Для активизации переключек с малышом в первые месяцы жизни напевно с различными интонациями и с разной громкостью нужно произносить как отдельные гласные звуки (а, о, у, и) и их сочетания (ау, уа, иа, аи), так и первые сочетания гласных и согласных звуков (агу, агы). Во время стимуляции переключек важно делать паузу, предоставляя ребенку возможность включиться во взаимодействие. Первые слоги (ма, па или ба) у большинства детей появляются к 6 месяцам. В период от 6 до 12 месяцев появившиеся в арсенале ребенка слоги также необходимо включить в переключки, повторяя один и тот же слог несколько раз. Хорошо сочетать произнесение слогов с ритмичными

движениями вместе с ребенком. Играя с ребенком, постепенно необходимо добавлять слоги, которых еще нет в лепете ребенка и побуждать его повторять их.

Для предотвращения появления вербализма у слепого ребенка уже на самых ранних этапах развития особое внимание следует уделить обучению лепетным словам и звукоподражаниям. Обучение первым словам должно происходить в простых совместных с взрослым предметных действиях. Нужно обязательно соотносить слово с совершаемым ребенком действием (на, дай, бах) и с предметом (игрушкой), которым он занят.

Речь окружающих людей для слепого ребенка является особенно привлекательной, даже если они не всегда понимают ее смысл. Желание детей подражать речи взрослых подчас приводит к эхоталии - повторению того, что они слышат, иногда даже без осознания подлинного смысла речи. Довольно часто слепые дети не понимают слов, обозначающих предметы, их признаки и качества, а также действия с ними.

Для полноценного развития слепому ребенку необходимо обеспечить условия для соотнесения смысла слов с их предметно-практическим содержанием. Важно, чтобы у ребенка была возможность наблюдать и понимать предметно-практические действия взрослых и слышать их речевые пояснения. Предлагая детям обследовать предмет, следует продумать, последовательность изучаемых признаков, приемов обследования, а также названия каждого признака. Словесное обозначение выделенных признаков будет способствовать обогащению смысловой стороны речи и ее предметной соотнесенности. Только в этих условиях преодолевается вербализм, часто возникающий у незрячих детей из-за отсутствия их соответствующего воспитания и обучения.

При направленном воспитании у слепого ребенка на втором году жизни уже формируется фразовая речь. Для правильного произношения важно развитие фонематического слуха, поэтому дети должны слышать четкую и грамотную речь. Вместе тем, у значительной части слепых детей возникают трудности при произношении звуков. Для преодоления нарушения звукопроизношения следует учить детей тактильно-кинестетическому анализу работы артикуляторного аппарата у взрослого человека. Без этого у них не



будут сформированы представления об образовании звуков. Такие дети часто нуждаются в помощи логопеда, знающего, как работать над восстановлением произношения у слепых детей. Эта работа имеет свою специфику, так как у слепых детей нет зрительного образа движения губ, языка.

*Развитие навыков самообслуживания у слепых детей*

Приблизительно с 3-х месячного возраста необходимо во время каждого кормления класть обе руки ребенка на грудь мамы или бутылочку, сверху придерживая ее своими руками. Со временем малыш научится сам удерживать бутылочку, и помощь взрослого будет состоять лишь в том, чтобы слегка придерживать дно бутылочки.

Как только малыш научиться хорошо удерживать предметы в руке, во время прикармливания можно давать ему ложку. Пусть он стучит ею по столу или по тарелке – это первый этап в овладении ложкой. В результате он привыкнет к тому, что ложка сопровождает процесс еды. Столь раннее введение ложки необходимо потому, что, если у слепого ребенка выработался жесткий стереотип той или иной последовательности действий, то вводить новые предметы или изменять характер действий в более позднем возрасте будет достаточно трудно.

При прикармливании ребенка с ложки, следует сопровождать свои действия речью. Нужно поощрять и хвалить ребенка за самые маленькие проявления самостоятельности. Открывание рта в ответ на просьбу взрослого – это уже большой шаг вперед для малыша.

Второй этап. В начале кормления, когда ребенок голоден, нужно дать ему ложку в руку, и помочь поднести ложку ко рту. Со временем нужно постепенно увеличивать количество «совместных ложек». Начиная со второго этапа овладения ложкой важно правильно держать ребенка на руках во время кормления. Ребенок должен сидеть у взрослого на коленях, прислонясь спиной к его груди. Тарелка при этом стоит на столе перед ребенком. Это положение позволит выработать правильный стереотип движения руки ребенка, когда он ест с помощью ложки. Во время кормления нужно предоставлять ребенку возможность исследовать тарелку руками, ртом. Сначала, пусть он обследует пустую тарелку. Затем нужно задержать руки ребенка на дне тарелки и начать наполнять ее пищей. Пища не должна быть горячей. Промежуточным этапом

между совместным и самостоятельным действием ребенка является практически самостоятельное выполнение ребенком всего рисунка движения, когда взрослый лишь слегка поддерживает предплечье ребенка снизу и направляет его движения.

Третий этап. Когда ребенок сможет хотя бы раз опустить ложку в тарелку и потом поднести ее ко рту самостоятельно, нужно будет уделить особое внимание наполнению ложки. Это движение еще очень долго (приблизительно до 3, 5 лет) будет достаточно сложным для ребенка, и поэтому нужно производить его совместно. Обучая ребенка пользоваться ложкой, следует комментировать все совершаемые действия речью.

Приблизительно с 6 месяцев необходимо начинать давать ребенку пить из чашки. Чашка должна быть легкая (лучше пластмассовая) и небольшая. Не стоит приучать ребенка пить из чашки с носиком, поскольку потом его будет трудно от этого отучить. На первых этапах в чашке должно быть совсем немного жидкости – приблизительно на 2-3 глотка. Жидкость не должна быть слишком горячей или холодной, поскольку это вызовет сильные термические ощущения у ребенка, и он может отказаться от выполнения данного действия. Нужно положить ручки ребенка на чашку, обхватив их сверху своими руками и напоить его. Постепенно, от раза к разу, взрослому нужно уменьшать свое усилие по придерживанию чашки, доводя помощь лишь до того, чтобы слегка придерживать дно чашки. Также со временем можно будет увеличивать количество жидкости в чашке. Процесс овладения навыком питья из чашки достаточно долгий: ребенок научается самостоятельно пить из чашки приблизительно к возрасту 1 год 7 месяцев – 1 год 9 месяцев.

Для кормления ребенка необходимо правильно организовать место приема пищи. Слепые дети часто роняют предметы, сидя за столом без бортиков для удержания предметов. На втором году жизни действия слепого ребенка еще не достаточно точны, чтобы выполнять все действия правильно и аккуратно. Поэтому необходимо использовать не бьющуюся посуду, удобную и легкую для ребенка. Размер ложек и других предметов сервировки должен соответствовать размеру руки ребенка и быть приятным на ощупь. Холодная и громоздкая посуда будет отторгнута незрячим ребенком из-за осязательного дискомфорта.

Важно дать детям возможность обследовать место, где они будут есть: как устроен стол, стул; где стоит тарелка, чашка, ложка, лежит хлеб и др. Это снимет у ребенка страх перед неизвестным местом и предметами, которыми он должен пользоваться во время еды.

Затем ребенка знакомят с каждым предметом в отдельности, показывают и объясняют, как им пользоваться. Детям показывают, как удобно садиться и сидеть на стульчике, повторяя показ этого действия до тех пор, пока они не научатся выполнять их самостоятельно. Далее следует знакомить детей с посудой, начиная с выделения основных признаков и действий с ней. В начале дети действуют совместно с взрослыми, затем могут выполнять действия самостоятельно под контролем и с необходимой помощью взрослых. Для этого ребенку дают возможность самому действовать во время еды (налить воду в чашку, перелить воду в кружку, положить в чашку ложку сахарного песка, налить ложку молока и помешать ложечкой). Так дети учатся совместно с взрослыми наливать жидкость в чашку, класть кашу на тарелку, раскладывать хлеб в хлебницу, расставлять все на столе. Такие действия слепым детям интересны и важны для формирования самостоятельной деятельности.

Мера самостоятельности ребенка зависит от его возможностей. Важно помнить о том, что в начале ребенок должен иметь представление о том, где он сидит и, какие предметы его окружают, как они расположены относительно него, и как он ими может действовать.

Процесс питания следует начинать с формирования у детей строгого алгоритма действий: мытье рук перед едой, одевание нагрудничка или салфетки, раскладывание на столе салфеток, контроль чистоты стола.

Следует учить слепых детей использовать обоняние и осязание для воспитания аккуратности и чувства удовольствия от вымытых рук и лица. Так они начинают понимать, как приятно пахнут чистые руки после мытья, кожа становится чистой, скрипит и т.д. Таким образом, начинает формироваться один из путей познания самого себя и окружающего мира. Для слепого ребенка запах собственного чистого тела является обязательным гигиеническим навыком, который приносит радость и удовольствие. При этом помощь взрослого должна сводиться к показу действий и коррекции условий, обеспечивающих детям возможность самостоятельного выполнения. Если ребенок долго ищет

предмет, надо подвинуть его к руке, если затрудняется в удержании ложки - поддержать ее, не отнимая у ребенка; если не находит пищу в тарелке - поменять положение тарелки по отношению к ложке, которую держит ребенок. Так можно снять трудности, не прерывая действий ребенка и помочь ему в достижении положительного результата. Если ребенок левша, его не следует переучивать держать ложку в правой руке, это мешает развитию его мыслительной деятельности. У детей раннего возраста мышление носит предметно-действенный характер, поэтому их следует поощрять к активному взаимодействию с окружающими предметами – это основной путь развития детского мышления в данный период жизни.

#### *Овладение навыками раздевания и одевания*

Перед началом обучения ребенка умению самостоятельно одеваться, нужно продумать место хранения его одежды. Одежда ребенка должна находиться в доступном месте, чтобы он имел возможность легко ее находить и обследовать. Для формирования у детей привычки соблюдать порядок следует выделить постоянные места хранения вещей разного назначения. Это требование крайне важно для детей с глубокими нарушениями зрения.

В возрасте около 11-14 месяцев ребенок уже может принимать участие в процессе одевания или раздевания. Это проявляется в том, что ребенок совершает действия, помогающие взрослому его одеть или раздеть. Например, ребенок может начать проявлять усилия, чтобы протолкнуть ручку в рукав или ножку в штанину. Заметив подобные действия ребенка, нужно обязательно их поощрять. Процесс одевания ребенка должен происходить в замедленном темпе, совершенно недопустимо обращаться с ребенком, как с куклой. Все совершаемые взрослым действия также нужно сопровождать словами. При обучении ребенка навыкам одевания и раздевания взрослый должен быть внимателен к тому, что ребенок уже умеет делать сам и стараться не делать это действие за него.

Особое значение имеет период обучения слепого ребенка различным операциям с одеждой: застегивание пуговиц, завязывание узлов, шнуровка ботинок, открывание застежек на липучках, кнопках и др. Начать обучение можно с помощью специальных устройств-тренажеров: например, настенной

доски с подвешенными на ней различными приспособлениями для шнуровки, застегивания, приклеивания на липучки. На так называемой «Тактильной панели» можно разместить корзинку с клубками ниток, мешочек с набором мелких игрушек, природного материала, шаблонов для шнуровки, рамки с вкладышами для различных фигур, планки с набором различных пуговиц, крючков, кнопок. Такие панели позволяют взрослым тренировать детей различными операциями, необходимым для успешного овладения навыками одевания.

Те действия, которые ребенок только начинает осваивать, нужно выполнять совместно. На заключительных этапах обучения, когда ребенок выполняет самостоятельно те или иные действия, помощь взрослого состоит в направлении руки ребенка при затруднении, в напоминании последовательности действий, контролировании результата.

Наряду с обучением детей отдельным операциям процесса одевания, важно дать им представления об устройстве одежды и способах ее одевания. Нужно начинать учить ребенка сначала простым операциям и только затем более сложным. Чтобы ребенок запомнил действие, ему нужна длительная тренировка. Следует поощрять его повторять эти действия до уровня автоматизма. Безусловно, взрослым следует обладать большим терпением при обучении слепого ребенка и каждый раз стараться дать ему возможность достичь пусть маленького, но положительного результата.

Обучение слепого ребенка навыкам туалета не сильно отличается от такового нормально видящего малыша, кроме продолжительности и необходимости большого количества упражнений и необходимости точно соблюдать вырабатываемый у ребенка алгоритм действий. Этими навыками слепой ребенок может овладеть к двум годам.

#### Обучение детей навыкам общения

При правильном воспитании слепого ребенка на втором году жизни у него успешно формируются базовые навыки общения. Активность ребенка во время речевого общения во многом зависит от его предметно-практического опыта и степени овладения смысловой стороной речи.

Однако наряду с этим слепых детей надо учить и неречевым средствам общения. К ним относятся мимика и жест. Чтобы общение ребенка

сопровождалось невербальными выразительными средствами, слепым детям нужно предоставлять возможность ощупывать лица близких взрослых, когда они находятся в разном эмоциональном состоянии (радость, удивление, грусть и т.д.).

Начиная со второго года жизни, ребенка с глубокими нарушениями зрения следует вовлекать во взаимодействие с другими детьми. Лучше если нормально видящие дети будут постарше, чтобы они могли учитывать состояние слепого ребенка. Общение же слепых детей второго года жизни с нормально видящими сверстниками возможно только при условии присутствия взрослого, который следит за действиями слепого ребенка и помогает ему играть.

#### *Особенности организации предметно-развивающей среды для воспитания слепого ребенка*

Для правильного воспитания ребенка с глубоким нарушением зрения важное значение имеет создание соответствующей среды, при организации которой должны быть учтены все познавательные возможности и социальные потребности слепого ребенка.

Родители такого ребенка часто не знают особенностей его психофизического развития и поэтому не могут организовать адекватную игровую среду, затрудняются в подборе игрушек, и не знают, как знакомить слепого ребенка с окружающим миром.

Важнейшим принципом организации предметно-развивающей среды является ее превентивная (предохранительная) направленность, задачей которой является предупреждение появления вторичных отклонений.

Для этого детям с нарушением зрения необходимо обеспечить возможность воспринимать предметы с помощью сохранных анализаторов (тактильного, слухового, обонятельного и др.). При создании игрового поля важно использовать резонирующие поверхности, которые позволят детям научиться выделять, дифференцировать и локализовывать звуки в пространстве. Звуковыми отражателями могут быть пластмассовый таз, плетеная корзина, металлический круг, доски. Эти отражатели должны быть расположены на различной высоте вокруг ребенка, находящегося на резонирующей

поверхности. Это поможет ему научиться выделять звук и его направление. При этом важно знакомить ребенка с самим предметом, издающим звук.

Детям с глубокими нарушениями зрения особенно сложно воспроизводить предметные действия окружающих людей. Без организации соответствующих условий для мануального (ручного) наблюдения за действиями взрослых, у них долгое время не будут развиваться предметные, орудийные и игровые действия, а игры могут приобрести вербальный (словесный) характер.

Для развития предметных действий необходимо обеспечить широкое поле взаимодействия ребенка с игрушками (сборно-разборными пирамидами, простейшими устройствами с вкладышами). Следует обучать его сортировать, подбирать предметы по сходным и отличительным признакам. Все это будет способствовать овладению разными предметными действиями (разбрасывание игрушек и их поиск, нанизывание, завинчивание, накручивание, разборка и сборка, укладывание в коробки, сортировка в разные коробки, ящики и другие емкости). Необходимо помнить о том, что игрушки слепого или слабовидящего ребенка должны быть не только притягательны для его зрения, но и приятны на ощупь.

Важно учитывать потребность слепого ребенка в движении, которая может быть сформирована у него при условии отсутствия страха перед передвижением в пространстве. Во время обучения ребенка умениям перемещаться в пространстве необходимо учить его использовать сохранные анализаторы (тактильно-кинестетический и особенно дистантные – слуховой и обонятельный). При этом поверхность манежа или пола не должна быть скользкой и травмирующей ребенка. На первоначальном этапе обучения перемещению в пространстве вокруг ребенка должны находиться надувные подушки, любимые игрушки, подвешенные на доступной для него высоте, которые будут стимулировать ребенка переместиться из одного места в другое.

При организации предметно-развивающей среды следует знать о ее пропедевтической роли, обеспечивающей детям такие ситуации в быту, игре и повседневных занятиях, когда ребенок получает возможность наиболее полно знакомиться с окружающим миром.

Также важно чтобы разные звуковые сигналы предваряли начало режимных моментов жизни ребенка (например, звук колокольчика, призывает ребенка на занятия, звуки колыбельной песни звали его ко сну, или звуки бодрой, маршевой музыки - на прогулку или на занятие физкультурой).

Узнавание предметов на слух и на ощупь позволяет детям успешно запоминать их характерные признаки и затем свободно находить их и играть с ними.

При этом важно, чтобы игровой материал отражал признаки реальных предметов, так как игрушки для ребенка с глубоким нарушением зрения являются одним из средств формирования предметных представлений. У слепого ребенка нет возможности соприкоснуться с реальными объектами крупного размера. В этом случае именно игрушка позволяет понять устройство данного объекта. Стилизованные игрушки следует давать незрячим детям только после того, как у них уже сформировалось представление о реальном предмете.

Игрушки и игровые ситуации следует предлагать слепому ребенку с большой осторожностью. При этом нужно учитывать «зону актуального развития ребенка» (то, что ему доступно в данный момент), предлагая занятия с материалом, который позволит ему успешно действовать. Например, ребенок научился стучать молоточком, можно предложить ему другие игрушки (например, барабан, металлофон), с помощью которых он сможет реализовать уже известный принцип действия. Так опираясь на прошлый опыт, постепенно расширяется поле деятельности ребенка и увеличивается количество объектов и действий с ними.

Определяя значение игры для развития слепого ребенка, необходимо выделить роль помощи детям со стороны взрослых, состоящей в развитии игровых умений и способов взаимодействия с другим человеком в игре. Для этого создают предметно-развивающую среду, в которой четко определяется ее содержание в соответствии с «зоной актуального развития ребенка» и дозируется помощь взрослого при преобладающей активности самого ребенка.

Взрослые организуют наблюдение ребенка за поведением других людей, проигрывают действия с игрушками, четко строят речевое сопровождение



предметно-практических действий. Нельзя допускать большого количества слов при объяснении предметов и способов действий с ними, если нет уверенности в том, что слепой ребенок понимает их смысл. Поэтапное введение ребенка в игровые ситуации так же строится с четко соотносимым речевым сопровождением взрослого.

#### Основная литература

1. Невская А.А., Леушина Л.И., Бондаренко В.М. Формирование наглядно-образного мышления у младенцев первого года жизни с дефектами зрения// Физиология человека.—1998.—т.24, №3. — С. 20.
2. Солнцева Л.И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. – М.: Педагогика, 1980. – 190с.
3. Солнцева Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста.— М.: Полиграф-сервис, 1997. — 121с.
4. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. — М.: Полиграф-сервис, 2000. — 250 с.
5. Солнцева Л.И., Хорош С.М. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. – М.: ВОС., 1988. – 67 с.
6. Фильчикова Л.И., Бернадская М.Э., Парамей О.В. Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция. – М., «Полиграф Сервис», 2003. - 175 с.
7. Хартман А.М. Поиграй со мной: Пособие для родителей. Как стимулировать развитие общей моторики в первые годы жизни у детей с нарушениями зрения. – СПб.: Изд-во НОУПК «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства», 1998. – 34 с.
8. Хорош С.М. Игрушка и ее роль в воспитании слепого дошкольника. – М.: Изд-во ВОС, 1983. – 59 с.

### **Глава 3. Современное понимание процесса речевого развития и предупреждения отклонений в развитии речи**

Необходимым условием эффективного применения предупредительного логопедического воздействия является раннее распознавание признаков

речевого дизонтогенеза. В зависимости от того, чем вызваны проблемы в речевом развитии, какие сопутствующие отклонения возникают у ребенка, и определяются в дальнейшем направление и содержание пропедевтической логопедической помощи. Современные подходы к оценке раннего речевого развития ребенка базируются на комплексном подходе к анализу основных линий развития ребенка.

Отставание в развитии речи является одной из наиболее распространенных проблем, связанных с развитием ребенка. Это связано с тем, что именно речевая функция наиболее интенсивно развивается в первые годы жизни. В то же время, проявления речевых нарушений обладают той особенностью, что их социальная значимость неодинакова на разных возрастных этапах. Многие из речевых отклонений остаются скрытыми до тех пор, пока они не становятся препятствием для общения и обучения.

Всестороннее изучение отклонений в развитии детей раннего возраста коррекционными педагогами и специальными психологами позволяет улавливать признаки возможных нарушений различных компонентов речевой системы задолго до того, как они будут замечены родителями. Это помогает предупреждать возникновение стойких патологических состояний у проблемного ребенка и их возможное негативное воздействие на его психическую сферу в целом.

При определении превентивного подхода в детской логопедии в настоящее время принято различать три последовательные стадии, направленные на предупреждение патологических отклонений в развитии и трудностей социальной интеграции детей с нарушениями речи.

- Первичное предупреждение - деятельность по уменьшению последствий заболевания и риска появлений отклонений психоречевого развития.

- Вторичное предупреждение - ранняя идентификация признаков отклоняющегося речевого развития; установление степени отставания в развитии по сравнению с возрастной нормой (равномерное – неравномерное, парциальное – генерализованное); ранний скрининг детского населения с целью выявления детей группы риска по речевой патологии.

- Третья стадия предупреждения – минимизация влияния хронической неспособности, уменьшение функциональных последствий основного заболевания или недостаточности, применение эффективных реабилитационных методик для нормализации состояния речи и включения ребенка в полноценную образовательную, социальную и культурную среду.

Ранняя помощь (early intervention) может минимизировать или вообще упразднить нежелательные последствия врожденного или приобретенного нарушения в речевом развитии индивидуума, смягчить их негативное влияние на усвоение ребенком коммуникативных навыков и его социализацию. Нарушения коммуникации могут проявляться в изолированном виде, но, чаще всего они встречаются в комбинированных формах с другими проблемами в раннем развитии, что очень затрудняет дифференциальную диагностику. И, что очень важно, это происходит именно в то время, когда своевременная логопедическая помощь может принести наибольший успех. Стойкие нарушения в области вербальной коммуникации у детей раннего возраста провоцируют развитие поведенческих отклонений, которые в дальнейшем серьезно затрудняют коррекционную работу. В этой связи логопедический аспект раннего вмешательства является неотъемлемой частью медико – психолого - педагогического предупреждения нарушений развития в детской популяции.

Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста осуществляется, начиная с трех – пяти лет, когда у детей могут быть достаточно точно выделены основные нозологические категории речевых нарушений, приводящие к общему или фонетико-фонематическому недоразвитию речи, заиканию и другим формам речевых расстройств. Логопедическая работа с детьми раннего возраста является новым, инновационным направлением коррекционной педагогики, в связи с чем методологический и понятийный аппарат в этой научной области требует уточнения и дальнейшей разработки.

Термин «задержка речевого развития» применяется для описания раннего речевого развития большой группы детей, отклонения от нормального речевого онтогенеза у которых достаточно выражены, однако тип речевого нарушения еще не определен. К сожалению, в практической логопедии достаточно часто происходит неправомерное сужение этого состояния, которое трактуется как

нарушение темпа речевого развития («темповая задержка речевого развития»), в большинстве случаев имеющее тенденцию к спонтанной нормализации.

Наиболее часто задержка речевого развития проявляется у ребенка раннего возраста в форме:

- неосложненной задержки речевого развития;
- задержки речевого развития при равномерном характере нарушений в других сферах (двигательной, сенсорной, эмоциональной и т.п.);
- грубой задержки речевого развития при парциальных нарушениях других психических функций;
- задержки речевого развития в структуре сложного дефекта (ранний детский аутизм, детская шизофрения, детский церебральный паралич, генетические заболевания и синдромальные аномалии развития).

Важно отметить, что неосложненная задержка речевого развития имеет максимальный потенциал для спонтанной компенсации речевого развития ребенка. Дети с остальными формами задержки речевого развития вне коррекционно-развивающего воздействия, как правило, демонстрируют в раннем возрасте стойкое отставание в развитии речи, которое в более старшем возрасте достаточно часто реализуется в различных речевых нарушениях первичного и вторичного характера. Однако важно учитывать, что в связи с чрезвычайной пластичностью всех психических процессов и функций в раннем возрасте даже дети с осложненным анамнезом могут спонтанно улучшить свою речь и преодолеть отставание в речевом развитии. Таким образом, задержка речевого развития в раннем возрасте может иметь как темповый, так и стойкий характер.

Рассматривая задержку речевого развития, в целом, как обратимое состояние в отличие от общего недоразвития речи, сотрудники лаборатории содержания и методов обучения детей с нарушениями речи ИКП РАО рекомендуют применять этот термин для обозначения единого феноменологического подхода к отклонениям в развитии речи на ранних стадиях ее формирования.

Данное определение, на наш взгляд, достаточно точно отражает содержание термина задержка речевого развития. Дифференциальные признаки

стойкой задержки речевого развития и темповой задержки речевого развития рассмотрены во втором разделе.

### *Становление основных компонентов речевого развития в раннем возрасте*

Важнейшую роль в пропедевтике выраженных дизонтогенетических отклонений в формировании речевой функции всегда играл своевременно поставленный клинический диагноз [Бадалян Л.О. с соавт., 1980; Белова – Давид Р.А., 1972; Журба Л.Т. с соавт., 1981; Лебедев Б.В. с соавт., 1981; Ляпидевский С.С., 1961; Трауготт Н.Н., 1994, и мн. др.]. Прогноз развития речи ребенка в случаях стойкого нарушения речевой функции зависит от многих факторов, которые могут потенциально повлиять на динамику ее формирования.

Раннее внутриутробное поражение приводит к тяжелым патологиям развития, среди которых нарушение речи выступает как сопутствующий, а не ведущий признак. Так, например, врожденные расщелины губы и неба (ВРН) возникают в первом триместре беременности, приводят к инвалидизации новорожденного ребенка, нарушению естественных процессов дыхания, глотания, сосания и т.п. Речевые нарушения, входящие в симптомокомплекс ВРНГ достаточно варьируемы и во многом зависят от тяжести общего поражения ЦНС, от сроков и методик операционного лечения, успешности восстановительного периода и реабилитационных мероприятий.

Значительно более распространенными являются такие нарушения речи, возникновение которых у детей не связано с врожденной анатомической патологией и тотальным поражением ЦНС на ранних сроках беременности. Достаточно часто к речевым нарушениям приводит негативное влияние ряда пренатальных и перинатальных «факторов риска», вызывающих негрубые патологические изменения ЦНС различного генеза.

Особую роль играет выявление тех факторов, при которых возможно нарушение развития плода при сроке воздействия в период 6-9 месяцев гестации. При действии вредных факторов на этом этапе развития грубых пороков головного мозга не возникает. Именно в этом периоде беременности возможно возникновение таких изменений, наступающих в нервной системе,

которые носят чаще более легкий характер, и хорошо соотносятся с микросимптоматикой, характерной для детей с системным недоразвитием речи или, если использовать терминологический аппарат англоязычных научных исследований, детей со специфическими нарушениями речи (“specific language impairment”- SLI) [Барашнев Ю.И., 2001; Мастюкова Е.М., 1992, 1997; Симерницкая Э.Г., 1985; Тонкова-Ямпольская Р.В., Фрухт Э.Л., 1999; Jonston J.R., 1992; Paul R., 1991, 1996; Powell R.P.&Bishop D., 1992; Rescorla L., 1989.]. Однако ставить знак равенства между стойкой задержкой речевого развития и системным недоразвитием речи («специфическим нарушением речи») нельзя, т.к. потенциал компенсации в раннем возрасте очень высок и ребенок может значительно продвинуться в своем речевом развитии под воздействием коррекционно-развивающих методик. За рубежом все более широкое распространение получает другой термин, который используется для описания состояния речи детей раннего возраста с проблемами в формировании вербальных средств общения - специфическая задержка речи (Specific Language Delay)– и подобное состояние трактуется исследователями скорее как «фактор риска», чем нарушение [Smiley L.R., Goldstein P.A., 1998]. Данный термин мы рассматриваем как наиболее близкий по смысловому содержанию к понятию «стойкая задержка речевого развития».

Возможности медицинской реабилитации ограничены не только клинической топологией и тяжестью нарушения ЦНС у ребенка, но и жесткими временными рамками: например, в случаях гипоксических мозговых расстройств, которые могут наблюдаться у новорожденного ребенка, патологический процесс носит выраженный прогредиентный характер. Это означает, что только раннее вмешательство может способствовать восстановлению пострадавших функций, структур и органов [Барашнев Ю.И., 2001, с 593-594].

Важным признаком серьезности проблемы, приведшей к возникновению стойкой задержки речевого развития, является ее сочетание с разнообразными проявлениями трудностей в моторном развитии. В раннем возрасте проблемы моторного развития могут носить как локальный характер (по типу негрубых нарушений физиологического процесса грудного вскармливания, а после 1 года – жевания и глотания), так и общий характер (проблемы становления

локомоторных функций на первом году жизни или трудности формирования сложных двигательных навыков – удержание равновесия при хождении по доске, прыжки на одной ноге). Характер двигательных проблем в этих случаях не всегда носит специфический характер, как, например, при апраксиях в случаях моторной алалии.

Усугубляют задержку речевого развития частые соматические заболевания ребенка на первом году жизни, а также перенесенные травмы головы, связанные с падениями или ударами. В исследовании О.Е. Громовой (2003) установлено, что успешность речевого развития в определенной мере соотносится с антропометрическими показателями детей при рождении: конституциональные особенности детей со сниженной массой тела могут в возрасте до 2 лет существенно влиять на динамику усвоения первых слов, однако после 2 лет речевое развитие протекает более успешно у тех детей, которые меньше болеют простудными заболеваниями. Как известно, у маловесных детей любые заболевания протекают с более тяжелыми осложнениями, что может оказать косвенное влияние и на формирование важных предпосылок речевой деятельности на первом году жизни.

В целом, влияние всех негативных факторов сконцентрировано преимущественно во внутриутробном развитии, во время родов и младенческом возрасте (доречевом периоде), а в раннем возрасте чаще имеют место их резидуальные проявления.

Также влияют на начальный этап становления речевой функции индивидуальные особенности развития психической сферы (внимание, память, мышление, сенсорное восприятие и т.п.), диагностика которых в раннем возрасте достаточно сложна и требует квалифицированной психологической оценки.

Поэтому ранняя помощь детям со стойкой задержкой речевого развития строится с учетом негативного влияния перечисленных этиологических факторов, однако основной акцент делается на создание оптимальных педагогических условий для развития детской речи, специальной образовательной среды, стимулирующей формирование ее начальных этапов.

В раннем возрасте важное значение имеет дифференциальная диагностика стойкой задержки речевого развития от других состояний, сходных

с ней по признаку «отсутствие речи», как это бывает, например, у детей с ранним детским аутизмом. Особую роль в раннем выявлении симптоматики подобных нарушений коммуникации играет учет особенностей формирования у ребенка привязанности к матери, пищевого поведения в онтогенезе, расстройств сна и других подобных нарушений [Башина В.М., 1989; Брутман В.И., Радионова М.С., 1997; Кириченко Е.И., Бобылева Г.И., Шевченко Ю.С., 1984; Кощавцев А.Г., 1996; Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г, Гречаный А.С., 2001; Сухарева Г.Е., 1998 и мн.др.].

В случаях речевого дизонтогенеза не менее важен и анализ социальных условий, в которых родился и растет ребенок с проблемами в развитии речи. Существенные изменения в социальных отношениях, произошедшие в нашей стране в начале 90-х годов, косвенно повлияли на то, что изменился возрастной состав женщин, рожаящих впервые, уменьшилось количество детей в семье, возросло количество социальных сирот и детей, воспитываемых матерями-одиночками, резко возросло количество послеродовых депрессий и связанных с ними отклонений в эмоциональном развитии младенцев [Баз Л.Л., Баженова О.В., 1996; Баз Л.Л., Скобло Г.В., 1998; Доскин В.А с соавт., 1997].

Таким образом, в наши дни потребовалось серьезное теоретическое переосмысление существующих раньше взглядов на проблему задержки речевого развития с учетом произошедших изменений, а также - современных сведений о структуре и функциях развивающегося мозга, полученных с помощью передовых методик функциональной диагностики и компьютерной томографии [Благосклонова Н.К., 2002; Дубровинская Н.В. с соавт., 2000; Панов В.О., Волобуев А.И., 2001; Переселени Л.И., Мастюкова Е.М., 1989; Рожкова Л.А., 1997, 2002; Фарбер Д.А. с соавт, 2000; Фишман М.Н., 1989, 2002 и мн.др.].

Большинство детей раннего возраста с задержкой речевого развития при проведении систематических логопедических занятий могут к концу дошкольного возраста полностью преодолеть свой первичный речевой дефект [Н.С. Жукова, Е. Мастюкова, Т.Б. Филочева, 1990]. Однако лонгитюдные наблюдения за детьми, которые в раннем возрасте имели задержку речевого развития, продемонстрировали, что значительная часть этих детей (по данным



О.Е. Громовой (2003), 29,4%) оказываются не в состоянии справиться со своими речевыми проблемами до достижения школьного возраста.

Практический опыт занятий с детьми, накопленный логопедами, сотрудничающими с лабораторией содержания и методов обучения детей с нарушениями речи ИКП РАО за последнее десятилетие, убедительно свидетельствует в пользу того, что положительный эффект от логопедической работы многократно усиливается при ее раннем начале.

Таким образом, ранняя дифференциальная диагностика отклонений в развитии детской речи и применение стимулирующего логопедического воздействия уже в дошкольном возрасте способствуют минимизации проявления выраженных дизонтогенетических отклонений на следующих стадиях речевого развития.

Современная логопедия пока не располагает описанием и детальным анализом дизонтогенеза речи ребенка раннего возраста. Однако предшествующие исследования как в области лингвистики детской речи, так и в области коррекционной педагогики и специальной психологии позволяют определить приоритеты в изучении этого вопроса.

Во-первых, исключение из логопедического наблюдения периода раннего детства приводит к тому, что мы упускаем самый важный, «сензитивный» период для развития речи и соответственно переносим решение основных логопедических задач за рамки этого благоприятного возраста.

Во-вторых, основными этиологическими причинами, приводящими к различным отклонениям в речевом развитии детей, являются отрицательные факторы, действующие до начала развития речи, поэтому раннее выявление отклонений в становлении речевой функции поможет вовремя начать необходимые медико-педагогические мероприятия, которые наиболее эффективны на начальном этапе формирования импрессивной или экспрессивной речи.

В-третьих, указанные обстоятельства позволяют обосновать целесообразность раннего логопедического обследования, наблюдения и, по необходимости, логопедической поддержки речевого развития детей в рамках клинико - лого – психологического исследования соответствия уровня развития возрастной норме.

В-четвертых, функционирующая система учреждений дошкольного образования, реализующая основные программные требования к воспитанию и развитию ребенка раннего возраста, может служить организационной основой для реализации пропедевтического логопедического воздействия на детей раннего возраста с отклонениями в развитии речи.

### ***Диагностика отклонений речевого развития в раннем возрасте***

Выявление отклонений речевого развития в раннем возрасте

Выявление в раннем возрасте среди всех детей группы риска особой донозологической категории, в которую могут быть объединены дети в связи с угрозой проявления у них в дальнейшем речевой патологии по типу «общего недоразвития речи» на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных задач детской логопедии. Решение этой методологической задачи невозможно без выработки единого научного подхода, признанного всеми специалистами, работающими в области детской речи, к вопросу **периодизации нормального речевого онтогенеза и речевого дизонтогенеза.**

Лингвистические наблюдения за онтогенезом детской речи, а также данные, собранные детскими психологами и дошкольными педагогами, показывают достаточно широкий разброс как в сроках и темпе речевого развития, так в и индивидуальных стратегиях овладения ребенком родным языком. Ряд авторов отмечает тенденцию к спонтанному развитию речи у некоторых детей в более поздние сроки и относит их к так называемым «поздноговорящим» [Сикорский И.А., Цейтлин С.Н., Bates E., Nelson K., Paul R.]. Однако разрозненные литературные данные не позволяют сделать однозначный вывод о дальнейших перспективах речевого развития «поздноговорящих» детей. Другие исследователи, наоборот, подчеркивают значительное число детей-дошкольников с общим недоразвитием речи, имеющих в анамнезе задержку речевого развития [Ковшиков В.А., Трауготт Н.Н., Филичева Т.Б., Perkins M.R., Rescorla L.]. Исследователи единодушно отмечают, что, представляя собой многочисленную и достаточно неоднородную группу, дети раннего возраста с ограниченным словарным запасом достаточно ярко выделяются среди своих сверстников. Главной

особенностью речи этих детей является выраженная дефицитарность экспрессивного словаря и связанная с ней «задержка речевого развития».

В лингвистике детской речи (онтолингвистике) этапы нормального речевого развития ребенка в первые три года жизни, т.е. в том временном интервале, который в современной педагогике принято рассматривать как ранний возраст, в наиболее обобщенном виде определяются следующим образом [С.Н. Цейтлин, 2000]:

- дословесный этап (до первых слов, самостоятельно продуцируемых ребенком);
- этап однословных высказываний (до первых двухкомпонентных высказываний);
- этап начальных двухкомпонентных высказываний (до первых трехкомпонентных);
- этап элементарных предложений.

В современной отечественной педагогике и возрастной психологии процесс раннего развития от 0 до 3 лет принято разделять на два основных периода, связанных соответственно с младенчеством (от 0 до 12 месяцев) и дошкольным детством (от 12 до 36 месяцев). В наиболее общем виде их принято соотносить с доречевой стадией развития ребенка и начальными этапами речевой стадии развития коммуникации [Н.И.Лепская, 1997], хотя многие исследователи выделяют большее количество этапов для наиболее точного и глубокого описания такого сложного процесса, как развитие и становление речевой функции в онтогенезе. [Винарская Е.Н. , 1987; Розенгард-Пупко Г.Л. ,1963; Рау Ф.А., 1981; Леонтьев А.А., 1974; Исенина Е.И., 1983; Кольцова М.М. , 1973; Кочергина В.С., Шаховская С.Н., 1969; Чиркина Г.В., 2002; Эльконин Д.Б., 1999 и мн.др.]. Таким образом, деление на этапы, периоды развития достаточно условное и его принято использовать в практических целях для удобства изучения пути развития детской речи [Кочергина В.С., Шаховская С.Н., 1969, с. 31].

В логопедии наибольшую известность и научное признание получили две выдающиеся научные работы: книга А.Н. Гвоздева «Вопросы изучения детской речи» (30), в которой схема онтогенеза детской речи была сведена к ряду важнейших этапов в развитии фонетики, лексики, грамматики, и книга «Основы

теории и практики логопедии», вышедшая под редакцией Р.Е. Левиной (99), где впервые приводилась характеристика общего недоразвития речи. В другой работе Р.Е. Левиной, более ранней, «К психологии детской речи в патологических случаях» [1936] было дано развернутое описание автономной детской речи у детей в случаях дизонтогенеза. Автор рассматривала этот период как переходный от доречевой стадии к начальному этапу в развитии речи. В отличие от нормы, при которой автономная детская речь имеет место между первым и вторым годом жизни, при дизонтогенезе этот период сохранялся в речи детей на протяжении нескольких лет. Сравнивая процесс усвоения родного языка детьми с нормальным и отклоняющимся речевым развитием, все исследователи отмечали, что в случае сохранного слуха и нормального интеллекта при любой форме патологии в развитии речи, ребенок не минует в своем развитии основных этапов, которые были выделены в работах А.Н. Гвоздева [1961]; Д.Б. Эльконина [1989] и мн. др.

Таким образом, при нормальном речевом онтогенезе ребенок в возрасте от одного года до двух с половиной лет ощущает серьезный дефицит вербальных средств, что проявляется как в недостаточном объеме лексикона, который не соответствует богатству реалий окружающего мира, так и в недостаточной операциональности имеющихся у ребенка лексических средств. В целом этот период считается ключевым в освоении ребенком родного языка, и его успешное протекание во многом зависит от специфики социального окружения ребенка, условий его воспитания, личностных особенностей взрослых людей, окружающих ребенка [Аксарина Н.М., 1977; Баз Л.Л., Баженова О.В., 1996; Винарская Е.Н., 1987; Гвоздев А.Н., 1961, 1990; Жинкин Н.И., 1972; Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., 1993; Кощавцев А.Г., 1996; Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В., 2001; Никольская О.С., 1999; Разенкова Ю.А., 1997, 2000; Тихеева Е.И., 1981 и мн. др.].

В этот возрастной период ребенок только начинает активное освоение парадигматики основных частей речи, постигая в первую очередь общие, а затем уже частные правила, а также законы построения словосочетаний и предложений. Именно в это время «каждый нормальной ребенок сам конструирует для себя грамматику родного языка» [Слобин Д., 1984, с. 143]. Фонетическое оформление первых детских высказываний чрезвычайно

несовершенно, преобладает слоговая элизия, физиологическое субституирование, ассимиляции [Бельтюков В.И., 1977, 1989; Ермакова Н.А., 2000; Маркова А.К., 1963; Рау Ф.А., 1981; Салахова А.Д., 1973; Филичева Т.Б., Чевелева Н.А, Чиркина Г.В., 1989; Чиркина Г.В., 1999, 2001, 2002].

Как правило, первыми в детской речи закрепляются такие звуковые сочетания, которые по своей структуре близки к лепету, и одновременно совпадают по звукопроизношению со словами взрослого («мама», «папа», «баба») или относятся к «языку нянь» («ко-ко», «гав-гав»). Звукоподражательная основа первых слов облегчает ребенку их усвоение.

Невозможность выделения динамически более сильного слога является специфической особенностью звучания первых детских слов, чаще всего относящихся к разряду звукоподражаний (ономатопей). Однако и слова, обозначающие близких людей, сначала воспроизводятся маленькими детьми отлично от традиционно принятых норм произношения («ма́-ма́» - мама). Несколько позже, примерно в полтора года, ребенок начинает сам воспроизводить отдельные слоги во вновь усваиваемых словах, которые выступают в роли «представителя» всего слова («ми» – мишка, «ки» - сушки).

Артикуляционные возможности нормально развивающегося ребенка и его имитационные способности существенно возрастают во второй половине второго года жизни, и малыш начинает с удовольствием пробовать воспроизводить все новые и новые двух – трехсложные слова, причем сначала из всего слова передается только ударный слог, затем появляется первый предударный слог и, наконец, слабые безударные слоги [А.Н. Гвоздев, 1949; Н.Н. Швачкин, 1948].

Анализ фонетического оформления первых слов ребенка при нормальном речевом онтогенезе и в случае дизонтогенеза показывает, что чем меньше слов в начальном лексиконе ребенка, тем больше из них он произносит правильно. Чем больше слов начинает произносить конкретный ребенок, тем бóльший процент составляют слова контурные и искаженные. Это можно объяснить как физиологической неподготовленностью речевого аппарата ребенка к воспроизведению вновь усваиваемых им «трудных» слов, многие из которых являются многосложными, так и переходом на новый уровень речевого

подражания, при котором дети стремятся передать длину слова, его слоговой контур.

При нормальном развитии речи важную роль в значительном увеличении активного словаря ребенка, в усложнении и удлинении его высказываний играет интенсификация процессов овладения слоговой структурой родного языка к концу второго года жизни.

Впервые на связь между формированием предложения и развитием слоговой структуры обратила внимание А.К. Маркова [1963]. Она установила, что в онтогенезе ребенок сначала начинает произносить предложения из трех и более слогов (типа «сяпы неть» - шапки нет), а лишь потом усваивает трехсложные слова. Часто такие первые трехсложные сочетания используются ребенком чрезвычайно широко, малыш как бы примеривает доступный его произношению контур слова к разным ситуациям. Например, сегодня он видит, как мама укладывает волосы на бигуди и пробует произнести новое слово: «кабаба» (бигуди), а спустя несколько дней, это же слоговое сочетание будет употребляться ребенком при назывании колбасы.

Н.С. Жукова [1994] так классифицировала первые слова аномальной детской речи (исследователем рассматривались дети в возрасте от 2.3. до 6.6. лет):

- правильно произносимые (мама, папа, дай и др.);
- слова – фрагменты, в которых сохранены только части слова (мако – молоко, дека - девочка);
- слова – звукоподражания, которыми ребенок обозначает предметы, действия, ситуацию (би-би – машина, мяу – кошка, бух - упал);
- контурные слова, или «абрисы», в которых правильно воспроизводится количество слогов и ударение в слове (тититики – кирпичики, папата - лопата);
- слова, которые совсем не напоминают слова родного языка или их фрагменты.

Однако, решающее значение на данном этапе развития детской речи имеет не правильность фонетического и слогового оформления отдельных слов, а именно овладение ребенком умением соединить лепетные слова в короткие предложения ("исе сыя» - просьба дать еще сыра, «мама а-ё!» - мама говорит по

телефону), потому что именно это умение играет первостепенную роль на следующем этапе, который А.Н. Гвоздев связывал с «усвоением грамматической структуры предложения».

Переход от слова – предложения к сочетанию слов является важнейшим достижением периода начального освоения родного языка. Современные дети достаточно долго «накапливают» словарный запас, при этом в возрасте примерно 1 года 9 –11 месяцев начинают произносить (сначала повторять за взрослыми, а затем и использовать в собственных высказываниях) много новых двух-трех сложных слов, и практически сразу учатся употреблять эти слова в короткой фразе. Такое скачкообразное увеличение активного словаря называют лексическим взрывом, или лексическим рывком (“vocabulary spurt”) [Goldfield В.А.& Reznick J.S., 1990]. Это период актуализации слов, перевода их из пассива в актив [Цейтлин С.Н., 2000, с. 58]. Первые сочетания слов представляют собой простую последовательность нескольких слов, не связанных никакой грамматической связью («Мама папа бай-бай» – папа и мама пошли спать). Но появление у ребенка к двум годам коротких аграмматичных фраз подобного вида является объективным показателем нормального речевого развития [Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б., 1990].

Необходимо отметить, что в случаях задержки речевого развития ребенок может накапливать в своем словарном запасе и активно продуцировать до 100-150 слов при почти полном отсутствии словесных комбинаций [Жукова Н.С., 1994, с. 8]. В основе усвоения речи ребенком лежит неосознанное обобщение явлений языка, которое у детей с речевыми нарушениями «происходит своеобразно и дисгармонично, вследствие первичного недоразвития языковой способности» [Чиркина Г.В., 1999, с. 192]. В работах ведущих отечественных исследователей [Левина Р.Е., 1958, 1959; Каше Г.А., 1961; Маркова А.К., 1963; Филичева Т.Б., Чиркина Г.В., 1993, и др.] подчеркивалось, что следует различать патологические речевые нарушения и возможные речевые отклонения от нормы, вызванные возрастными особенностями формирования речи. Ведущими признаками дизонтогенеза речи на ранних этапах ее развития являются

- несвоевременное появление активного речевого подражания,
- выраженная слоговая элизия,

- несвоевременное овладение первыми словесными комбинациями, то есть умением объединять слова между собой.

Подобные признаки однозначно трактуются и в зарубежных научных публикациях. Например, по мнению известного исследователя L.Rescorla [1989] задержка речевого развития может быть определена к 2 годам, т.к. тесты, проведенные с детьми раннего возраста, начинающими говорить на английском языке, показали, что большинство детей к 24 месяцам имеют в своем активном словаре не менее 50 слов и могут продуцировать комбинации из двух-трех слов.

В связи с этим детальное изучение начального этапа овладения речью на родном языке открывает перед современной логопедией новые возможности в пропедевтике и коррекции нарушений ее развития и формировании уже в раннем возрасте коммуникативной компетенции детей из группы риска.

#### *Методика оценки состояния речевого развития*

Опираясь на методологический базис предыдущих исследований в области речевого онтогенеза и дизонтогенеза, в ИКП РАО (О.Е. Громова, 2003) провели изучение детей раннего возраста с задержкой речевого развития, результатом которого стало более детализированное уточнение основных признаков отклонений в развитии этих детей, относящихся к различным эпикризным срокам.

Изучая детей с задержкой речевого развития, относящихся к различным возрастным группам, мы ориентировались при оценке их речевого развития на общепринятые показатели нормального речевого развития: первые слова к 1 году, постепенное накопление словаря к 18 месяцам, «лексический взрыв» в конце второго года жизни, первая фраза к 2 годам и постепенное развертывание фразовой речи на протяжении следующего эпикризного срока (2.0.-2.6.).

В соответствии с этим подходом, дети с отклонениями от речевого онтогенеза, проявляющимися в отставании на один эпикризный срок – рассматривались как группа внимания (ЗРР, группа внимания); в отставании на два эпикризных срока - как группа риска (ЗРР, группа риска); в отставании на три и более сроков – как группа выраженного риска (ЗРР, группа выраженного риска).



Таким образом, дети, которые произнесли свои первые слова около 1 года, но затем их речевое развитие шло очень медленно и количество произносимых слов на втором году жизни оставалось практически неизменным, после 18 месяцев рассматривались уже как дети из группы внимания. При этом, чтобы избежать гипердиагностики и учесть известную вариативность в темпе речевого развития у мальчиков и девочек, допускалась возможность объединения детей, относящихся к различным эпикризным срокам (18-21 мес.; 21-24 мес.) в одну возрастную категорию (18-24 мес.)

Если в период от 1 г.8 м. до 2 лет экспрессивный запас у детей с задержкой речевого развития (ЗРР, группа внимания) не увеличивался, фразовая речь не появлялась, то после 24 месяцев, эти дети рассматривались уже как группа риска (ЗРР, группа риска).

Дети, в активном словаре которых было незначительное по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками, количество слов, после 30 месяцев характеризовались как дети из группы выраженного риска (ЗРР, группа выраженного риска) по общему недоразвитию речи. Такая логопедическая характеристика носила предварительный, донозологический характер и была связана с тем, что речевое развитие детей с выраженной задержкой формирования экспрессивного словаря за оставшийся до конца раннего возраста 1 эпикризный срок (30-36 месяцев) скорее всего не могло достигнуть необходимого количественного и качественного уровня (более 1500 слов и развернутая фраза). В дальнейшем, после 3 лет, эти дети характеризовались как дети, имеющие первый уровень развития речи (по Р.Е. Левиной).

В исследовании О.Е. Громовой было рассмотрено и уточнено содержание активного и пассивного словаря детей с задержкой речевого развития с помощью опросника «Начальный детский лексикон». В него вошел список типичных слов, характеризующих начальный этап развития вербальной коммуникации, которые можно разделить на несколько основных словарных групп (звукоподражания, наименования птиц и животных, названия игрушек, продуктов питания, слов-действий и т.д.). Данный опросник не содержит ссылок на определенный возраст, потому что может быть использован в различных вариантах для детей разного возраста.

Качественный анализ опросника может указать на очевидные перспективы наращивания активного словарного запаса у конкретного ребенка: называние любимых лакомств в процессе еды, усвоение слов, регулирующих основные режимные моменты.

Количественный анализ опросника позволяет:

- у детей с нормальным ходом речевого развития определить положительные сдвиги в развитии детской речи (в возрасте примерно 1.9. – 1.11.), когда у большинства нормально развивающихся детей происходит так называемый «лексический взрыв»: до этого момента количество слов в пассивном словаре (то, что ребенок понимает) значительно превышает количество слов в активном словаре (то, что ребенок говорит сам или хорошо повторяет за взрослым). Когда происходит «лексический взрыв» это соотношение стремительно меняется, и дети начинают активно употреблять значительное количество слов. Как правило, у детей с хорошим развитием речи этот опросник можно использовать только до 2 лет, т.к. потом словарный запас таких детей уже значительно превышает перечень предложенных в опроснике слов.

- У детей с задержкой речевого развития зафиксировать значительное превышение звукоподражаний (типа «ав»-«ав» в значении «собака», «лаять», «кусать») над другими словами, более близкими по своей структуре к общепринятой лексике в возрасте около 2 лет.

- У детей с «общим недоразвитием речи I уровня» (эти дети старше 3 лет), для которых характерно проявление выраженных дизонтогенетических отклонений в процессе речевого развития, показать, что чем старше ребенок с ограниченным словарным запасом, тем контрастнее выявляемые у него индивидуальные показатели соотношения объемов пассивного и активного словаря в отдельных группах слов.

Анализ данных, собранных при наблюдении за детьми раннего и младшего дошкольного возраста с проблемами в формировании вербальной коммуникации выявил, следующие особенности и тенденции в развитии их речи на ранних возрастных этапах:

1. при выраженных дизонтогенетических отклонениях в развитии речи по типу «общего недоразвития речи I уровня» (ОНР I уровня)

Предметный словарь – у детей с ОНР I уровня показателем дизонтогенеза речевого развития является

- отсутствие или крайне низкое наполнение активного словаря в лексических группах – имена животных, транспорт, игрушки, продукты питания, одежда, режимные моменты; при этом лексическая группа «люди» (и имена близких) в большинстве случаев формируется на уровне, достаточном для осуществления примитивной вербальной коммуникации с близкими,

- пассивный словарь – на уровне детей младшего возраста или сверстников.

Глагольный и адъективный (слова – определения) словарь –

- активный словарь практически отсутствует,
- в пассивном словаре выявляется существенная разница в понимании значений глаголов по сравнению со значениями прилагательных (дети значительно лучше усваивали значения глаголов, чем значения прилагательных),

Местоимения – позднее формирование всей группы в целом, при выраженном преимуществе в активном употреблении личных местоимений по сравнению с указательными местоимениями,

Вопросительные слова – отсутствие понимания вопросительных слов, неумение адекватно реагировать на так называемые «вопросы без вопросительного слова», т.е. на вопросы, оформленные собеседником без вопросительного слова, только с помощью вопросительной интонации, которые, как правило, хорошо понятны маленьким детям.

## 2. при задержке речевого развития

Предметный словарь –

- активный словарь - спонтанная речь ребенка изобилует звукоподражательными возгласами и облегченными словами, преимущественно относящимся к названиям животных (игрушечных и настоящих), а также к некоторым режимным моментам (приветствия, прощания, выражение согласия-несогласия). При этом дети очень часто дополняют свою речь жестами и выразительной мимикой. Ребенок хорошо называет всех близких, знает и употребляет лексику, регулирующую основные режимные моменты его жизни,

- пассивный словарь - понимание слов из лексических групп транспорт, одежда, еда и т.д. соответствует возрастным показателям у говорящих детей.

Глагольный и адъективный словарь –

- активный словарь - ребенок активно употребляет многие глаголы в виде звукоподражательных слов, понимает основные прилагательные, обслуживающие его жизненные потребности (горячий, вкусный, мамин) и начинает устойчиво употреблять их в виде облегченных слов в нужных ситуациях,

- пассивный словарь – наполнение словаря соответствует возрастным показателям у сверстников,

Местоимения – чаще всего в словаре у ребенка уже присутствуют личные и притяжательные местоимения, указательные местоимения еще могут заменяться жестами и возгласами.

Вопросительные слова – хорошее понимание вопросов, заданных со словом «где?»

Прогностически значимые признаки задержки речевого развития

Изучение большой группы детей с отклонениями в развитии речи позволило выявить наиболее важные для каждого эпикризного срока показатели речевого дизонтогенеза, которые проявляются в сочетании с комплексом других этиопатогенетических «факторов риска» в развитии ребенка раннего возраста, и в дальнейшем могут привести к системному недоразвитию речевой деятельности.

Так, для детей в возрасте 18-24 месяцев надо обращать особое внимание:

- на отсутствие или бедность спонтанных лепетных вокализаций, которыми дети в норме сопровождают свою игровую деятельность;
- на отмечаемые до 1 года проблемы формирования локомоторных функций;
- на сохраняющуюся на втором году жизни неловкость общих движений.

Для детей в возрасте 24-30 месяцев на первый план в случае выраженных отклонений в развитии речи выступают:

- задержка дифференцированного употребления «первых жестов»;
- трудности развития навыков тонкой моторики в соответствии с возрастными требованиями.

В старшей возрастной группе (30-36 месяцев) дети с отклонениями в развитии речи демонстрируют выраженные педагогические и поведенческие проблемы, а именно:

- речевой негативизм и общий отрицательный фон при попытках организовать с ними общение в семье (в диаде «мать – дитя»);
- значительные трудности развития произвольной артикуляции, связанные с негрубыми патологическими изменениями ЦНС различного генеза (ранее у детей этой возрастной группы в анамнезе отмечались специфические трудности жевания по типу дисфагических расстройств);
- общую несформированность сложных двигательных навыков как в общей, так и в тонкой моторике, не соответствующую возрастным требованиям.

У детей с задержкой речевого развития часто наблюдаются отклонения от нормы в двигательном поведении: дети или малоподвижны, как бы «заторможены», или, наоборот, гиперактивны («расторможены»).

Перечисленные выше признаки, наиболее часто сопутствующие речевому дизонтогенезу, как правило, сначала остаются незаметными для семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии речи. Наиболее значимым для взрослых членов семьи является наличие проблем в усвоении ребенком новых слов и переходу к фразовой речи.

Дети раннего возраста с отклонениями в развитии речи демонстрируют ярко выраженные трудности формирования экспрессивной стороны речи. Различия между объемом активного и пассивного словаря существенно нарастают к старшей возрастной группе, со временем создают существенные проблемы в осуществлении вербальной коммуникации между ребенком, потребности которого возрастают и усложняются к концу преддошкольного возраста, и близким взрослым, помогающим в их реализации. Это вызывает постепенное нарастание негативного эмоционального фона в отношениях

между матерью и ребенком, причем даже в случаях, когда изначально эти трудности в общении не беспокоили родителей «неговорящего» ребенка. Очень часто при общении в диаде «мать – дитя» доминирует мать, причем по мере приближения ребенка к возрасту 3-х лет даже у эмоционально уравновешенных женщин начинает преобладать повышенная тревожность в отношении собственного ребенка, его личностной компетентности по сравнению с нормально говорящими сверстниками.

Проявления подобных затруднений в семейном общении различны в зависимости от личностных особенностей матери: от неуместного дерганья и критических замечаний в адрес собственного ребенка до пассивного подчинения его капризам, крикам и демонстративным выходкам. Отсутствие возможности организовать словесное общение, с одной стороны, вынуждает мать стимулировать ребенка к использованию невербальных средств общения («Покажи, что тебе надо!»), а, с другой стороны, создает условия для «гиперопеки» и сознательного предвосхищения возможных желаний и потребностей ребенка. Возникает своеобразная дилемма: часто любой жест ребенка «опережается» матерью, которая стремится снять конфликтную ситуацию, связанную с ее «непониманием» собственного ребенка. Подобная ситуация усугубляет проблемы в формировании дифференцированной системы «первых жестов», которые несколько «запаздывают» у детей с задержкой речевого развития. Очень часто в семье как наличие указательного жеста родителями оценивается любое недифференцированное движение руки ребенка в нужном направлении, при этом полностью игнорируется необходимость научить ребенка сознательно проследивать взглядом за нужным предметом и использовать для привлечения внимания взрослого коммуникативный возглас.

Трудности в жевании и глотании, объективно испытываемые ребенком, часто приводят к искусственному «затягиванию» со стороны родителей его перевода на кормление взрослой пищей, преобладанию в ежедневном меню младенческих смесей и кашеобразных составов. Это существенно искажает не только вкусовые привычки малыша, но и влияет на его общее развитие, т.к. ребенок не знает о качественных характеристиках и разнообразии продуктов питания, и, соответственно, не «просил» у матери другую пищу, не усваивает даже в пассиве необходимые названия основных продуктов. В некоторых

случаях сам процесс кормления «неговорящего» ребенка приобретает в семье характер неприятного, но обязательного ритуала, в процессе которого в ребенка насильственно впихивают пищевую смесь. В таких условиях детей невозможно обучить навыкам опрятности за столом и умением самостоятельно пользоваться столовыми приборами и посудой, даже если собственно моторных затруднений при овладении навыками мелкой моторики они не испытывают.

Особое значение в контексте проблем в воспитании ребенка с задержкой речевого развития приобретают трудности, испытываемые многими детьми при овладении сложными двигательными навыками. Дети с минимальными нарушениями двигательной сферы часто остаются вне поля зрения специалистов соответствующего профиля (методисты ЛФК, неврологи, психологи), т.к. родители не замечают подобных проблем у своих детей. Поэтому, если формирование локомоторных функций находится под строгим контролем педиатрической службы, то после того, как ребенок пошел самостоятельно очень часто его трудности, связанные с усвоением последующих двигательных навыков (умение прыгать, бегать, менять направление, удерживать равновесие при ходьбе по невысокому бордюру) остаются незамеченными родителями. Соответственно дети не получают своевременную помощь со стороны специалистов.

#### *Дифференциация задержки и отклонений речевого развития*

Вопрос дифференциальной диагностики стойкой задержки речевого развития и темповой задержки речевого развития на сегодняшний день остается достаточно сложным. В специальном исследовании, которое под руководством Г.В. Чиркиной проводила Е.В. Шереметьева (2006), был выявлен комплекс признаков отклонений речевого развития в различных компонентах речемыслительной деятельности.

В психофизиологическом компоненте

- недоразвитие слухового гнозиса (фонематического восприятия)
- недостаточность моторных предпосылок артикуляции, снижения кожно-кинестетической чувствительности в области периферического артикуляционного аппарата

В языковом компоненте:

- слабый по интенсивности, глухой по тембру голос;
- отсутствие подражания меняющемуся тону и самостоятельных голосовых модуляций;
- акцентуация только первого слога в двухсложных лепетных словах экспрессивной речи.

В когнитивном компоненте:

- в игровой деятельности – наличие лишь одноактных игровых действий и манипуляций с предметами, отсутствие речевой активности в процессе игры;
- в эмоциональном реагировании – отсутствие реакции на похвалу/порицания взрослого, неспособность к мимическому выражению эмоционального состояния, быстрая истощаемость, наличие самоуспокаивающих действий;

Негативные признаки нередко усугублялись дефицитом вербального общения детей с близкими взрослыми в повседневной жизни, т.к. родители «неговорящего» ребенка начинают меньше общаться с ним, понимая, что он испытывает трудности в речевом развитии и отрицательно реагирует на попытки прямой стимуляции речи («Скажи...», «Повтори...»).

- в стимуляции близкими взрослыми речевого развития – дефицит или общение с использованием сложных для понимания лексических и грамматических конструкций.

Итак, для дифференциальной диагностики отклонений речевого развития от задержки его темпа у детей раннего возраста важно учитывать, что наличие совокупности признаков и закономерностей их проявлений свидетельствуют об отклонениях речевого развития, в то время как наличие единичных признаков, проявляющихся мозаично, свидетельствует о темповых вариантах задержанного речевого развития (Шереметьева, 2006).

Педагогические и коррекционные задачи, которые должен решать логопед при работе с детьми раннего возраста, демонстрирующими на начальных этапах своего развития выраженные трудности в овладении вербальной коммуникацией на родном языке, не ограничиваются строго логопедической проблематикой. Это означает, что выявление и диагностика отклонений в развитии речи, а также организация стимулирующего воздействия на речь ребенка раннего возраста в сензитивном периоде ее развития являются



важными, но не единственными направлениями воздействия на личность ребенка, испытывающего специфические трудности в общении из-за несформированности в соответствии с возрастными нормами начального детского лексикона.

Остановимся более подробно на том, какую помощь должен оказать логопед на ранних этапах речевого развития ребенка с отклонениями в развитии речи. Рассмотрим более подробно доречевой этап и этап «первых слов», который иначе называют «дограмматическим».

### ***Коррекция и предупреждение отклонений речевого развития у детей раннего возраста***

Принципы и задачи коррекционно-предупредительного воздействия

Современные концепции помощи детям с особыми потребностями базируются на выделении ведущей роли семьи в пропедевтике и преодолении любых проблем, возникающих у ребенка на определенных возрастных этапах его развития. Тем более это важно для организации эффективной помощи детям раннего возраста, когда существует чрезвычайно крепкая, «симбиотическая» связь в диаде «мать-дитя», а помощь специалиста принимается только в той степени, в которой родители сами считают возможным ее использовать.

В ситуации семейного воспитания исходным пунктом, «стартовым» моментом логопедической работы с ребенком раннего возраста, имеющим проблемы в развитии речи, является первичное обращение родителей на консультацию к логопеду медицинского или образовательного учреждения. Еще несколько лет назад такие обращения, как правило, совпадали по времени с окончанием преддошкольного периода, и проходили в рамках обязательной диспансеризации детского населения в возрасте 3 лет на профилактическом осмотре в дошкольном учреждении или в детской поликлинике по месту жительства.

За последние годы резко возросла обращаемость родителей в учреждения как государственного, так и негосударственного статуса (Центры раннего вмешательства, Школы раннего развития и т.п.) по поводу проблем в развитии речи у детей в возрасте 1,5 – 3 лет. В то же время доречевое и раннее речевое развитие детей в большинстве случаев, как и раньше, остается за рамками

обязательного логопедического наблюдения, т.к. все внимание семьи конкретного ребенка сосредоточено в это время на решении педиатрических проблем (соблюдение режима вскармливания и других режимных моментов, становление двигательных навыков, соматическое здоровье ребенка, план прививок). Таким образом, упускается из виду чрезвычайно важный период, во время которого в гулении и лепете формируются физиологические механизмы речи, ребенком усваивается ритмо-мелодическая структура родного языка и собственно подражательная основа первых детских вокализаций, формируются первые коммуникативные навыки, связанные с общением на родном языке.

В раннем возрасте оказание пропедевтической помощи детям с отклонениями в развитии речи осуществляется на базе онтогенетического подхода и строится с учетом основных закономерностей становления речевой функции в норме, к которым относятся такие специфические особенности усвоения родного языка, как:

- использование детьми для выражения коммуникативных намерений значительного количества разнообразных невербальных средств (крики, гуление, лепетные серии, направленный взгляд, улыбки, мимические гримасы);

- первоочередное усвоение прагматических аспектов общения при более медленном и постепенном овладении фонологическим, морфологическим и синтаксическим средствами языка;

- обязательное упреждающее развитие понимания обращенной речи (семантический аспект) по сравнению с активизацией словарного запаса и корреляция между накоплением словаря и развитием мышления.

Понимание речи в начальном периоде ее развития и последовательность стадий овладения ребенком экспрессивной речью определяются специфическими особенностями речевого развития индивидуума, которые на ранних этапах онтогенеза выступают в следующих формах (Чиркина Г.В.):

- долингвистическая вокальная продукция (возраст и этапы вокализации, репертуар согласных звуков, организация лепетных диалогов, структура слогов, просодия);

- первые комбинации жеста и слова, появление коммуникативных намерений;

- начало активной речи (объем словаря и особенности первых номинаций; «особая» грамматика детских высказываний; ранний синтаксис; ситуационная обусловленность речи ребенка);
- овладение фонемным строем речи (последовательная дифференциация фонем по акустическим и артикуляционным признакам, характер фонетических трансформаций);
- усвоение морфемной структуры родного языка («замороженные формы», появление первых морфемных вариаций, постепенный переход от осознания смысловозначительной роли фонем к освоению их морфологической значимости; детские инновации);
- структурное усложнение грамматического оформления речи в сочетании с постепенным нарастанием смысловой сложности детских высказываний.

В период «пассивных» накоплений ребенок воспринимает, прежде всего, интонацию слова. Подражание речи взрослых приводит к тому, что уже в гулении русских детей возрастает число сегментов восходящей звучности, что характерно именно для фонетической системы их родного языка [Е.Н Винарская, Г.М. Богомазов, 2001].

Основной акцент при логопедическом воздействии в доречевом периоде должен делаться на активацию ранних вокализаций (гуление, лепет) и постепенное включение ребенка в первые диалоги: обмен лепетными сериями между близким взрослым (матерью) и ребенком. Первоначально такие диалоги носят очень примитивный характер, взрослый как бы «подхватывает» вокализации или слоги, которые продуцирует ребенок, и повторяет их несколько раз, удерживая малыша на руках так, чтобы ребенку хорошо было видно лицо взрослого собеседника. Опираясь на подражательные возможности ребенка в имитации мимики и губной артикуляции взрослого, мать или заменяющий ее близкий взрослый сначала стимулирует ребенка к повторному произнесению доступных ему повторяющихся слоговых серий (МА-МА-МА; ПА-ПА-ПА). В дальнейшем, слоговые цепочки постепенно усложняются, становясь более длительными и разнообразными (ПА-ТА-ТА-ТА).

Важность диалогической последовательности детских «высказываний» в общении с близким взрослым связана с усвоением первых коммуникативных

навыков и, в целом, относится к прагматическому аспекту усвоения родного языка в раннем возрасте. Активное применение ребенком паралингвистических средств общения (жесты, мимика, «соединяющий» взгляд) дает ему возможность «сообщить» о своих потребностях взрослому. Однако, в отличие от первых криков и мимических гримас, которые изначально носят рефлекторный характер и лишь со временем, видоизменяясь, приобретают коммуникативную направленность, жестовые средства общения с самого начала направленно формируются взрослым человеком. При этом такие важные коммуникативные умения, как использование утвердительных и отрицательных кивков головы, жестов приветствия и прощания, спонтанно вообще не появляются. Умение смотреть в глаза собеседнику развивается на базе безусловного зрительно - ориентировочного рефлекса, однако становление хорошего зрительного контакта с собеседником базируется на развитии когнитивной функции и связанного с ней зрительного и слухового внимания (зрительное прослеживание, внимание к речевым и неречевым звуковым сигналам).

Наиболее предпочтительна и доступна для лингвистического и педагогического анализа спонтанная речь ребенка раннего возраста. Начальные впечатления о спонтанной речи ребенка затем используются для планирования анализа речи в условиях обусловленной речевой активности, которая связана с использованием приемов называния, дополнения предложения за взрослым, немедленной и отсроченной имитации (“delayed imitation”).

Начальный этап развития вербальной коммуникации характеризуется стандартными для большинства детей с нормальным слухом и сохранными предпосылками интеллектуального развития сроками появления первых слов – в возрасте около 1 года, однако дальнейшее накопление словаря носит достаточно вариабельный характер. В связи с этим закономерно встает вопрос о необходимости динамического наблюдения за этапом накопления начального детского лексикона с целью предупреждения проявления выраженных нарушений речевого развития в конце преддошкольного возраста.

При анализе речевого развития ребенка следует учитывать фундаментальное положение Р.Е. Левиной о том, что формирование каждого из основных компонентов речевой системы ребенка (фонетического,

морфологического, словообразовательного, синтаксического и семантического) происходит в определенном соответствии с развитием других компонентов. Именно единство этих соответствий обеспечивает переход на более высокие ступени речевого развития. Успешное протекание начального периода в развитии речи определяется также гармоническим развитием всех аспектов личности ребенка раннего возраста и во многом зависит от специфики его социального окружения, условий воспитания, личностных особенностей взрослых людей, окружающих ребенка (Л.Л. Баз, О.В. Баженова, Е.Н. Винарская, Н.С. Жукова, О.С. Никольская и мн. др.).

Организация комплексного коррекционно-предупредительного воздействия

На основе научно обоснованной клинической и педагогической типологии детей с нарушениями речи в стране функционирует дифференцированная сеть учреждений для детей с различными формами первичной речевой патологии в системе образования и здравоохранения.

Как уже было сказано, выявление начальных отклонений речевого развития представляет большие сложности, так как необходимо разграничить признаки, характеризующие своеобразие индивидуального онтогенетического развития и дизонтогенетические расстройства.

Для определения принадлежности к тому или иному типу первичного речевого нарушения необходима систематизация признаков, манифестирующих нозологический тип речевой патологии, исключение так называемых параллельных симптомов, которые могут быть отнесены к другим, близким формам недоразвития, в которых нарушения речи составляют лишь одно из проявлений сложной структуры дефекта.

Интерпретация речевого отклонения в раннем возрасте возможна лишь в том случае, когда логопед владеет информацией о результатах комплексного медицинского изучения ребенка, и тщательно проводит обследование всех компонентов речевой системы, позволяющее вычлнить дифференцирующие признаки той или иной формы недоразвития и определить ее специфический характер.

Логопедическая помощь оказывается детям в следующих типах учреждений:

- ясли-сад для детей с нарушениями речи
- логопедический детский сад
- группы для детей с нарушениями речи при массовых ДОУ
- логопедический пункт при ДОУ
- группы для детей с нарушениями речи при детских домах общего типа
- службы (отделы) ранней помощи.

В системе здравоохранения имеется широкая сеть логопедических кабинетов при детских поликлиниках, логопедические стационары и полустационары при детских больницах для детей с органическими нарушениями речи и заиканием, специализированные детские санатории, ясли.

К инновационным типам учреждений относятся Центры, представляющие модульную систему их нескольких блоков (в том числе и логопедический). Предусмотрена преемственность между этими учреждениями, позволяющая обеспечить при необходимости перевод детей в другое учреждение, более соответствующее уровню его общего и речевого развития.

В настоящее время насущным требованием современного этапа развития системы специального образования становится реорганизация ранней логопедической помощи детям, воспитывающихся в семьях, в рамках существующих государственных учреждений образования и здравоохранения. Это могут быть как новые организационные формы, например, обязательный осмотр логопедом детской поликлиники всех детей, достигших возраста 1 и 2 лет, так и модифицированные варианты уже используемых в профилактических целях форм работы:

- осмотр логопедом детской поликлиники всех без исключения детей, оформляющихся в ясли-сад, даже если они не достигли возраста 3 лет,
- лекционные занятия или семинары для родителей, проводимые логопедом наряду с другими специалистами медицинского профиля в школе здорового ребенка при детской поликлинике по месту жительства;

- обязательное участие логопеда дошкольного образовательного учреждения в консультировании родителей ребенка раннего возраста, имеющего проблемы в развитии, проводимой детским психологом или дефектологом этого ДОУ;
- использование современных методик скрининга для выявления детей, имеющих факторы риска по раннему речевому развитию;
- активное включение родителей в процесс динамического наблюдения за формированием начального детского лексикона у детей с задержкой речевого развития.

Таким образом, может быть эффективно решена основная задача первого, подготовительного этапа – выявление ребенка с отставанием в развитии речи среди нормально развивающихся сверстников.

На втором этапе – коррекционно – пропедевтическом – создаются специальные педагогические условия, стимулирующие «выравнивание» речевого развития ребенка и создающие полноценную основу для его дальнейшего развития после 3 лет, связанного с усвоением морфемного состава слов, синтаксиса простого и сложного предложения, воспитанием правильного звукового оформления детских высказываний и т.п.

Содержание коррекционно-пропедевтического воздействия при отклонениях речевого развития у детей раннего возраста

В логопедической работе на данном этапе используются модифицированные приемы преодоления общего недоразвития речи (ОНР, I уровень) Р.Е. Левиной, Н.С. Жуковой, С.А. Мироновой, Т.Б. Филичевой, специальные упражнения, направленные на развитие предпосылок фонематического восприятия и устранения выраженных нарушений звуко-слоговой структуры А.К. Марковой и Г.В. Чиркиной. Также целесообразно использовать методические рекомендации по воспитанию фразовой речи у детей-алаликов, разработанные В.К. Орфинской, Б.М. Гриншпунном, В.К. Воробьевой, Е.Ф. Соботович, В.А. Ковшиковым, С.Н. Шаховской, а также методические разработки В.В. Гербовой, С.Н. Теплюк, В.А. Петровой к занятиям по развитию речи и ознакомлению с окружающей действительностью детей раннего возраста. Широкую известность в последние годы получила

методика формирования начального детского лексикона, разработанная О.Е. Громовой.

Необходимо специально подчеркнуть, что развитие речи осуществляется на основе ознакомления детей раннего возраста с предметами и явлениями окружающей действительности. Окружающая действительность является источником познания и развития для нормально развивающегося ребенка, поэтому ознакомление с окружающим – важное средство всестороннего воспитания и развития детей с отклонениями в развитии. Формирование речи ребенка раннего возраста проводится в специально созданных коммуникативных игровых ситуациях, содержание которых максимально приближено к реалиям жизни маленького ребенка (игра с куклой, мячом, машинкой, одевание на прогулку, подготовка к детскому празднику).

В целом, в системе специального дошкольного образования задачи ознакомления детей с окружающей действительностью решаются с опорой на сохранные анализаторы и функции. Однако для детей с отклонениями в развитии речи эти задачи будут принципиально иными, чем для других категорий детей с отклоняющимся развитием. Это связано, в первую очередь, с тем, что дети с отставанием в развитии экспрессивной стороны речи имеют нормальный слух и сохранные предпосылки интеллектуального развития, или, говоря иначе, не имеют первичных сенсорных дефектов или первичной задержки психического развития. Развитие речи у таких детей в случае ее недоразвития тесно связано с их эмоционально-личностным развитием, с формированием у них адекватного отношения к событиям окружающей жизни, включением каждого индивидуума в реальные предметно-действенные отношения с миром вокруг него.

В связи со специфическими трудностями в усвоении родного языка, демонстрируемыми детьми с задержкой речевого развития в устной речи, перед логопедами и воспитателями, работающими в дошкольных учреждениях компенсирующего вида, встает как первоочередная проблема логопедической коррекции речевых нарушений до начала обучения в школе и пропедевтики нарушений чтения и письма (Р.Е. Левина, Г.В. Чиркина, Т.Б. Филичева, Л.Ф. Спирина и др.). Однако решение этой коррекционной задачи невозможно без параллельного предметно-практического освоения детьми окружающего мира,



развития их самосознания и эмоционально-личностного контакта с этим миром.

Когнитивное развитие детей раннего возраста с ЗРР заметно опережает темпы их личностного развития, вследствие чего у этих детей часто бывает искажена реальная картина мира и представления о своем месте и роли в нем. Уровень развития самосознания этих детей также может не соответствовать их возрасту. Жизненная некомпетентность детей нередко усугубляется сопутствующими негрубыми нарушениями в эмоционально-волевой сфере. Таким образом, нарушения эмоционально-смыслового осознания детьми с отставанием в речевом развитии жизненного пространства вокруг себя не создают основы для спонтанного формирования у них элементарных языковых обобщений, составляющих необходимый базис для развития речи в норме (Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И., Королевская Т.С.).

При правильной организации коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста, имеющими ЗРР, занятия по развитию речи способствуют всестороннему развитию личности каждого ребенка, формированию у него внимания, памяти и других высших психических функций, и тем самым обеспечивают более качественную подготовку детей к интеграции в среду нормально развивающихся сверстников.

Система коррекционно-логопедической работы с детьми раннего возраста, имеющими выраженную задержку речевого развития подчинена общей цели формирования вербальной коммуникации и включает следующие взаимосвязанные направления.

*1. Развитие импрессивной речи, формирование предпосылок речевого мышления, которое позволит осуществить:* развитие слухового внимания к неречевым и речевым стимулам, формирование у детей умения соотносить звуки с определенными объектами живой природы или предметами окружающей действительности; развитие зрительного внимания, навыков направленного наблюдения за называемыми предметами и выполнения действий по подражанию, тренировку памяти (зрительной, слуховой, тактильной); активизацию жестовых средств общения, обучение детей основным конвенциональным жестам («первые жесты»); ознакомление детей с названиями предметов окружающей действительности, названиями основных действий и слов, указывающих на изменение положения предмета в

пространстве; обучение детей выполнению речевых инструкций с наглядной опорой (указательный жест, демонстрация действия и т.п.) и без наглядной опоры.

2. *Развитие активной речи и формирование речевых коммуникативных навыков*, которые предусматривают: активизацию речевых вокализаций, сопровождаемых жестово-мимическими средствами общения; поэтапное обучение детей построению простого предложения (слово – предложение, предложение из аморфных слов слов-корней, двусоставное предложение); стимулирование инициативной речи ребенка в специально организованной ситуации общения.

3. *Пропедевтика нарушений фонематического слуха, слоговой структуры и звукопроизношения*, которая предусматривает: стимулирующее воздействие на формирование моторных функций артикуляционного аппарата; развитие длительного физиологического выдоха, правильного речевого дыхания; активизацию звукоподражания у детей и воспроизведения по образцу двух - трехсложных слов и коротких фраз.

На третьем – заключительном этапе – решаются вопросы адекватной педагогической оценки достигнутых результатов, которая обязательно осуществляется с учетом мнения не только специалистов, работающих с ребенком (в данном случае – логопеда), и независимых экспертов (детского психолога, невролога, методиста ДОУ, других членов ПМПК, если ребенок получал помощь в условиях ДОУ), но и семьи ребенка. Чрезвычайно важно, чтобы педагогическая оценка специалистами успехов, достигнутых ребенком в ходе логопедических занятий, совпадала с мнением родителей, их «видением» ситуации и перспектив развития конкретного ребенка.

На этом этапе необходимо очень взвешенно и реалистично подходить к процедуре оценки речевого развития конкретного ребенка. Необходимо повторно определить его речевой статус в настоящее время, исходя не только из общепринятых норм развития речи для детей этого возраста, но и с учетом тех позитивных изменений, которые произошли с ребенком за время коррекционно-стимулирующего воздействия. Для ребенка раннего возраста в качестве положительного результата следует рассматривать не полное исправление речи, а достижение уровня речевого развития, близкого к показателям нормы для

этого возраста или, в более осложненных случаях, очевидное изменение группы развития в сторону улучшения. Так, например, если стимулирующие обучение проводилось с ребенком в возрасте от 2,5 до 3 лет, речевое развитие которого на момент начала логопедических занятий соответствовало возрасту 1-1,5 («группа выраженного риска»), а к 3 годам развитие его речи стало соответствовать 2-2,5 годам, то считается, что мы достигли положительного результата. Данный ребенок поменял группу развития и его речевой статус в настоящее время оценивается как «группа внимания».

Современные подходы к обучению и воспитанию детей с отклонениями в развитии, как уже отмечалось, требуют максимально возможного включения семьи ребенка в совместную с логопедом работу по развитию детской речи, преодолению коммуникативных и других проблем ребенка, выявленных в ходе коррекционно - развивающего обучения. Остановимся более подробно на этой важнейшей составляющей успешной помощи детям с задержкой речевого развития.

#### Организационные формы логопедической работы

В учреждениях системы образования, как правило, используются фронтальные и индивидуальные формы работы. При организации фронтальной работы с детьми учитывается структура речевого нарушения и степень его выраженности (уровень общего недоразвития речи, степень фонетико-фонематического недоразвития и др.). Индивидуальная работа предусмотрена для каждого ребенка и ориентирована на коррекцию или стимуляцию фонематического восприятия, развитие артикуляционной моторики, преодоление апраксии и других специфических проявлений, обусловленных различными нозологическими формами речевой патологии.

Поскольку в структуре многих речевых нарушений обнаруживается недостаточность речи (ее основных компонентов - фонетики, лексики, синтаксиса, семантики) и недоразвитие так называемых внеречевых процессов, обеспечивающих речевую деятельность в целом, реабилитационная программа предусматривает два основных направления коррекционно -развивающей работы:

- формирование полноценных речевых компонентов и навыков коммуникации;
- развитие познавательных способностей, внимания, памяти, общей и тонкой моторики.

Конечной целью реабилитации ребенка с отклонением речевого развития является полноценная подготовка к интеграции в общеобразовательную среду. Решение этой важной в социальном аспекте задачи прямым образом связана с проблемой квалифицированного и повсеместного выявления и обследования детей с ранними признаками речевой недостаточности и адресного оказания им соответствующей логопедической помощи.

Особый акцент в оказании необходимой логопедической помощи детям раннего возраста следует сделать на учреждениях медицинского профиля по месту жительства ребенка (детская поликлиника, детская больница, детское (дошкольное) отделение в психоневрологическом санатории). Это связано с тем, что именно всеобщая медицинская диспансеризация создает объективные предпосылки для выявления, динамического наблюдения и организации необходимой психолого-медико-педагогической помощи семьям, воспитывающим ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии речи, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. В последние годы стали открываться специализированные «койки» в неврологических отделениях детских больниц для детей с задержкой психо-речевого развития, в комнатах здорового ребенка при детских поликлиниках проводятся лекции для родителей, информирующие семью ребенка о требованиях к развитию речи в первые годы жизни.

Однако требуется еще значительная работа по внедрению в каждодневную практику работы медицинских учреждений современных методов и приемов работы с детьми раннего возраста, прежде всего – обучение и сертификация специалистов – логопедов, помогающих этой возрастной категории детей (иногда, по аналогии с западной терминологией их называют специалистами по ранней коммуникации). Необходима также частичная переориентация потока детей дошкольного возраста с легкими нарушениями речи в учреждения другого профиля (логопункты при массовых школах и детских садах) с тем, чтобы высвободить время логопеда детской поликлиники

для проведения консультирования семей, обратившихся по поводу оказания помощи ребенку раннего возраста.

Комплексность целей и пролонгированный характер задач, решаемых в ходе логопедической коррекции речи у детей раннего возраста, требуют создания разветвленной сети образовательных учреждений, обеспечивающих вариативные формы помощи детям с речевыми нарушениями:

- профилированные группы раннего развития при детских образовательных центрах,
- диагностические (ясельные) группы в ДОО компенсирующего вида,
- индивидуальные обучающие занятия на логопункте массового детского сада и т.п.

Только массированное, всестороннее воздействие на формирующуюся речевую функцию в сензитивном периоде ее развития создаст необходимые предпосылки для дальнейшей компенсации первичного речевого дефекта, сокращения сроков коррекционного обучения и полноценной интеграции ребенка в общеобразовательный процесс на следующих возрастных этапах (дошкольное детство, младший школьный возраст).

#### *Работа с семьей, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии речи*

Задержка речевого развития ребенка с нормальным слухом и хорошим интеллектом является чрезвычайно распространенной, но далеко не единственной проблемой в раннем речевом развитии. Предупреждение появления проблем в развитии речи и квалифицированная логопедическая помощь при своевременном обращении родителей к специалистам стали возможны только в условиях широкой информационной доступности сведений о том, что такое норма речевого развития и какие трудности требуют безотлагательного вмешательства со стороны коррекционных педагогов, специальных психологов и врачей.

Работа с семьей ребенка начинается с ее информирования о том, в чем сущность проблем в речевом развитии их ребенка, какие педагогические характеристики и психологические особенности ребенка необходимо учитывать

при организации логопедической работы по развитию его речи. Одним из важнейших отправных моментов первичного консультирования является выяснение условий формирования речи ребенка в семье. Традиционный перечень вопросов, задаваемых логопедом родителям ребенка раннего возраста, несколько расширен по сравнению с детьми, старше 3 лет.

Помимо вопросов, о характере доречевой продукции (время появления гуления, лепета, первых слов, характеристика этой продукции по звуковому составу, частоте наблюдения), у родителей обязательно выясняются вопросы о социальных условиях формирования речи и косвенных признаках, указывающих на наличие артикуляционных проблем у ребенка.

Надо сразу определить наличие влияния факторов двуязычия в семье.

### **О двуязычии в семье**

В многонациональной стране проблема раннего двуязычия возникает часто и в различных ситуациях. Например: двуязычная семья, соблюдающая принцип «один язык» - «одно лицо»; оба родителя двуязычны, в семье используются оба языка в определенных случаях или произвольно; в семье общение только на одном языке, вне семьи – на другом. Возможны и другие особенности речевого общения в семьях билингвов. Перечисленные ситуации влияют на степень овладения каждым языком и на доминирование одного из них. Известно, что в ранний период (до 3 лет) отмечается смешение языковых систем даже в пределах одного высказывания. Интерференция разных языковых систем может негативно повлиять на речевое развитие ребенка на родном языке, в особенности при наличии отягощающих биологических факторов (патология беременности и родов, тяжелые заболевания на первом году жизни и т.п.).

Особенно вдумчиво и осторожно следует подходить к выбору доминирующего языка для детей с выраженными отклонениями в строении и функции артикуляционного аппарата (им сложно, а иногда и недоступно дифференцировать звуки сходных фонетических систем), для детей с заиканием, алалией и др. В связи с этим психологи и логопеды рекомендуют последовательное овладение двумя языками в раннем и дошкольном возрасте, то есть перемещение ребенка в другую языковую среду только после того, как у него сформируется языковая способность и первоначальная коммуникативная компетенция на одном (родном) языке. В этих случаях влияние второго языка

может быть благотворным для познавательного развития ребенка, так как у него быстрее вырабатываются метаязыковые навыки (членение потока речи на звуки, слоги, слова, предложения, анализ слов и др.), формируется самокоррекция. Дети более осознанно ориентируются на семантику слов.

Таким образом, двуязычное воспитание может иметь общеразвивающий эффект при определенных условиях. В особенности это относится к организации общения, игровым ситуациям с использованием второго языка с детьми, страдающими заиканием или имеющими первые признаки неплавности речи («спотыкания», повторы, частые запинки). В этих случаях необходима консультация логопеда.

В целом, работая с семьей ребенка, необходимо тщательно анализировать все факты раннего доречевого и речевого развития конкретного ребенка, делая особый акцент на выявление даже минимальных отклонений в развитии, которые могут проявляться в форме предикторов будущих речевых нарушений. Ниже мы приводим некоторые, наиболее информативные для специалистов примеры таких отклонений в развитии.

#### **Бедный лепет, плохо модулированная речь, смазанная артикуляция**

Логопедическое воздействие в случае выявления этих признаков в очень раннем возрасте может быть только косвенным. Родителям даются советы по активизации движений органов артикуляции, стимуляции слуховой системы, поддержки лепетной продукции ребенка. Полезно провести уточняющую диагностику у детского невролога.

#### **Предикторы нарушения функции артикуляционного аппарата:**

Как правило, выявляются три группы нарушений -

- Трудности жевания и глотания
- Нарушения подвижности органов артикуляции
- Отсутствие или ослабление контроля за саливацией.

В некоторых случаях трудности в глотании проявляются у новорожденных из-за врожденных дефектов (например, несращения неба различной формы), применения небных протезов или из-за церебральной дисфункции, а иногда они носят функциональный характер и связаны с длительным периодом искусственного вскармливания, что стало чрезвычайно распространено в последнее десятилетие. Отсутствие контроля за

проглатыванием слюны или недостаточность речевой моторики проявляются в саливации. Родители замечают, что ребенок слишком часто «пускает слюни». К сожалению, повышенное слюнотечение в сочетании с «вялой» артикуляцией и трудностями жевания и глотания являются «маркерами» наличия в будущем серьезных проблем в артикуляции ребенка.

### **Проблемы с приемом пищи и жидкости**

- у ребенка появляется рвота при переходе к питанию твердой пищей.
- ребенок выталкивает пищу языком, не удерживает ее между зубами.
- ребенок часто давится, когда пьет из чашки, и жидкость выливается из ротовой полости.

Родителям даются рекомендации по нормализации приема пищи, по подбору адаптированного по консистенции питания, удобного поильника, по формированию навыков опрятности, преодолению негативного отношения к определенным видам продуктов.

### **Вредные привычки**

Кроме того, у ребенка раннего возраста могут сформироваться нежелательные привычки – сосание пальца (или соски в возрасте старше 1 года), ротовое дыхание, полукрытый рот. Отмечается нетипичная позиция языка – язык контактирует со слизистой оболочкой нижней губы, язык просовывается между передними зубами, что позже образует интердентальную артикуляцию звуков и приводит к фонетическим нарушениям. Сами по себе эти привычки могут не быть прямо связаны с наличием серьезной речевой патологии. Часто они изначально носят компенсаторный характер при наличии какой-либо соматической причины (частые простудные заболевания), психотравмирующей ситуации в окружении ребенка (ранний выход мамы на работу, скандалы в семье) или имеют подражательный характер, однако со временем вредные привычки станут самостоятельной и чрезвычайно стойкой проблемой, влияющей на речевое развитие ребенка.

### **Первые признаки заикания:**

- Повторение звуков или слогов ( чрезмерная активность )
- Растягивание ( пролонгация) звуков.



- Частое повторение слов.
- Включение слов («паразитов»)

В этих случаях большое значение имеет наличие в семье заикающихся взрослых или родственников. Известно, что риск проявления заикания с возрастом увеличивается и достигает большой остроты к 5-6 годам. Поэтому чрезвычайно важно раннее вмешательство логопеда.

Огромное значение имеет перестройка негативных влияний средовых факторов, влияющих на заикание. В раннем возрасте очень велики шансы на спонтанное преодоление заикания. Очень важно при заикании обратить внимание на биологические факторы риска, в частности на нарушения формирования психомоторного профиля, тип нервной системы ребенка, сопутствующие соматические заболевания.

Недоучет психомоторики, отставание в ее развитии может привести к устойчивому нарушению плавности речи. В связи с этим необходимо исключить насильственную переориентацию леворуких детей в правшей. В отдельных случаях родители могут предупредить развитие леворукости (если ребенок является амбидекстром). С этой целью ребенку с раннего возраста предметы (ложку, игрушки и т.п.) дают в правую руку, предлагают ощупать их, угадать по форме и т.д.

Родителям следует обратить внимание на обстоятельства, усиливающие заикание, наличие страха речи (логофобию), на степень реакции на судорожную речь. Важно как можно раньше отметить и зафиксировать изменения в поведении ребенка после возникновения заикания. Известным специалистом в области заикания, Г.А. Волковой отмечено, что, по мнению родителей (77,3% матерей и 66,7% отцов), у детей появляется упрямство, настойчивость в осуществлении желаний, категоричные просьбы и т.п.

В то же время обнаружено, что заикание ребенка, как правило, возникающее в 2-4 года, изменяет семейный микроклимат, вызывает повышенное внимание родителей к речи ребенка, в особенности в начальный период. Затем психологическая реакция родителей ослабевает, особенно у отцов. В этом состоит специфическая особенность заикания, которое имеет волнообразный или рецидивирующий характер, что и вызывает у родителей

ложные надежды на спонтанное преодоление нарушения плавности речи без участия специалистов и коррекционного воздействия.

Большое значение для осознания ответственности родителей за устранения заикания имеют следующие факты:

- В беседе с родителями часто выясняется, что они отмечали с беспокойством некоторые отклонения в нервно-психической сфере ребенка еще до появления заикания (в младенческом возрасте) – беспокойство, тики, ночные страхи, негативизм и другие особенности.

- Многими исследователями отмечено дисгармоническое развитие ребенка, провоцирующее появление заикания, но родители традиционно связывают их с заиканием, подменяя причину и следствие.

- Реакция родителей на поведение заикающегося ребенка не всегда соответствует психологическим и логопедическим рекомендациям.

Известны случаи, когда родители наказывают детей за капризы, за судорожную речь и т.п., что негативно влияет на преодоление нарушения плавности речи. Несогласованность педагогических требований родителей, конфликтные ситуации в семье, низкий социо-культурный уровень двуязычие и другие факторы только усугубляют проявления заикания в раннем возрасте. Нормализация и гармонизация внутрисемейных отношений в семье заикающегося ребенка является одним из важнейших условий преодоления дефекта.

На ранней стадии возникновения заикания возможно устранить речевые запинки без использования специфических методов воздействия, основываясь на нормализации требований к детской речи на раннем этапе ее развития. Изучение разговорной среды, в которой протекает общение ребенка и его сотрудничество со взрослым часто демонстрирует неадекватный возможностям ребенка уровень требований к его речи. Часто взрослые побуждают ребенка к активному использованию сложных образцов речи, порицают его неправильное произношение, поощряют употребление лексики старшего возраста, что приводит к речевой перегрузке незрелой речевой функции. Родители могут косвенно усиливать речевую активность детей, поощряя их выступления перед публикой. Поощряя вербальные успехи детей, родители нередко недооценивают практические навыки детей, их деятельность, что может привести к

резонерскому характеру детских высказываний. Родителям требуется большой педагогический такт, чтобы правильно определить допустимые и недопустимые требования к своему ребенку. Необходимо учитывать не только уровень развития речи, но и свойства личности ребенка, особенности его психофизического развития в целом. Поэтому чрезвычайно важно обратиться к специалисту при первых признаках заикания.

При более раннем выявлении речевых нарушений и оказании специализированной логопедической помощи детям создается благоприятная педагогическая ситуация для полного или максимально возможного преодоления речевого нарушения у конкретного ребенка уже в дошкольном возрасте. Это позволяет положительно решать вопрос о возможной школьной интеграции такого ребенка в единую образовательную среду с его нормально развивающимися сверстниками. Однако потенциальные коррекционные перспективы, связанные с возможностью полной интеграции детей, имеющих речевые нарушения, в образовательный процесс массовой школы на деле могут оказаться не столь очевидными. Прежде всего, это связано с тем, что ранее выявление отклонений в развитии речи требует, но, к сожалению, не предопределяет ранее начало коррекционной работы с этими детьми. Очень часто на практике происходит искусственное затягивание с началом педагогического воздействия на речь детей раннего возраста с выраженными проблемами в формировании экспрессивного словаря или первыми признаками неплавности в самостоятельной речи. Это может быть связано как с несвоевременным обращением родителей ребенка за логопедической помощью, попытками «дождаться» спонтанной компенсации имеющегося дефекта, так и с отсутствием специализированных учреждений, в которых ребенку раннего возраста будет оказана необходимая коррекционная поддержка и сопровождение на всех этапах логопедической работы (диагностический, пропедевтический, коррекционный и т.п.).

#### Основная литература:

1. Методы обследования речи детей // Под ред. Г.В. Чиркиной. – М., 2005.

2. Левина Р.Е. К психологии детской речи (Автономная детская речь) / Нарушения речи и письма у детей // Под ред. Г.В. Чиркиной. – М., 2005.
3. Громова О.Е. Методика формирования начального детского лексикона. – М., 2003.
4. Миронова С.А. Логопедическая работа в дошкольных учреждениях и группах для детей с нарушениями речи. – М., 2006.
5. Чиркина Г.В. К проблеме раннего распознавания и коррекции отклонений речевого развития у детей // Проблемы младенчества. – М.: ИКП РАО, 1999. – с.148-150.

#### **Глава 4. Коррекционно-развивающая работа с детьми с двигательной патологией в первые годы жизни**

В последние годы отмечается рост числа детей, родившихся с признаками перинатального поражения центральной нервной системы. Перинатальные поражения ЦНС объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в ранние сроки после рождения. Ведущее место в перинатальной патологии ЦНС занимают асфиксия и внутричерепная родовая травма, которые чаще всего поражают нервную систему анормально развивающегося плода. По данным разных авторов, перинатальная энцефалопатия (ПЭП) встречается до 83,3% случаев.

Раннее поражение мозга обязательно в дальнейшем проявится в той или иной степени нарушенным развитием. Несмотря на равную вероятность поражения всех отделов нервной системы, при действии патогенных факторов на развивающийся мозг, прежде всего и сильнее всего страдает двигательный анализатор. В силу того, что страдает незрелый мозг, дальнейшие темпы его созревания замедляются. Нарушается порядок включения структур мозга по мере их созревания в функциональные системы.

ПЭП является фактором риска по возникновению у ребенка двигательной патологии. У детей с перинатальной церебральной патологией постепенно по мере созревания мозга выявляются признаки повреждения или нарушения развития различных звеньев двигательного анализатора, а также психического,

доречевого и речевого развития. С возрастом, при отсутствии адекватной лечебно-педагогической помощи постепенно формируется более сложная патология, нарушения развития закрепляются, что часто приводит к исходу заболевания в детский церебральный паралич (ДЦП).

Основную массу детей с двигательной патологией составляют дети с церебральным параличом. Однако на первом году жизни диагноз *«детский церебральный паралич»* ставится только тем детям, у которых ярко выражены тяжелые двигательные расстройства: нарушения тонуса мышц, ограничение их подвижности, патологические тонические рефлексy, непроизвольные насильственные движения (гиперкинезы и тремор), нарушения координации движений и т.д. Остальным детям с церебральной патологией ставится диагноз *«перинатальная энцефалопатия; синдром церебрального паралича (или синдром двигательных расстройств)»*.

У детей с синдромами двигательных расстройств и с ДЦП задержано и в той или иной степени нарушено овладение всеми двигательными навыками: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки самостоятельного сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических и речевых функций. Именно поэтому так важно как можно раньше выявлять нарушения в двигательной сфере ребенка. Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубые двигательные расстройства, а на другом - минимальные. Речевые и психические нарушения, так же как и двигательные, варьируют в широких пределах, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические и речевые расстройства могут быть минимальными, а при легких двигательных расстройствах встречаются тяжелые нарушения психики и речи.

Многолетние исследования показали, что в случае раннего выявления в первые месяцы жизни и организации адекватной коррекционной работы можно достичь значительных успехов в преодолении двигательной церебральной патологии. Исследования К.А.Семеновой, Л.О.Бадаляна, Е.М.Мастюковой показывают, что при условии ранней диагностики – не позднее 4-6-месячного возраста ребенка – и раннего начала адекватного систематического медико-

педагогического воздействия практическое выздоровление и нормализация различных функций могут быть достигнуты в 60-70% случаев к 2-3-летнему возрасту. В случае позднего выявления детей с двигательной церебральной патологией и отсутствия адекватной коррекционной работы возникновение тяжелых двигательных, психических и речевых нарушений является более вероятным.

В настоящее время существуют эффективные методы клинической диагностики ПЭП на первом году жизни. При выявлении нарушений психомоторного развития, свидетельствующих о поражении головного мозга, необходимо организовать работу по их преодолению. Ведущую роль при этом играет врач-невропатолог. Он назначает восстановительное лечение, дает рекомендации по режиму. Но важная роль принадлежит также инструктору ЛФК, педагогу-дефектологу, логопеду и, конечно, родителям.

### **Сравнительная характеристика моторного, познавательного и речевого развития ребенка первого года жизни при нормальном и нарушенном психофизическом развитии**

Развитие ребенка на первом году можно условно разделить на 5 основных этапов: I - период новорожденности; II - 1-3 мес.; III - 3-6 мес.; IV - 6-9 мес.; V - 9-12 мес. На каждом возрастном этапе формируются специфические функции, которые служат показателями возрастного развития и определяют его последовательный ход. Для выявления нарушений психомоторного развития на первом году жизни, прежде всего, необходимо знать основные этапы развития здорового ребенка.

#### ***I. Период новорожденности.***

##### ***Моторное развитие.***

Для новорожденного ребенка характерна сгибательная поза. Руки согнуты во всех суставах, приведены к грудной клетке, кисти сжаты в кулачки, большой палец приведен к ладони. Ноги несколько согнуты во всех суставах. Спонтанная двигательная активность проявляется в виде хаотичных некоординированных движений. У ребенка в норме можно вызвать рефлексы

врожденного автоматизма: защитный, хватательный, Моро, опоры, автоматической ходьбы, ползания, Галанта.

К 3-ей неделе ребенок в положении на животе делает попытку приподнять голову. К концу первого месяца жизни у ребенка формируется лабиринтный выпрямляющий установочный рефлекс на голову (в положении на животе или на спине ребенок поднимает и удерживает голову).

При нарушении моторного развития в период новорожденности у детей могут отмечаться различные варианты нарушений мышечного тонуса.

Гипертонус мышц (повышение мышечного тонуса) выражается в общей скованности: при всех манипуляциях ребенок сохраняет сгибательную позу. Руки согнуты и приведены к туловищу. При мышечной гипотонии ребенок, наоборот, лежит с разогнутыми во всех суставах конечностями. Мышечная гипотония у новорожденных встречается чаще и может быть симптомом многих неврологических заболеваний. Объем пассивных движений значительно увеличен. Спонтанная двигательная активность снижена. Безусловные рефлексы чаще угнетены.

К концу первого месяца жизни у ребенка не формируется лабиринтный установочный рефлекс на голову.

#### *Познавательное развитие.*

В период новорожденности при нормальном развитии идет формирование зрительных и слуховых ориентировочных реакций: в возрасте 10 дней - ребенок удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение), в возрасте 20 дней - неподвижный предмет (лицо взрослого). Плачущий ребенок умолкает и прислушивается при сильном звуковом раздражителе. В возрасте 1 месяца отмечается зрительное сосредоточение и плавное прослеживание движущегося предмета; длительное слуховое сосредоточение (прислушивается к звуку игрушки, голосу взрослого). В ответ на ласковое обращение взрослого у ребенка появляется положительная эмоциональная реакция в виде "ротового внимания" и улыбки.

Нарушение познавательного развития у детей с двигательной патологией проявляется в том, что даже к концу периода новорожденности у них часто нет зрительного и слухового сосредоточения, "ротового внимания", прослеживания

движущегося предмета. Оптические и слуховые раздражители вызывают защитно-оборонительные реакции в виде вздрагивания, мигания век, плача. Имеющиеся у некоторых детей ориентировочные реакции носят слабо выраженный познавательный характер. Период бодрствования короткий, на его фоне возникают отрицательные реакции. Нередко дети много и беспричинно кричат или, наоборот, сонливы. Эмоциональное общение детей с окружающими выражено слабо (они не улыбаются).

#### *Доречевое развитие.*

Первый период доречевого развития - безусловно-рефлекторный, когда ведущее значение для жизнедеятельности организма имеют безусловные пищевые и защитные рефлексы. Голосовые реакции - звуки, произносимые новорожденным и неотделимые от его жизненно важных физиологических функций. Помимо крика к голосовым реакциям новорожденного относят кашель, чихание, звуки при сосании, зевании. Крик в норме громкий, чистый, среднего или низкого тона, с коротким вдохом и удлиненным выдохом (*ya-a-a-*), длительностью не менее 1-2 секунд, без интонационной выразительности. Временами ребенок издает отдельные гортанные звуки, средние между *a* и *э*.

У детей выявляются следующие безусловные пищевые и оборонительные рефлексы, которые при нормальном развитии проявляются с рождения, а затем постепенно ослабевают и угасают:

1. Ладонно-рото-головной рефлекс (Бабкина). Вызывается давлением на ладонь в области возвышения большого пальца, при этом рот открывается, голова сгибается. Ослабевает к концу 1-го месяца жизни и пропадает к 3-м месяцам.
2. Губной рефлекс. При похлопывании по одному из углов полуоткрытого рта возникает непроизвольное движение губ, закрытие рта - подготовка к сосанию. После 6 недель рефлекс постепенно угасает.
3. Хоботковый рефлекс. Раздражение в области середины верхней губы вызывает рефлекторное движение губ вперед, они вытягиваются в "хоботок" (рефлекс подготовки к сосанию). Угасает после 6 недель.
4. Поисковый рефлекс. Раздражение щеки в области угла рта вызывает движение губ в сторону раздражителя (рефлекс подготовки к сосанию). Угасает после 6 недель.



5. Сосательный рефлекс. При тактильном раздражении губ, передней поверхности языка и твердого неба возникают сосательные движения. Нежное движение раздражителя (соски или пальца) ускоряет и усиливает активность сосательных движений. Рефлекс гаснет в возрасте от 4-х месяцев до 1 года.
6. Глотательный рефлекс. Вызывается тактильной стимуляцией корня языка, неба, задней стенки глотки. Обычно глотание следует за сосательной активностью. Но в период новорожденности глотание предшествует сосательному рефлексу. Изменение в схеме глотания и сосания начинается с 12 недель.
7. Рот-открывающий рефлекс. Вызывается зрительной стимуляцией - при виде груди или бутылки с молоком происходит рефлекторное открывание рта (условный сосательный рефлекс). Возникает в 4 месяца, начинает угасать с 6 месяцев.
8. Жевательный рефлекс появляется с 7 месяцев и вызывается тактильной стимуляцией десен или зубов.

Нарушение доречевого развития проявляется в том, что различные патологические состояния могут приводить к затруднению или невозможности осуществления даже примитивных голосовых реакций. Нарушения тонуса артикуляционной и дыхательной мускулатуры делают крик ребенка слабым, коротким, высокого тона. При крике может отсутствовать преобладание второй фазы (*ya* вместо *ya-a-a*). Иногда изменяется и звуковая сторона крика. Он может быть пронзительным, резким или очень тихим, в виде отдельных всхлипываний или вскрикиваний, которые ребенок обычно производит на вдохе. Крик бывает настолько тихим, что только по мимическим реакциям (гримаса на лице) можно догадаться, что ребенок плачет. В тяжелых случаях крик может отсутствовать совсем (афония). Иногда отмечается хныканье, несвойственное здоровым новорожденным. У ребенка со слабостью дыхательной мускулатуры ослаблен или отсутствует кашлевой толчок, он плохо чихает.

Голосовые реакции новорожденного с двигательными нарушениями могут быть бедными или отсутствовать совсем вследствие угнетения центральной нервной системы. В этом случае ребенок не произносит даже отдельные гортанные звуки. В первые недели и месяцы жизни у детей с

двигательной патологией рефлексы орального автоматизма чаще всего ослаблены, угнетены или не проявляются совсем, что затрудняет кормление детей и препятствует развитию голосовых реакций.

### ***II период (1-3 месяца.)***

#### *Моторное развитие.*

Сгибательная поза еще сохраняется, но уже менее выражена. Наблюдается нарастание объема движений в конечностях, особенно активизируются руки. Ребенок может подносить их ко рту. К концу периода он может короткое время удерживать вложенную в руку игрушку; совершает активные повороты головой в стороны, особенно на звуковой стимул. На третьем месяце, лежа на спине, малыш пытается поднять голову.

К третьему месяцу в положении на животе, поднимая голову, ребенок опирается на предплечья, руки полуразогнуты в локтевых суставах. В начале периода безусловные рефлексы ярко выражены, к его концу они начинают ослабевать и угасать.

При нарушении двигательного развития тонус мышц-сгибателей остается повышенным или даже происходит его нарастание. Объем активных движений может быть снижен, особенно отсутствует активизация рук, кисти остаются сжатыми в кулачки. Патологическими признаками являются сохраняющееся снижение мышечного тонуса и дистония (меняющийся характер мышечного тонуса). На животе сохраняется сгибательная поза (руки располагаются под грудью, ноги согнуты в бедрах и коленях, таз приподнят). При мышечной гипотонии поза остается распластанной, ноги разогнуты. Опора на руки практически отсутствует.

При гипертонусе активизируется асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР), который вызывает асимметрию мышечного тонуса и позы. АШТР проявляется в том, что при повороте головы в сторону разгибаются конечности, в направлении которых повернута голова; ребенок принимает «позу фехтовальщика». Реакции выпрямления отсутствуют или развиваются недостаточно. В положении на животе ребенок плохо поднимает голову и не удерживает ее, не выдвигает руки вперед, не опирается на предплечья. Поэтому он не любит лежать на животе. Отмечается активизация рефлексов врожденного автоматизма, вместо постепенного их угасания.

*Познавательное развитие.*

При нормальном развитии во II периоде в ответ на положительное эмоциональное общение со взрослым ребенок проявляет "комплекс оживления" - сочетание улыбки и начальных звуков гуления с общим мимическим оживлением и двигательной активностью. У ребенка отмечается длительное зрительное сосредоточение и прослеживание предмета (во всех направлениях). Возникает поисковая реакция: ищущие повороты головы при длительном звуке. Ребенок начинает различать интонации голоса взрослого (по-разному реагирует на ласковый и сердитый голос). У детей появляется движение руки к объекту.

Нарушение познавательного развития в этот период проявляется в следующем. У детей с двигательной патологией чаще всего преобладают отрицательные эмоциональные реакции, не наблюдается их выразительность и дифференцированность. Улыбка отсутствует или вызывается с трудом после повторной стимуляции и длительного латентного периода. "Комплекс оживления" обычно не сформирован. Нет реакции "глаза в глаза" со взрослым. Зрительные и слуховые ориентировочные реакции неполноценны или отсутствуют. Ребенок плохо фиксирует взгляд на предмете, реакция прослеживания фрагментарная, быстро истощается. Иногда отмечается повышенная чувствительность на любой слуховой раздражитель, которая находит свое выражение в защитно-оборонительных реакциях в виде вздрагивания и мигания.

Объем активных движений в руках снижен. Отсутствует движение руки к объекту.

*Доречевое развитие.*

II-й период доречевого развития характеризуется новым, качественным обогащением - появлением интонационной выразительности в крике, начального гуления и смеха.

На 3-м месяце крик как выражение отрицательных эмоций приобретает различный характер в зависимости от того, чем он вызван. По характеру крика можно определить состояние ребенка. Ребенок по-разному, определенными интонациями в крике сигнализирует окружающим о чувстве голода, болевых ощущениях, дискомфорте в связи с мокрыми пеленками. В интонации крика на

фоне неудовольствия проскальзывают нотки требования (в лице – мимика гнева, «протестующие» движения руками и ногами).

Постепенно частота крика снижается, вместо него появляется начальное гуление (гуканье) на фоне положительного эмоционального состояния (повторно произносит различные гласные и гортанные согласные). При этом появляется первый смех, радостные повизгивания.

Нарушение доречевого развития у детей с двигательной патологией проявляется в том, что крик остается однообразным, непродолжительным, тихим, мало модулированным, нередко с носовым оттенком. Интонационная выразительность крика не развивается: отсутствуют дифференцированные интонации, выражающие оттенки радости, недовольства, требования. Крик не является средством выражения состояния ребенка и его желаний, то есть не может служить средством общения с окружающими. Даже к концу этапа начальное гуление отсутствует.

Часто отмечается задержка угасания и даже усиление рефлексов орального автоматизма. Например, если на I этапе отмечалась ослабленность сосательного рефлекса, то на II этапе сосательные движения могут быть усилены и ребенок не в состоянии их притормозить в паузах между кормлением, т.е. сосание остается сугубо рефлекторным актом и в него не включаются элементы произвольной регуляции.

У детей с двигательной патологией в первые месяцы жизни выявляется взаимосвязь между развитием двигательной и голосовой активности. При выраженности двигательных нарушений задерживается развитие произвольных голосовых реакций, крик не приобретает интонационной выразительности и имеет крайне ограниченное значение в развитии общения ребенка со взрослым.

### ***III период (с 3 до 6 месяцев).***

#### ***Моторное развитие.***

В этот период поза ребенка определяется развивающимися выпрямляющими реакциями туловища и зависит от двигательной активности ребенка. Физиологическая гипертония сгибателей сменяется нормальным мышечным тонусом. Объем движений в конечностях полный. Важнейшим показателем этого периода является движение рук и независимость движений

головы и конечностей. Ребенок все чаще поворачивает голову, поднимает руки вверх, тянется к игрушке, захватывает, ощупывает одежду.

Четырехмесячный ребенок пытается повернуться на бок. Сначала поворот осуществляется «блоком»: сгибает голову, поворачивает ее в сторону, за головой следует туловище. К концу третьего периода ребенок осваивает повороты со спины на живот, затем возникают повороты вокруг оси тела. В положении на животе постепенно исчезает сгибательная поза. Формируется разгибание головы и выпрямление туловища. В возрасте 4-5 месяцев ребенок лежит на животе, опираясь на предплечья, согнутые под прямым углом, открывает кисть. Голова по средней линии, ноги разогнуты. К 6 месяцам возможна опора на ладони вытянутых рук с приподнятой грудной клеткой. Поставленный на опору, ребенок выпрямляет голову и туловище. Безусловные рефлексы не вызываются.

Нарушение двигательного развития проявляется в том, что у детей при наличии повышенного мышечного тонуса сохраняется патологическая поза: сгибательная, разгибательная или асимметричная. Отмечается выраженное сопротивление пассивным движениям, уменьшение их объема. Сохранение повышения мышечного тонуса, как правило, сочетается с позотоническими рефлексами, которые препятствуют формированию возрастных двигательных навыков, что нарушает произвольную активность, в первую очередь рук.

В положении лежа на спине отмечается разгибательное положение головы, туловища и конечностей. В положении на животе усиливается, а не уменьшается тонус мышц-сгибателей. Руки продолжают располагаться под грудью, их трудно отвести в стороны, выдвинуть вперед. При этом ноги слегка разогнуты, таз поднят. Такая поза обусловлена влиянием шейного тонического рефлекса (ШТР). Затруднены направленные движения рук к игрушкам и захват. Из-за выраженного АШТР ребенок не может поднести руку и игрушку ко рту.

При мышечной гипотонии дети предпочитают лежать на спине, к игрушке не тянутся, вложенную в руки игрушку быстро выпускают.

Нарушение двигательного развития с 4 до 6 месяцев сопровождается задержкой цепных выпрямительных реакций туловища. Лежа на животе, ребенок не опирается на предплечья, не поднимает голову и не удерживает ее в срединном положении или делает это недолго. В положении на спине не

формируется сгибание головы и подтягивание. Ребенок не поворачивается на бок после 4 месяцев и на живот после 5 месяцев не только самостоятельно, но и при стимуляции игрушкой.

*Познавательное развитие.*

У здорового ребенка от 3 до 6 месяцев отмечается дальнейшее развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. Совершенствуется слуховое и зрительное сосредоточение и прослеживание в любом положении (лежа на спине, на животе, на руках у взрослого). К 4-м месяцам ребенок локализует звук в пространстве (поворачивает голову в сторону невидимого источника звука и находит его). К 5 месяцам совершенствуется общение ребенка со взрослыми, начинает дифференцироваться "комплекс оживления".

Возникает ориентировочная реакция: прежде чем вступить в контакт, ребенок внимательно всматривается в лицо взрослого. Отличает близких людей от чужих (по-разному реагирует на лицо знакомого и незнакомого человека). При виде чужих людей перестает улыбаться, усиленно и напряжено их рассматривает, может заплакать. Появляется новая эмоциональная реакция - радость при узнавании матери и крик после ее ухода. Ребенок различает ласковую и строгую интонацию обращенной к нему речи. К 6 месяцам малыш узнает по звучанию свое имя.

Важнейшими достижениями на этом этапе является развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук (умение захватывать предмет, удерживать и манипулировать). В 4-5 месяцев ребенок начинает тянуться к игрушке и захватывает ее. Захват предмета - первое целенаправленное действие грудного ребенка. Хватание постепенно совершенствуется, ребенок свободно берет игрушку из разных положений и начинает осуществлять простейшие манипуляции (стучит игрушкой, трясет ее, перекладывает из руки в руку, подносит ко рту, сосет). В начале периода возможен захват предмета только перед грудью, а к концу периода ребенок способен взять предмет, находящийся над лицом или сбоку. К 6 месяцам реакция хватания совершенствуется с точки зрения быстроты ее возникновения и точности захвата. Акт хватания связан с формированием зрительно-моторной координации, которая является узловой в этот период (взгляд направляет и контролирует движение руки).

Нарушение познавательного развития у детей с двигательной патологией характеризуется тем, что эмоциональное общение со взрослыми кратковременно, ориентировочная реакция быстро переходит в реакцию страха. В реакции на новое эмоциональный компонент преобладает над познавательным (в новой обстановке ребенок начинает кричать, плакать). "Комплекс оживления" часто неполноценен и не дифференцируется (из-за выраженных двигательных нарушений).

Прослеживание за предметами фрагментарное, ребенок не изучает игрушку, не "ощупывает" ее взглядом и после некоторого сосредоточения теряет к ней интерес. Интерес к игрушкам и окружающим предметам снижен. Ребенок предпочитает рассматривать свои руки, а не игрушки. Локализация звука в пространстве чаще не выражена. Иногда сохраняется повышенная чувствительность на любой слуховой раздражитель в виде вздрагивания, мигания век, плача.

В тяжелых случаях при выраженных двигательных нарушениях отсутствует зрительно-моторная координация: ребенок не тянется к предмету и не захватывает его. Движения рук замедлены, некоординированы. У многих отмечается патологическое состояние кистей рук, характеризующееся приведением большого пальца к ладони и плотным сжатием кулаков. В более легких случаях зрительно-моторная координация неполноценна, она только начинает развиваться (ребенок тянется к предмету, но захват не удается; он может удерживать вложенную игрушку, но не дотягивает ее до рта).

#### *Доречевое развитие.*

У здорового ребенка в III период появляется истинное или певучее гуление, которое отличается от начального разнообразием звуков с преобладанием сочетаний гортанных и гласных, продолжительностью, певучестью, интонационной вариабельностью. Звуки гуления возникают на выдохе, что является своеобразной тренировкой речевого дыхания, и произносятся спонтанно, с открытым ртом. В период певучего гуления наиболее интенсивно развивается интонационная система языка. Звуки, составляющие гуление, уже приближаются к стандартным фонемам, которые выступают как самостоятельный речевой сигнал.

На этом этапе отмечается переход чисто рефлекторных звуков в социализированные, то есть звуки гуления все больше и больше начинают выполнять функцию общения ребенка с окружающими. Ребенок активнее гулит в присутствии других людей. В период певучего гуления произнесение звуков не сопровождается общими, диффузными движениями и не является составной частью "комплекса оживления", как это было в предыдущий период. Постепенно диффузные движения притормаживаются, ребенок как бы сосредотачивается на новых для него артикуляционных и слуховых ощущениях. Прислушиваясь и подражая самому себе, ребенок произносит цепочки звуков. Самоподражание в гулении - новое качественное приобретение в доречевом развитии ребенка в данный период.

Репертуар звуков гуления постепенно обогащается, удлиняются цепочки звуков, и, наконец, появляется сочетание губных звуков с гласными (*па, ба, ма*), что свидетельствует о переходе к следующему этапу доречевого развития - лепету.

Патология голосовых реакций у детей с двигательными нарушениями в III периоде развития может быть выражена в разной степени: в виде полного отсутствия или неполноценности, специфических особенностей произнесения звуков гуления. Полное отсутствие голосовых реакций отмечается лишь у детей с тяжелым поражением нервной системы. У многих детей гуление появляется в более поздние сроки. Неполноценность голосовых реакций проявляется в отсутствии или бедности интонационной выразительности гуления, отсутствии даже элементов самоподражания, бедности и однообразии звуковых комплексов, редкости их возникновения. Однообразие звуков сочетается с их специфическим произнесением: звуки тихие, нечеткие, часто с носовым оттенком, не соответствующие фонетическим единицам языка.

Большинство детей с двигательной патологией в данный период издает редуцированные (усредненные) гласные звуки и их сочетания (*а, э, аэ, эо*) - спонтанно или при общении со взрослым. Эти короткие звуки гуканья, как правило, не имеют интонационной окраски.

Отдельные недифференцированные звуки представляют собой элементы гуления. При этом они короткие, лишены певучести звучания. Заднеязычные звуки («г», «к», «х») в гулении часто отсутствуют, так как для их артикуляции



необходимо участие корня языка, что затруднено вследствие его напряжения и ограничения подвижности.

Недостаточная активность глотания тормозит ход становления речедвигательного и речеслухового анализатора.

#### *IV период (6-9 месяцев).*

##### *Моторное развитие.*

Для нормально развивающегося ребенка характерна разнообразная двигательная активность. Малыш часто меняет позу, быстро поворачивается на живот, на животе высоко поднимает голову, поворачивает ее во все стороны. Опираясь на одну руку, он другой тянется к игрушке. В начале периода начинает ползать назад, к 8 месяцам - двигаться вперед, встает на четвереньки.

В 6 месяцев ребенок сидит непродолжительное время, в 7-8 месяцев садится самостоятельно и может сидеть без поддержки с достаточно прямой спиной. В 8-9 мес. начинает самостоятельно вставать. После 7 месяцев одновременно с вставанием на четвереньки, ползанием, сидением формируются реакции равновесия. С улучшением контроля над положением туловища руки освобождаются для более дифференцированных действий.

При нарушении моторного развития отмечаются снижение возрастной спонтанной двигательной активности, патологические позы на животе и спине. Ребенок не может самостоятельно изменить положение тела.

У детей с двигательной патологией имеет место задержка двигательного развития на более ранней стадии, отсутствие оптической опоры рук, невозможность приподняться на вытянутых руках, невозможность манипулировать одной рукой при опоре на трех других конечностях, патологическая опора на пальцы, а не на полную стопу. Если ребенка посадить, то он не в состоянии удержать правильную позу даже кратковременно. Поворачивается только блоком, реакции равновесия не выражены. Нет попыток передвигаться или передвигается неправильным способом.

##### *Познавательное развитие.*

Для нормального развития познавательной деятельности ребенка в IV периоде характерным является появление начального понимания обращенной речи (выделение по слову близких людей, нескольких знакомых предметов,

игрушек, часто называемых и находящихся в определенном месте; выполнение разученных ранее действий – «ладушки», «до свидания», «дай ручку»).

Ребенок осуществляет неспецифические манипуляции с предметами, то есть действует стереотипно, одинаково, не учитывая даже физических свойств предметов (перекладывает из руки в руку, стучит, трясет ими, похлопывает по ним рукой, тянет в рот, сосет, бросает). Все действия сопровождаются выразительной мимикой, разнообразными по интонации голосовыми реакциями, выражающими удивление, радость, неудовольствие. Все это - проявления активной познавательной деятельности, которая формируется на основе зрительно-моторного манипулятивного поведения.

Нарушение познавательного развития у детей с двигательной патологией проявляется в том, что у них часто отмечается слабость слуховых дифференцировок на голос, тон, недостаточность слухового внимания и трудности определения звука в пространстве, что задерживает развитие начального понимания обращенной речи.

Ориентировочная реакция на новое лицо недостаточна и не переходит в познавательный интерес. Отсутствует готовность к совместной деятельности со взрослым, стремление к подражанию. Ребенок не выполняет разученные ранее действия. Вместо ориентировочной реакции и манипулятивной деятельности выражены общий "комплекс оживления" и подражательная улыбка. В тяжелых случаях дети пассивны, не интересуются окружающим, эмоциональные реакции бедные, маловыразительные.

#### *Доречевое развитие.*

При нормальном развитии IV период знаменует собой начало лепета. К 6 месяцам нормально развивающийся ребенок начинает произносить сочетания губных и гласных звуков (*ба-а-а, ма-а-а*), а также сочетания язычных и гласных звуков (*та-а-а, ла-а-а*). Вначале слоги произносятся однократно, очень редко, как бы случайно.

Лепет имеет важное значение в развитии речи. В период лепета происходит соединение отдельных артикуляций в линейную последовательность, что считается существенным механизмом слогаобразования. Повторное произнесение слогов под контролем слуха способствует формированию необходимой для речи слухо-вокальной

интеграции. Ребенок сначала повторяет звуки, как бы подражая самому себе (аутоэхолалия), а позже начинает подражать звукам взрослого (эхолалия). Для этого он должен слышать звуки, отбирать наиболее часто слышимые и моделировать свою собственную вокализацию. Стадия канонической вокализации характеризуется повторением двух одинаковых слогов (*ба-ба, па-па, ма-ма, да-да*). Кроме типичных повторяемых слогов, ребенок произносит и отдельные слоги и гласные звуки. В лепете каждый звук артикулируется на выдохе, то есть тренируется координация между дыханием и артикуляцией.

Характерна определенная последовательность в появлении звуков лепета. Согласные звуки появляются в следующем порядке: гортанные *г, к х*; губные и губно-носовые *б, м*; зубные и зубно-носовые *т, д, н*. Среди гласных раньше всего появляются гласные передне-среднего ряда средне-нижнего подъема. Характерной является тенденция к сглаживанию артикуляции гласных звуков.

Примерно с 6-7 месяцев лепет приобретает социализированный характер. Ребенок больше лепечет при общении со взрослым. Он слушает речь других и постепенно начинает использовать голосовые реакции для привлечения внимания окружающих.

Нарушение доречевого развития проявляется в том, что на этом этапе для детей с двигательными расстройствами характерна низкая голосовая активность. Лепет отсутствует или малоактивный, без четкой интонационной выразительности, возникает редко. Реакция на обращенную речь проявляется бедными звуковыми комплексами, лишенными эмоциональной окраски. Чаще всего голосовая активность детей в данный период на уровне гуления. Самоподражание в гулении только начинает развиваться. Стремление к звукоподражанию обычно отсутствует или выражено незначительно.

Зрительно-моторная координация только начинает развиваться. Чаще всего дети не совершают неспецифических манипуляций с предметами. Начинает развиваться функция хватания, но она несовершенна. При захвате движения пальцев недифференцированные, расположение их на предмете случайно.

***У период (9 - 12 месяцев).***

*Моторное развитие.*

При нормальном развитии происходит дальнейшее усложнение движений, направленных на поддержание туловища в вертикальном положении, что способствует высвобождению руки для манипулятивной деятельности. Ребенок часто меняет положение. Ползание становится основной формой передвижения. Совершенствуется самостоятельное сидение, умение сесть из любого положения тела и вставание. Ребенок начинает ходить, сначала у опоры, затем самостоятельно. Дифференцируются движения пальцев: появляется указательный жест, «ковыряние» одним пальцем. Ребенок начинает мять и рвать бумагу. К концу периода может взять предмет двумя пальцами.

При нарушении двигательного развития патологические признаки, как правило, заметны уже на предыдущих этапах. Это относится, прежде всего, к произвольной двигательной активности. В это время появляются и становятся более выраженными нарушения опорно-двигательного аппарата.

Поза и нарушения моторики зависят от степени выраженности патологических рефлексов и степени изменения мышечного тонуса. Наличие выраженных тонических рефлексов является неблагоприятным диагностическим признаком и может свидетельствовать о развивающейся церебральной патологии. Патологические симптомы могут иметь различную степень выраженности.

#### *Познавательное развитие.*

При нормальном развитии отличительной особенностью этого периода является интенсивное развитие понимания обращенной речи, дифференцированность эмоциональных и сенсорных реакций.

С 9 месяцев у ребенка отмечается ситуативное понимание обращенной речи: он по просьбе взрослого находит и дает предметы и игрушки, отвечает действием на словесную инструкцию, подражая взрослому, играет в "ладушки", "прятки", "догонялки", "сорока-ворона" (выполняет разученные действия и движения).

Все действия ребенка эмоционально окрашены. Ребенок осуществляет специфические манипуляции с предметами - действует по-разному, учитывая физические свойства предметов (резиную игрушку сжимает, погремушкой гремит, мяч катает, коробку с крышкой открывает-закрывает, кольца снимает со стержня, отталкивает подвешенные игрушки).

Нарушение познавательного развития характеризуется тем, что у детей с двигательной патологией дифференцированные эмоциональные и познавательные реакции отстают в развитии. Реакция на новое, на незнакомого человека неадекватная. Снижен интерес к окружающим предметам-игрушкам. Реакция на речевое общение неполноценна: ребенок чаще всего не понимает обращенную к нему речь, не отвечает действием на словесную инструкцию.

Зрительно-моторная координация нарушена. Только некоторые дети могут захватить предмет, совершить с ним простейшие неспецифические манипуляции, но их движения неловки, скованы, однообразны. Дети не осваивают специфические манипуляции с предметами.

#### *Доречевое развитие.*

Для начала V периода при нормальном доречевом развитии характерен активный лепет ребенка, состоящий из 4-5 и более слогов. Он "расцветает", обогащается новыми звуками, интонациями и становится постоянным ответом на голосовое общение взрослого. Ребенок эхоталично повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодику слов, приветствий, с удовольствием произносит восклицания, междометия. Восклицания сопровождаются выразительной мимикой и жестами. Голосовое общение ребенка со взрослым расширяется, он начинает сигнализировать голосом о биологических нуждах, выражать эмоции удовольствия и неудовольствия, появляется новая интонация просьбы. Ребенок произносит слоги разных типов: согласный-гласный и даже согласный-гласный-согласный. У одних детей этот этап короткий, рудиментарный, и они быстро переходят к речи, произнося сочетания слогов, имеющих определенное обозначение - "лепетные слова"; у других этот этап затягивается.

Начало общения ребенка со взрослым при помощи интонационно-выразительных звукосочетаний, выполняющих роль слов-предложений, является характерной качественной особенностью этого периода. К концу года ребенок соотносительно произносит от 5 до 10 лепетных слов и звукоподражаний, обозначая ими определенные предметы.

Нарушение доречевого развития у детей с двигательной патологией характеризуется тем, что спонтанный лепет часто не появляется и в этот возрастной период, что значительно отстает от нормы. В более легких случаях,

если лепет все-таки начинает развиваться, он характеризуется фрагментарностью, бедностью звукового состава, отсутствием слоговых комплексов. Издаваемые звуки однообразны, интонационно невыразительны, монотонны. Ребенок не может произвольно менять высоту и громкость голоса. Подражательная звуковая активность крайне низкая.

Чаще всего в лепете детей с двигательными нарушениями присутствуют гласные звуки *а, э* и губно-губные согласные *м, п, б* (если не выражены нарушения тонуса круговой мышцы рта). Наиболее характерными в лепете являются сочетания гласных *а, э* с губно-губными согласными: *па, ба, ма, ама, апа*. Редко встречаются в лепете губно-зубные, передне-, средне-, заднеязычные звуки. Почти нет противопоставлений согласных звуков: звонких глухим, твердых мягким, смычных щелевым.

Снижение потребности в голосовом и речевом общении, а также низкая голосовая активность детей с двигательной патологией не обеспечивает готовности артикуляционного аппарата к четкому произнесению звуков. Патологическое состояние речевого аппарата также препятствует развитию артикуляционной моторики и появлению новых звуков. Таким образом, у детей с двигательной патологией задержан доречевой период и нарушены предпосылки к развитию речи.

Характеристика моторного, познавательного и речевого развития детей с двигательной патологией в раннем возрасте

Темпы моторного, познавательного и речевого развития ребенка с двигательной церебральной патологией могут широко варьировать. Часто обнаруживается диспропорция в развитии отдельных функций. Так, уровень развития эмоциональной сферы может намного опережать уровень двигательного и речевого развития.

#### *Моторное развитие.*

Становление реакций выпрямления и равновесия у детей с двигательной патологией в раннем возрасте резко задержано и качественно неполноценно. К году только часть детей с церебральным параличом или синдромами двигательных нарушений удерживает голову; в основном они не могут самостоятельно сидеть. У многих отмечается вынужденное положение тела,

невозможность поворотов со спины на живот, патологическая опора при попытке поставить их на ноги. Все эти нарушения могут отрицательно сказываться на развитии познавательной деятельности.

К двум годам дети с тяжелой двигательной патологией часто еще плохо удерживают голову, не умеют свободно ее поворачивать и разглядывать окружающее. Они не в состоянии поворачиваться и менять положение своего тела. Только часть детей могут самостоятельно сидеть, удерживать вертикальное положение стоя (у опоры) и переступить с поддержкой за руки.

К трем годам у детей обычно появляется возможность удерживать голову, некоторые из них овладевают навыком самостоятельного сидения и даже удерживают вертикальное положение стоя (у опоры). Но самостоятельная ходьба для большинства детей с двигательной патологией оказывается недоступной.

Практически у всех детей выявляются нарушения двигательных функций кистей и пальцев рук. У большинства детей отмечается патологическое состояние кистей рук, характеризующееся плотным сжатием кулаков, приведением большого пальца к ладони и невозможностью или затруднением его участия при захвате игрушки. У некоторых детей кисти рук вялые, паретичные. В тяжелых случаях хватание и манипуляции с предметами недоступны детям даже к концу раннего возраста. Часть детей с тупом захватывает предметы, могут удерживать их, но манипуляции осуществить не могут. Только некоторые дети захватывают предметы, удерживают их, могут произвольно отпустить, осуществляют с ними простые манипуляции, но свободно манипулировать предметами не могут.

#### *Познавательное развитие.*

В раннем возрасте нарушения познавательной деятельности у детей с двигательной церебральной патологией имеют специфические особенности:

- Неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с «мозаичным» характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития.
- Выраженность астенических проявлений - повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы.

- Сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. У детей затруднено познание окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных и сенсорных расстройств.

У большинства детей с церебральным параличом или синдромами двигательных расстройств отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказываются на восприятии в целом, ограничивают объем информации, затрудняют познавательную деятельность детей.

Около 25% детей имеют аномалии зрения. У них отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением остроты зрения. Часто встречается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно-моторной координации. Такие особенности зрительного анализатора приводят к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности. Нередко имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора.

Разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы у одних детей проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других, наоборот, в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста. Эти эмоциональные проявления усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим.



*Речевое развитие.*

Большинство детей с двигательными нарушениями на втором году жизни находится на доречевом уровне развития. В начале второго года у детей наблюдается снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность. Дети часто предпочитают общаться жестом, мимикой, криком. В лучшем случае ребенок может произносить всего несколько слов. Нарушение формирования голосовых реакций сочетается со слабостью слуховых дифференцированных реакций на голос, интонацию, с трудностями локализации звука в пространстве и недостаточностью слухового внимания. Все это порою задерживает развитие начального понимания обращенной речи.

Индивидуальные сроки появления речи значительно колеблются, что зависит от многих факторов: локализации и тяжести поражения мозга, раннего начала, систематичности и адекватности коррекционно-логопедической работы. Возрастная динамика речевого развития детей также во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше интеллект ребенка, тем более благоприятная динамика развития речи, лучше результаты логопедической работы.

При ДЦП и синдромах двигательных нарушений наиболее медленный темп речевого развития наблюдается в раннем возрасте (первые три года жизни). На втором году жизни даже при самых тяжелых формах заболевания развитие общей моторики обычно опережает развитие речи. Чаще всего дети начинают произносить первые слова примерно в 2-3 года. К концу раннего возраста лишь некоторые дети с ДЦП общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений из двух-трех слов.

Значительный скачок в развитии речи при проведении коррекционно-логопедических занятий наблюдается к концу третьего года жизни. На этом возрастном этапе темп речевого развития начинает опережать темп развития общей моторики ребенка. Как правило, фразовая речь формируется к 4-5 годам; в старшем дошкольном возрасте (5 - 7 лет) идет ее интенсивное развитие. Чаще всего, как в раннем, так и в дошкольном возрасте, дети не реализуют своих речевых возможностей в общении (на заданные вопросы дают стереотипные однословные ответы).

У детей с двигательной патологией отмечается задержка и нарушение формирования лексической, грамматической и фонетико-фонематической сторон речи.

Почти у всех детей в раннем возрасте крайне медленно увеличивается активный словарь, длина предложений, речь долго остается малоразборчивой. Пассивный словарь (понимание обращенной речи) обычно значительно больше активного. Задерживается развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма. Речевая активность детей низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже - простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом, предметом и действием. Количественное ограничение словаря и медленное его формирование при спонтанном развитии в значительной степени связаны с ограничением объема, несистематизированностью, неточностью, а иногда и ошибочностью знаний и представлений об окружающем. Дети обладают ограниченными лексическими возможностями, не располагают необходимыми языковыми средствами для характеристики различных предметов и явлений окружающего мира. Своеобразное формирование словарного запаса находит свое выражение в нарушении усвоения многих языковых категорий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих действия, признаки и качества предметов. Нередко отмечается недифференцированное употребление слов.

Нарушение формирования грамматического строя речи проявляется в том, что грамматические формы и категории усваиваются очень медленно и с большим трудом. Во многом это обусловлено ограничением речевого общения, нарушением слухового восприятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании слов в предложении, употреблении правильных падежных окончаний.

У всех детей с двигательной церебральной патологией в результате нарушения функций артикуляционного аппарата недостаточно развита прежде всего фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков. На начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют. В дальнейшем часть из них произносится искаженно, либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к общей невнятности речи. Для многих детей

характерно атипичное (патологическое) усвоение фонем, не совпадающее с последовательностью их усвоения при нормальном онтогенезе. Уже на ранних этапах овладения фонетическим строем речи могут появляться дефектные артикуляционные уклады, которые закрепляются в дальнейшем по мере формирования патологического речевого стереотипа.

У многих детей отмечаются нарушения фонематического восприятия.

Помимо задержки доречевого и раннего речевого развития почти у всех детей с двигательными нарушениями отмечаются речедвигательные (дизартрические) расстройства.

*Дизартрия* - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры вследствие органического поражения центральной нервной системы. При дизартрии нарушено звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика (мелодико-интонационная и темпо-ритмическая характеристики речи), а также артикуляционная моторика. Речь смазанная, нечеткая.

В структуру дефекта при дизартрии входят как речевые, так и неречевые нарушения (проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике артикуляционного аппарата). На первом году жизни, а часто и позже, можно выявить и оценить только неречевые расстройства. В настоящее время разработаны приемы ранней диагностики дизартрических расстройств на основе оценки неречевых нарушений, к которым относятся следующие:

1. Патологические изменения в строении и функционировании артикуляционного аппарата. Нарушение тонуса и подвижности артикуляционных мышц.

– В лицевой мускулатуре: наличие асимметрии, сглаженность носогубных складок, опущение одного из углов рта, перекося рта в сторону при улыбке и плаче; гипомимия; нарушение тонуса лицевой мускулатуры по типу спастичности (повышение мышечного тонуса), гипотонии (снижение тонуса) или дистонии (меняющийся характер мышечного тонуса); гиперкинезы (непроизвольные насильственные движения мышц) лица.

– В губной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса, резкое или незначительное ограничение подвижности губ; недостаточность смыкания губ,

затруднение удержания рта закрытым, отвисание нижней губы, препятствующее плотному захвату соски или соска и вызывающее подтекание молока изо рта.

– В язычной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса; патология строения языка (при спастичности - язык массивный, оттянут «комом» назад или вытянут «жалом» вперед; при гипотонии - тонкий, вялый, распластаный в полости рта; раздвоенность языка, невыраженность кончика языка, укорочение уздечки); патология положения языка (девиация в сторону, высовывание языка изо рта); гиперкинезы, тремор, фибриллярные подергивания языка; ограничение подвижности язычной мускулатуры (от полной невозможности до снижения объема артикуляционных движений); повышение или понижение глоточного (рвотного) рефлекса.

– Мягкое небо: провисание небной занавески (при гипотонии); отклонение увулы от средней линии.

2. Нарушения дыхания: инфантильные схемы дыхания (преобладание брюшного типа дыхания после 6 месяцев), учащенное, неглубокое дыхание; дискоординация вдоха и выдоха (поверхностный вдох, укороченный слабый выдох); стридор.

3. Нарушение голосообразования: недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий), отклонения тембра (назализованный, глухой, хриплый, сдавленный, напряженный, прерывистый, дрожащий); нарушение голосовых модуляций, интонационной выразительности голоса. Иногда отмечается асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции.

4. Нарушение акта приема пищи: нарушение сосания (слабость, вялость, неактивность, неритмичность сосательных движений; вытекание молока из носа), глотания (поперхивание, захлебывание), жевания (отсутствие или затруднение жевания твердой пищи), откусывания от куска и питья из чашки.

5. Гиперсаливация (повышенное слюноотечение). Усиленное слюноотечение связано с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц. Оно часто утяжеляется за счет слабости кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны). Гиперсаливация может быть постоянной или усиливаться при определенных условиях.

6. Оральные синкинезии (ребенок широко открывает рот при пассивных и активных движениях рук и даже при попытке их выполнения).

7. Отсутствие или ослабление рефлексов орального автоматизма (до 3 месяцев), наличие патологических рефлексов орального автоматизма (после 3-4 месяцев). При нормальном развитии рефлексы орального автоматизма (губной, хоботковый, сосательный, поисковый и др.) проявляются с рождения, ослабевают к 3-му месяцу жизни и пропадают к году. У детей с церебральной патологией эти рефлексы могут быть ослаблены или не вызываться совсем в первые недели и месяцы жизни, что будет затруднять их кормление и препятствовать развитию первых голосовых реакций. Сохранение и усиление этих рефлексов после года препятствует развитию произвольных артикуляционных движений и задерживает развитие речи.

На более поздних этапах развития в диагностике дизартрических расстройств все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: стойкие нарушения звукопроизношения, качественная недостаточность речевого дыхания, голосообразования, просодики.

У детей с синдромами двигательных расстройств и ДЦП трудно вычленить симптоматику речедвигательных расстройств вследствие сложности поражения речевой моторики, если не соотносить их с общими двигательными нарушениями. У этих детей отмечаются следующие синдромальные расстройства: спастический парез, гиперкинезы, атаксия. В речевой моторике наблюдаются аналогичные дефекты: спастико-паретический синдром, гиперкинетический, атактический, смешанные синдромы (спастико-гиперкинетический, атактико-гиперкинетический).

Итак, у детей с двигательной патологией в первые годы жизни отмечаются разноуровневые вариативные специфические нарушения в развитии моторных, психических и речевых функций. Поэтому необходимо раннее выявление нарушений психофизического развития, а также организация целенаправленной коррекционно-развивающей работы с детьми.

Психолого-педагогическое и логопедическое обследование детей с двигательной церебральной патологией в раннем возрасте представляет значительные трудности в связи с многообразием и сложной структурой нарушений двигательного, психического и речевого развития, а также в силу

возрастных особенностей детей. Двигательная патология в сочетании с расстройствами зрения и слуха, отсутствие речи или нарушение ее разборчивости затрудняют организацию обследования и ограничивают возможности использования экспериментальных методик. Не всегда представляется возможным получить объективные данные о состоянии познавательной и речевой деятельности детей.

Только комплексное всестороннее изучение особенностей развития двигательной сферы, психических, речевых функций, деятельности различных анализаторных систем позволяет получить полную картину недостатков развития познавательной и речевой деятельности, а также наметить оптимальные пути их коррекции.

В ходе изучения детей нужно провести тщательный анализ тех положений тела ребенка и его движений, которые могут облегчать или, наоборот, утяжелять познавательную и речевую деятельность. Детей с тяжелыми двигательными нарушениями нужно уложить на удобную кушетку или ковер (в рефлекс-запрещающие позиции), проверяя разные положения – лежа на спине, на животе, на боку. В более легких случаях – с детьми с умеренно выраженными и легкими двигательными расстройствами – обследование проводится в положении «сидя» (на коленях у матери или в фиксированном стуле) или «стоя» (с поддержкой). Желательно стимулировать ребенка к максимальному проявлению своих двигательных возможностей.

Во время обследования нужно стараться, чтобы ребенок был спокоен, не плакал, не был испуганным. Если ребенок плачет, кричит, вырывается из рук, это может негативно отразиться на изменении (повышении) тонуса не только скелетной, но и артикуляционной мускулатуры. При этом представление о двигательных и речевых возможностях может быть искаженным. Обследование целесообразно проводить в присутствии матери ребенка или лица, его сопровождающего, так как многие дети боятся новых людей и новой обстановки. Проводя обследование, нужно быть эмоциональным, улыбчивым, доброжелательным.

## **СХЕМА КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

детей раннего возраста

<b>I. СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ</b>
<b>КОНТАКТ</b> (эмоциональный, жестово-мимический, речевой):
- В контакт не вступает
- Контакт формальный (чисто внешний)
- В контакт вступает не сразу, с большим трудом. Не проявляет в нем заинтересованности
- Контакт избирательный
- Легко и быстро устанавливает контакт, проявляет в нем заинтересованность, охотно подчиняется
<b>ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА:</b>
- активный, бодрый, деятельный
- пассивный, вялый, инертный
- повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность
- колебания настроения
- капризность
<b>СРЕДСТВА ОБЩЕНИЯ:</b>
1) <i>Невербальные средства:</i>
- Общение слабо выражено и реализуется посредством недифференцированных движений тела в сочетании с невыразительной улыбкой и криком
- Общение посредством движений тела, головы, улыбки, голосовых реакций
- Общение посредством дифференцированных голосовых и мимических реакций, выразительного взгляда, естественных и специальных жестов
2) <i>Речевые средства (различные высказывания):</i>
<b>НАВЫКИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ</b> (при приеме пищи, в одевании и раздевании, навыки личной гигиены):
- Полное отсутствие навыков
- Частичное владение навыками
- Владение навыками с небольшой помощью взрослого
- Самостоятельное владение навыками
<b>II. ДВИГАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ</b>
<b>ОБЩАЯ МОТОРИКА:</b>

<i>Сформированность основных двигательных навыков:</i>
- Удержание головы
- Самостоятельное сидение
- Удержание вертикального положения стоя (у опоры / самостоятельно)
- Ходьба с поддержкой
- Самостоятельная ходьба
<b>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КИСТЕЙ И ПАЛЬЦЕВ РУК:</b>
- Направление руки к предмету
- Захват предмета, его удержание в руке
- Произвольное отпускание предмета
- Простейшие манипуляции с предметами
- Свободное манипулирование предметами
- Дифференцированные движения пальцев рук
- Выделение ведущей руки (правая / левая)
<b>Артикуляционная моторика:</b>
- Неврологический синдром в мышцах и моторике артикуляционного аппарата (спастический парез, гиперкинезы, атаксия)
<b>Лицевая мускулатура:</b>
- Гипомимия
- Тонус лицевой мускулатуры: спастичность / гипотония / дистония / N
- Сглаженность носогубных складок
- Оральные синкинезии
- Асимметрия лица
- Гиперкинезы лица
<b>Губы:</b> N, толстые/тонкие; наличие расщелины
- Тонус губной мускулатуры: спастичность / гипотония / дистония / N
- Подвижность: губы малоподвижные/подвижные
<b>Зубы:</b> крупные, мелкие, редкие, частые, нарушение зубного ряда, N
- Прикус: передний открытый, боковой открытый, прогнатия, прогения, правильный
<b>Твердое небо:</b> готическое, низкое, уплощенное, наличие расщелины, N



<i>Мягкое небо:</i> длинное/короткое, подвижное/малоподвижное, отклонение увуля
<i>Движение нижней челюсти:</i> - открывание/закрывание рта - умение держать рот закрытым
<i>Язык:</i> толстый, маленький, узкий, раздвоенный, невыраженность кончика, укорочение подъязычной связки
- Тонус язычной мускулатуры: спастичность / гипотония / дистония / N
- Гиперкинезы языка
- Тремор языка
- Девиация (отклонение) языка в сторону
<b>Объем артикуляционных движений языка:</b>
- Строго ограничен / Неполный / Снижение амплитуды артикуляционных движений / В полном объеме
- Умение удержать артикуляционную позу
- Способность к переключению
- Произвольное высовывание языка
- Подъем языка
- Боковые отведения (вправо/влево)
- Пощелкивание
- Облизывание губ (круговые движения языка)
<i>Глоточный и небный рефлекс:</i> - повышен/понижен/нормальный
<i>Наличие патологических рефлексов орального автоматизма</i> (губной, хоботковый, поисковый, ладонно-рото-головной и др.)
<b>Вегетативные расстройства:</b>
- Гиперсаливация: - постоянная/ усиливающаяся при определенных условиях
<i>Жевание:</i> - отсутствие жевания твердой пищи / затруднение жевания / N
<i>Глотание:</i> - не нарушено; поперхивается, захлебывается при глотании
<b>III. ПОЗНАВАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ:</b>
<b>УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И МОТИВАЦИИ</b>
- отсутствие или крайне низкая познавательная активность и мотивация к

деятельности
- снижение познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности
деятельности
- недостаточность познавательной активности и мотивации к деятельности
- ярко выраженная познавательная активность и мотивация
<b>ВНИМАНИЕ:</b>
- Низкая концентрация и неустойчивость внимания (ребенок плохо сосредотачивается, с трудом удерживает внимание на объекте)
- Внимание неустойчивое, поверхностное. Быстро истощается
- Внимание недостаточно устойчивое
- Длительность сосредоточения и переключения внимания удовлетворительные
<b>УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:</b>
1) Проявление интереса к игрушкам, избирательность, стойкость игрового интереса (длительно ли занимается одной игрушкой или переходит от одной к другой):
- Интерес к игрушкам не проявляет (С игрушками никак не действует. В совместную игру со взрослым не включается. Самостоятельной игры не организует).
- Проявляет поверхностный, не очень стойкий интерес к игрушкам., предметам
- Проявляет стойкий избирательный интерес к игрушкам.
2) Адекватность употребления игрушек:
- Совершает неадекватные действия с предметами (нелепые, не диктуемые логикой игры или качеством предмета действия).
- Игрушки использует адекватно (использует предмет в соответствии с его назначением).
3) Характер действий с предметами-игрушками:
а) Неспецифические манипуляции (со всеми предметами действует одинаково, стереотипно - постукивает, перекладывает, тянет в рот, сосет, бросает).
б) Специфические манипуляции – учитывает только физические свойства предметов.
в) Предметные действия – использует предметы в соответствии с их функциональным назначением.
г) Процессуальные действия (с 1,5 лет).
д) Игра с элементами сюжета (с 2 лет).

<b>ЗАПАС ЗНАНИЙ ОБ ОКРУЖАЮЩЕМ:</b> - Отсутствует или крайне низкий
- Строго ограничен
- Несколько снижен
- Соответствует возрасту
<b>СЕНСОРНОЕ РАЗВИТИЕ:</b>
<b>СОСТОЯНИЕ ЗРЕНИЯ:</b> близорукость, дальнозоркость, косоглазие, атрофия зрительного нерва, нистагм, N
<b>ЗРИТЕЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ:</b>
- Зрительное сосредоточение (удержание в поле зрения неподвижного объекта: лица взрослого, игрушки).
- Прослеживание движущегося оптического объекта: фрагментарное/плавное.
- Узнавание матери, различение близких и чужих людей.
- Рассматривание людей, игрушек, окружающих предметов, находящихся в поле зрения; произвольное переключение взора с одного предмета на другой.
- Зрительное изучение удаленных предметов
- Узнавание, различение знакомых предметов, игрушек на однопредметных картинках, где изображение максимально приближено к оригиналу.
- Дифференциация игрушек и однопредметных картинок (сличение предметов, игрушек с их изображением) - с 1,5 лет.
- Рассматривание и узнавание предметов, игрушек на предметных и сюжетных картинках - с 1,5 лет.
- Соотнесение (сличение) предметов по цвету, форме, величине (с 1,5 лет).
- Различение (выделение по слову) предметов по цвету, форме, величине (с 2 лет).
- Знание и называние цвета, формы, величины предметов (с 2-2,5 лет).
<b>СОСТОЯНИЕ СЛУХА:</b> снижение слуха / N
<b>СЛУХОВОЕ ВОСПРИЯТИЕ:</b>
- Слуховое сосредоточение.
- Ориентировочно-поисковая реакция (ищущие повороты головы) на звуковые раздражители, голос и речь взрослого.
- Локализация звука в пространстве (поворот головы в сторону невидимого источника звука и его нахождение).

- Дифференциация тембровой окраски и интонации голоса матери (или другого «близкого» человека) и «чужих» людей.
- Узнавание своего имени (дифференциация своего и чужого имени).
- Различение строгой и ласковой интонации голоса взрослого.
- Слуховое внимание к речи взрослого.
<b>ВОСПРИЯТИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ:</b>
- Знание и показ частей тела и лица.
- Ориентировка в сторонах собственного тела.
- Целостный образ предмета.
- Дифференцирование пространственных понятий (справа-слева, выше-ниже, дальше-ближе, впереди-сзади, в центре).
- Конструктивный праксис.
<b>IV. РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ</b>
<b>ДОРЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ:</b> - Протекало с выраженной задержкой
- Протекало с задержкой
- Нормальное (по возрасту)
Время появления и особенности голосовых реакций:
- Крик
- Гуление
- Лепет
<b>ПОНИМАНИЕ ОБРАЩЕННОЙ РЕЧИ:</b>
- Не понимает обращенную речь
- Понимание обращенной речи ограниченное (ситуативное). Выполняет простые речевые инструкции
- Понимание обращенной речи на бытовом уровне. Выполняет сложные речевые инструкции
- В полном объеме
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА СОБСТВЕННОЙ РЕЧИ</b> (экспрессивная речь)
<b>1-й уровень речевого развития:</b>
- Полное отсутствие звуковых и словесных средств общения
- Произносит отдельные звуки, звукокомплексы

- Произносит несколько лепетных и общеупотребительных слов и звукоподражаний
Использует невербальные средства общения (выразительную мимику, жесты, интонацию).
<b>2-й уровень речевого развития:</b>
- Пользуется простой фразой
- Аграмматичная, неразвернутая (упрощенная), структурно нарушенная фраза. Активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные. Предлоги употребляются редко. Слоговая структура слов нарушена
<b>3-й уровень речевого развития:</b> Пользуется развернутой фразой. Недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи (ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении). Слоговая структура слов не нарушена. Синтаксические конструкции фраз бедные. Фонетико-фонематические нарушения
<b>4-й уровень речевого развития:</b> Лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая недостаточность
<b>Н:</b> Пользуется развернутой фразой. Связная речь сформирована
<b>ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ:</b> - Проявляет склонность к эхоталии.
- Наличие речевых штампов.
<b>ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ:</b>
<b>СЛОВАРНЫЙ ЗАПАС:</b> - резко ограничен / беден / в пределах обихода / достаточный
<b>ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ:</b> - Не сформирован
- Сформирован недостаточно
- Сформирован (N)
<b>СЛОГОВАЯ СТРУКТУРА СЛОВ:</b> Нарушена/не нарушена (N)
<b>ФОНЕТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ:</b>
<b>Антропофонические (фонетические) дефекты звукопроизношения - искажения</b>
- Усредненность гласных; Недостаток произношения свистящих/шипящих/соноров/ губно-губных/губно-зубных/среднеязычных/заднеязычных/твердых согласных/звонких согласных

- Изолированно произносит все звуки правильно, но при увеличении речевой нагрузки - общая смазанность речи
- Фонетический строй речи сформирован достаточно (N)
<b>Фонологические дефекты (нарушение дифференциации звуков):</b> - Замены
- Смещения
<b>Фонематическое восприятие:</b> Нарушено/сохранно
<b>Разборчивость речи:</b>
- Речь невнятная, смазанная, малопонятная для окружающих
- Разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая
- Разборчивость речи не нарушена (N)
<b>ДЫХАНИЕ:</b> Свободное/затрудненное/поверхностное/неровное, неритмичное
- Дифференциация носового и ротового выдоха
<b>ГОЛОС:</b>
- Недостаточная сила голоса: - Тихий, слабый, истощающийся
- Нарушения тембра голоса: глухой/сдавленный/хриплый/назализованный/напряженный/дрожащий
- Сильный, звонкий (N)
<b>Синхронность дыхания, голосообразования и артикуляции:</b> нарушена/сохранна
<b>Просодическая организация звукового потока:</b>
<b>Мелодико-интонационная сторона речи:</b> N
- Нарушение интонационного оформления речи
- Отсутствие голосовых модуляций (голос немодулированный)
- Слабая выраженность голосовых модуляций (голос монотонный, мало модулированный)
<b>Темп речи:</b> нормальный/тахилалия/брадилалия/запинки/заикание
<b>Ритм речи:</b> нормальный/растянутый/скандированный/зависит от проявления гиперкинезов

Коррекционно-развивающая работа с детьми с двигательной патологией в первые годы жизни

Основными принципами, определяющими систему и последовательность коррекционно-развивающего воздействия на детей с двигательными

нарушениями, являются следующие:

- Комплексный характер коррекционной работы предусматривает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция развития всех моторных, познавательных, доречевых и речевых функций, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

- Раннее начало онтогенетически последовательного поэтапного коррекционно-развивающего воздействия, опирающегося на сохранные функции. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом актуального индивидуального уровня развития ребенка.

- Коррекционно-педагогическая работа основана на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций. Сочетание логопедической работы с восстановительным лечением (медикаментозные средства, массаж, ЛФК, физиотерапия, ортопедическая помощь) является важным условием комплексного воздействия специалистов медико-педагогического блока. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача и инструктора ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекции важно учитывать взаимосвязь двигательных, психических и речевых расстройств при ДЦП, общность поражения артикуляционной и общей моторики (например, необходимо подавлять патологическую рефлекторную активность как в речевой, так и в скелетной мускулатуре). При этом необходимо одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

- Коррекционная работа организуется в рамках ведущей деятельности. При этом стимулируется ведущий для данного возраста вид деятельности (эмоциональное общение ребенка со взрослым – на первом году жизни; предметная деятельность – на 2-3 году жизни).

- Развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательного-

кинестетического анализатора. Желательно задействовать одновременно несколько анализаторов (зрительный, тактильно-кинестетический, слуховой).

- Динамическое наблюдение за психофизическим развитием ребенка в течение длительного времени. При этом эффективность диагностики и коррекции значительно повышается. Это особенно важно при коррекционной работе с детьми с тяжелыми и сочетанными нарушениями.

- Гибкое сочетание различных видов и форм коррекционной работы.

- Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка, которое является залогом эффективности коррекционно-развивающего воздействия. Необходима такая организация среды (быта, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать развитие ребенка, сглаживать негативное влияние заболевания на его психическое состояние.

Родители являются наиболее важным звеном в лечебно-педагогических мероприятиях с ребенком с двигательной патологией. Мать должна быть очень внимательна к своему ребенку и первой бить тревогу при задержке и нарушении не только двигательного развития, но и познавательного и речевого. Только семья может закрепить у ребенка те навыки, которых добились в процессе коррекционной работы с ним инструктор ЛФК, логопед, дефектолог. Мать и другие члены семьи должны стремиться овладеть теми знаниями и простейшими навыками коррекционно-развивающей работы, которые помогут их ребенку добиться максимальных успехов в своем развитии.

Коррекционно-развивающая работа проводится в процессе целенаправленного общего развития ребенка, а также коррекции нарушений развития.

*Основными направлениями коррекционно-развивающей педагогической работы в младенческом возрасте (в доречевой период) являются следующие:*

- Развитие эмоционального общения со взрослым (стимуляция “комплекса оживления”, стремления продлить эмоциональный контакт со взрослым, включения общения в практическое сотрудничество ребенка со взрослым).



– Развитие сенсорных процессов (зрительного сосредоточения и плавного прослеживания; слухового сосредоточения, локализации звука в пространстве, восприятия различно интонируемого голоса взрослого; двигательно-кинестетических ощущений и пальцевого осязания).

– Стимуляция голосовых реакций, звуковой и речевой активности, (недифференцированной голосовой активности, гуления, лепета и лепетных слов).

– Формирование движений руки и действий с предметами (нормализация положения кисти и пальцев рук, необходимых для формирования зрительно-моторной координации; развитие хватания и манипулятивной функции - неспецифических и специфических манипуляций; дифференцированных движений пальцев рук).

– Формирование подготовительных этапов понимания речи.

– Нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата - спастического пареза, гиперкинезов, атаксии, тонических нарушений управления типа ригидности). Развитие подвижности органов артикуляции.

– Коррекция кормления (сосания, глотания, жевания). Стимуляция рефлексов орального автоматизма (в первые 3 месяца жизни), подавление оральных автоматизмов (после 3-х месяцев).

– Развитие дыхания и голоса (вокализация выдоха, увеличение объема, длительности и силы выдоха, выработка ритмичности дыхания и движений ребенка).

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста являются следующие:

I. Стимуляция двигательного развития и коррекция его нарушений (речедвигательных расстройств, нарушений функциональных возможностей кистей и пальцев рук и общей моторики). При реализации этого направления решаются следующие задачи.

1. Уменьшение степени проявления двигательных дефектов артикуляционного аппарата (спастического пареза, гиперкинезов, атаксии), а в

более легких случаях – нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Для этого используются различные методы:

- Дифференцированный логопедический массаж лицевой, губной и язычной мускулатуры в зависимости от характера нарушения тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (расслабляющий – при спастичности мышц, стимулирующий – при гипотонии). Массажу язычной мускулатуры придается особое значение не только для нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата, но и в целях уменьшения гиперсаливации, развития кинестетических ощущений, укрепления глоточного рефлекса. Массаж языка может осуществляться различными способами – специальными зубными щетками, деревянным шпателем, мануальным.

- Пассивная артикуляционная гимнастика с элементами активной гимнастики, проводимые с целью включения в процесс артикулирования новых групп мышц или увеличения подвижности ранее включенных.

- Метод искусственной локальной контрастотермии – сочетание искусственной локальной гипотермии (криомассажа) и гипертермии (тепломассажа). Этот метод применяется для уменьшения спастичности мышц артикуляционного аппарата и гиперкинезов язычной и лицевой мускулатуры. Контрастотермальное воздействие оказывается не только на артикуляционную мускулатуру, но и на кисти рук.

2. Развитие дыхания, голоса, голосовых модуляций и коррекция их нарушений. При решении этой задачи применяются дыхательная и голосовая гимнастика. Целью дыхательных упражнений является увеличение объема, глубины и силы вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, а также нормализация ритма дыхания. Дыхательная гимнастика проводится сначала в пассивной форме, а затем постепенно переводится в активную (путем подражания действиям взрослого). Голосовые упражнения по развитию силы, тембра, высоты голоса, голосовых модуляций используются на третьем году жизни.

3. Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук и зрительно-моторной координации. В ходе коррекционной работы учитываются этапы становления моторики кистей и пальцев рук в онтогенезе: развитие опорной функции на раскрытые кисти, осуществление произвольного захвата предметов кистью, отпускание предмета, включение пальцевого захвата,

противопоставление пальцев, постепенно усложняющиеся манипуляции, дифференцированные изолированные движения пальцев рук. При этом используются: мануальный и щеточный массаж пальцев и кистей, потряхивание рук (по методике Фелпса), пассивные и активные упражнения.

4. Стимуляция общей двигательной активности.

II. Стимуляция развития голосовых реакций, звуковой и собственной речевой активности. В ходе логопедической работы учитываются этапы доречевого (недифференцированные голосовые реакции, гуление, лепет) и речевого развития (лепетные, общеупотребительные слова и звукоподражания, простые фразы из 2-3 слов, неразвернутая (упрощенная) фраза, развернутая фраза).

Необходимо активизировать любые доступные ребенку голосовые, звуковые реакции и речевые высказывания. Методика работы предусматривает создание педагогических условий, обеспечивающих поэтапное развитие и совершенствование лексической стороны речи, а также усвоение грамматических категорий. Для повышения эффективности работы используются игры, создаются игровые ситуации, где отрабатываемый лексико-грамматический материал включается в речевую практику детей, во все виды их деятельности. Для общения с окружающими у детей с выраженной задержкой речевого развития формируются жестовые, мимические, голосовые, звукопроизносительные реакции, тренируются и закрепляются навыки произвольного произнесения слогов, слоговых комплексов, облегченных слов.

III. Развитие познавательной деятельности. При реализации этого направления решаются следующие задачи.

1. Развитие различных форм общения ребенка со взрослым (стимуляция стремления продлить эмоциональный, жестово-мимический контакт со взрослым, включение ребенка в практическое сотрудничество со взрослым).

2. Формирование познавательной активности, мотивации к деятельности, интереса к окружающему миру.

3. Развитие знаний об окружающем и понимания обращенной речи (на доступном уровне).

4. Стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, тактильно-кинестетического восприятия).

5. Формирование предметной деятельности (использования предметов по функциональному назначению, способности произвольно включаться в деятельность).

6. Развитие произвольного, устойчивого внимания.

7. Развитие наглядно-действенного мышления.

В зависимости от структуры нарушений коррекционно-педагогическая работа должна строиться дифференцированно.

Для каждого ребенка нужно составить индивидуальную комплексную программу, включающую перспективный план работы и конкретные коррекционные задачи на ближайшее время. Все занятия должны носить комбинированный характер, состоять из нескольких частей, каждая из которых посвящена решению определенной задачи и предусматривает новый вид деятельности. Одновременно нужно решать развивающие и коррекционные задачи. Постепенно содержание занятий расширяется и усложняется.

Успех в восстановительном лечении детей с двигательной патологией, в том числе с исходом заболевания в ДЦП, существенно определяется его ранним началом, комплексностью, систематичностью. Практика показывает, что дети, даже с резко выраженными отклонениями в развитии в первые годы жизни, при отсутствии необходимых лечебных и педагогических мероприятий в дальнейшем испытывают определенные трудности в обучении. С другой стороны, комплексные, адекватные занятия с детьми, имеющими значительные отклонения в двигательном, познавательном и речевом развитии, позволяют достичь заметных результатов. Причем, чем раньше начаты занятия, тем они более эффективны. К коррекционно-развивающей работе с детьми должны быть подключены не только врачи, педагоги, массажисты, но и в первую очередь семья. К сожалению, многие родители ждут положительных результатов, не прилагая никаких усилий к восстановлению нарушенных функций. А ведь только родители могут терпеливо и кропотливо вести ежедневную тяжелую работу, вырабатывая у своего ребенка те или иные задержанные в развитии или нарушенные функции.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. Доречевой период: Книга для логопеда. – М.: Просвещение, 1989. – 79 с.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – Киев: Здоровья, 1988. – 328 с.
3. Бортфельд С.А., Рогачева Е.И. Лечебная физкультура и массаж при детском церебральном параличе Л; Медицина, 1986.-172с.
4. Воспитание и обучение детей раннего возраста / Под ред. Л.Н.Павловой. – М., 1986.
5. Воспитание и развитие детей раннего возраста / Под ред. Г.М.Ляминой. – М., 1981.
6. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М. Если ваш ребенок отстает в развитии. – М.: Медицина, 1993. – 112 с.
7. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни М, 1981.-270с.
8. Коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими церебральным параличом, на первом году жизни: Методические рекомендации / Сост. К.А.Семенова, Е.Ф. Архипова. – М., 1982. – 28 с.
9. Мастюкова Е.М. Диагностика нарушений доречевого развития у детей с церебральными параличами и пути логопедических и педагогических мероприятий в этом периоде. – М., 1973. – 24 с.
10. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. - М. «Просвещение», 1991.-157с.
11. Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни. – М., 1979.
12. Пилюгина Э.Г. Сенсорные способности малыша. – М.: Просвещение, 1996. – 112 с.
13. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: Методическое пособие. – СПб.: КАРО, 2006. – 112 с.

14. Приходько О.Г., Моисеева Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни. Методическое пособие. – М.: Полиграф сервис, 2003. – 160 с.

15. Разенкова Ю.А. Игры с детьми младенческого возраста. – М.: Школьная Пресса, 2000. – 160 с.

16. Серганова Т.И. Как победить детский церебральный паралич: разумом специалиста, сердцем матери. – СПб.: Изд-во ТАС, 1995. – 192 с.

17. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП: Учебно-методическое пособие. – СПб.: «Детство-Пресс», 2003. – 156 с.

18. Широкова Г.А. Сенсомоторное развитие детей раннего возраста. Диагностика. Игры. Упражнения. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 256 с.

### **Глава 5. Педагогическое сопровождение детей с органическим поражением центральной нервной системы в первые годы жизни**

В настоящее время наиболее актуальной в специальной педагогике является проблема ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Исследователями отмечается, что среди детей с ограниченными возможностями здоровья большую группу составляют дети с органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС).

Современные исследования в области коррекционной педагогики доказали, что при раннем начале целенаправленного коррекционного воздействия создается возможность скорректировать и предупредить вторичные отклонения в развитии детей. Включение педагогических технологий в систему ранней комплексной реабилитации детей с задержкой психического развития позволит значительному количеству детей достигнуть уровня познавательного развития возрастной нормы или приблизиться к этому уровню. В результате этого большое количество детей (дети с задержкой психического развития и др.) смогут обучаться в общеобразовательной школе совместно с нормально развивающимися детьми. Таким образом, правильно организованное раннее коррекционное воздействие позволит государству значительно снизить затраты на дальнейшее школьное обучение этих детей в специальных условиях.

Представленные материалы акцентируют внимание специалистов-дефектологов, педагогов-психологов, врачей-педиатров, невропатологов и др. на объединение усилий в квалифицированном сопровождении ребенка с

органическим поражением ЦНС и его семьи.

*Роль и значение ранней помощи детям с органическим поражением ЦНС*

Первичные нарушения развития обусловлены биологическим дефектом и с младенчества приводят детей к «выпадению» из социального и культурного традиционного усвоения и присвоения общественного опыта, из-за чего возникают вторичные и третичные отклонения развития, а в последствии трудности взаимодействия с людьми и с окружающим миром. Это приводит к дезадаптации в детском коллективе и социализации в целом.

В последние десятилетия перинатальная патология, включающая поражения центральной нервной системы (ЦНС), аномалии развития являются основной причиной не только детской инвалидности, но пограничных расстройств, затрудняющих обучение детей в общеобразовательных школах, а в дальнейшем и их социализацию.

Многолетние исследования и опытно-экспериментальная работа ученых и практиков показали, что раннее начало комплексной реабилитации и целенаправленной педагогической работы с детьми способствует ослаблению, а, в некоторых случаях, и преодолению имеющихся у детей отклонений в развитии. Коррекция и предупреждение вторичных отклонений в развитии ребенка положительно сказывается на своевременном развитии типичных видов детской деятельности, становлении его личностных качеств и социализации в целом.

Исследователи доказали, что степень эффективности коррекции и предупреждение вторичных отклонений в развитии детей зависят от следующих факторов:

- применения клинической и функциональной диагностики первичного нарушения у ребенка;
- обоснованного назначения диетического, медикаментозного лечения, физиотерапии и санаторного лечения;
- возможность обеспечения техническими средствами абилитации, реабилитации и компенсации функций;
- адекватных форм взаимодействия родителей со своим ребенком;
- содержания, методов и приемов обучения и воспитания ребенка;

- соблюдения единых требований к воспитанию и обучению ребенка в семье и в образовательном учреждении;
- правильных форм взаимодействия разных специалистов, участвующих в комплексной реабилитации ребенка с нарушениями в развитии.

Одной из важных задач в деятельности специалистов, в том числе врачей-педиатров и невропатологов, консультирующих семьи с рождения ребенка с поражением ЦНС, является информирование родителей о закономерностях психомоторного развития малыша, а в случаях отклоняющихся вариантов в развитии, ориентирование родителей на комплекс реабилитационных мер, включающих в себя коррекционно-педагогические технологии.

Таким образом, организация совместного медицинского консультирования семьи и включение коррекционно-педагогических технологий в комплекс реабилитационных мероприятий по оказанию помощи ребенку с первых месяцев жизни позволит не только своевременно решать вопросы его психофизического развития, но создавать адекватную социальную ситуацию развития ребенка в семье.

#### *Особенности развития детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС*

Исследователями доказано, что дети раннего возраста с органическим поражением ЦНС значительно отстают по основным линиям развития от нормально развивающихся сверстников.

Так для детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС характерно то, что дети не фиксируют взор на лице взрослого, у них затруднен контакт со взрослым «глаза в глаза», отсутствует желание сотрудничества с близкими взрослыми и интерес к ним. Они не стремятся подражать и взаимодействовать с близкими людьми. У них своевременно не формируется самостоятельность в быту: не пользуются ложкой во время еды; не владеют навыками опрятности; у них не сформированы предметно-игровые действия с игрушками и др. Для них характерно снижение инициативы и активности, отсутствует свойственной детям в этом возрастном периоде любознательность и «жажда свободы». Дети жмутся к взрослым, просятся на руки, капризничают.



Особенности физического развития детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС проявляются в том, что дети поздно овладевают навыками ходьбы, характеризующейся неустойчивостью, неуклюжестью походки, замедленностью или импульсивностью движений. У них отсутствует целенаправленность ходьбы по прямой дорожке, они не могут подниматься и опускаться самостоятельно по лестнице, у них отсутствует стремление научиться бегать, прыгать. Недоразвитие ручной моторики у детей проявляются в том, что они не могут захватывать мелкие предметы, не выделяют отдельно каждый палец, не формируется указательный тип хватания и хватание щепотью.

В познавательном развитии у детей с органическим поражением ЦНС отмечается значительное отставание во всех сферах психики: внимании, памяти, восприятии, мышлении и речи. Для многих детей характерно отсутствие интереса к окружающему миру и подражательная способность, они не проявляют интерес к игрушкам, предметам и предложенным взрослым действиям с ними (не захватывают рукой игрушки, не манипулируют и не действуют ими и др.). Все это отрицательно сказывается на становлении целенаправленных предметных действий (соотносящих и орудийных), на развитии ориентировочных действий и ориентировочной деятельности, на недоразвитии познавательной деятельности в целом.

В речевом развитии у детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС особенности проявляются с младенчества: вовремя не появляется гуление, а затем лепет. Они ограниченно понимают обращенную к ним речь, не указывают жестом знакомые предметы, не могут выполнить простого действия по речевой инструкции. Для таких детей характерно амимичное лицо, они плохо понимают жесты. Отсутствие потребности к общению ребенка с близкими взрослыми и другими людьми, интереса к окружающим предметам, недоразвитие фонематического слуха и артикуляционного аппарата надолго задерживают появление речи у этих детей, и затрудняет их дальнейшее общение со сверстниками.

Одним из наиболее существенных вторичных отклонений, которые возникают у детей, являются несформированность (или отсутствие) способов усвоения общественного опыта - умение действовать по указательному жесту, готовность действовать совместными действиями, подражание, ориентировка и

действия по речевой инструкции, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на всем последующем развитии ребенка.

Следует подчеркнуть, что дети раннего возраста с органическим поражением ЦНС значительно отстают в психофизическом развитии от развития нормально развивающихся сверстников и нуждаются в комплексе реабилитационных мероприятий, как со стороны врачей, так и педагогов-дефектологов.

Без целенаправленной коррекционно-педагогической работы у этих детей не возникают ведущая и типичные виды детской деятельности, а также возрастные психологические новообразования – восприятие, наглядные формы мышления и др.

Учитывая эти особенности, коррекционно-педагогическая работа с детьми раннего возраста должна начинаться с формирования интереса ребенка к сотрудничеству со взрослым на основе эмоционально-личностного общения, а также интереса к игрушкам и подражательным действиям с ними. При этом педагог вызывает у ребенка подражательные действия с помощью дидактических игр и упражнений. Педагогические приемы должны быть направлены на формирование у ребенка адекватных эмоциональных реакций и целенаправленность действий с игрушками, в соответствии с их функциональным назначением, и в дальнейшем способствовать появлению у детей ориентировочных и поисковых действий.

Таким образом, раннее начало коррекционной работы с использованием системы педагогических технологий способствует предупреждению и коррекции вторичных отклонений в развитии детей с органическим поражением ЦНС.

#### *Организация коррекционно-воспитательного процесса с детьми раннего возраста с органическим поражением ЦНС*

В целях проведения эффективной коррекции отклонений в развитии детей необходимо создать педагогические условия для проведения целенаправленной педагогической работы с ребенком и его родителями.

К педагогическим условиям относятся: адекватный характер взаимодействия взрослого с ребенком (эмоционально-деловое); организация предметно-развивающей среды; разработка содержания коррекционно-

педагогической работы с ребенком, учитывающего его специфические образовательные потребности; обучение родителей педагогическим технологиям общения и взаимодействия со своим ребенком.

*Характер взаимодействия взрослого и ребенка* является базовым требованием к организации процесса воспитания и обучения детей раннего возраста с нарушением развития. Способы взаимодействия взрослого с ребенком и динамика развития ребенка зависят от степени выраженности нарушения или отставания в развитии.

*Предметно-развивающая среда* – это система условий, обеспечивающих всю полноту развития всех видов детской деятельности, коррекцию отклонений высших психических функций и становление личности ребенка. Она включает ряд базовых компонентов, необходимых для полноценного физического, социального, познавательного и эстетического развития детей. К ним относятся: природные среды и объекты, культурные ландшафты, физкультурно-игровые и оздоровительные сооружения, предметно-игровая среда, детская библиотека, игротка, музыкально-театральная среда, предметно-развивающая среда занятий и др.

Предметы и игрушки, используемые в коррекционной работе, позволяют формировать общение и совместную деятельность взрослого и ребенка, знакомят ребенка с окружающим предметным миром. Например, звучащие игрушки (мишка, белочка, заяц, собака); погремушки, колокольчики, мячик с наполнителем – колокольчиком; неваляшка; сюжетные игрушки – бычок и дощечка; игрушки – люди из сказок «Репка», «Красная шапочка», «Курочка Ряба», «Теремок»; клоун – погремушка; куклы «Би-ба-бо»; сюжетные комплекты – детская плита с набором посуды; модель квартиры с набором мебели и игрушками – людьми; модель домика и «семьи» (деревянные куколки – мама, папа, дочка, сын); «Доктор»; «Водитель»; «Магазин»; «Аптека» и др.

В целях формирования образа «Я» и представлений об окружающих людях используются кукла большая с набором одежды; зеркала (настольное и большое на стене); фотографии ребенка и близких ему людей; альбом с фотографиями ребенка; картинки с изображением людей и их профессий; некоторые вещи детей.

В целях формирования способов усвоения общественного опыта

используется следующий дидактический материал:

- наборы для развития дифференцированных движений кистей и пальцев рук (дощечка с дырками и деревянная иголка; набор колец; «Сапожок» - шнуровка; цепочка звеньев из пластика и др.);
- деревянные доски по типу «Доска Сегена» - животные; фигуры; предметы и др.; «Почтовый ящик» с прорезями для форм; «Дом животных» и др.;
- конструктор, набор для рисования, конструирования, лепки, аппликации;
- стаканчики – пирамидки; пирамиды разного цвета от 3 до 7 колец; матрешки (3-х и 5-местные);
- предметы-орудия и вспомогательные средства: молоточек; палочка; совок; ложки (большие и маленькие); сачок (маленький); банки из пластика; кисточки для рисования; тазик, тарелки глубокие (2-3 шт.) для сыпучих продуктов, ленточки и др.

В музыкально-театральной зоне желательно установить пианино и стеллаж для детских игровых инструментов, музыкальной литературы, аудиоцентр с набором записей детских песен и танцевальных мелодий. Также необходимо выделить место для кукольного театра (экран, набор пальчиковых кукол и кукол «Би-ба-бо», детские костюмы).

В релаксирующей зоне используются детские маты, сухой бассейн, надувные игрушки, типа «Лодка», «Мяч», а также музыкальный центр с записями спокойной музыки.

Для проведения оздоровительных мероприятий зал или большая комната оборудуются шведскими лестницами, детской (пластмассовой) горкой, набором детских кубиков из материала с наполнителем, из которых возможно соорудить препятствия: лазы, мостик, барьер и др., наборами для детских подвижных игр («Брось мяч в цель», обруч, прыгалки, кегли и др.); гимнастическими скамейками; матами; детским батутом и музыкальными инструментами (барабан, погремушки, бубен и др.).

Для обеспечения полноценного развития ребенка необходимо единство развивающей предметной среды и содержательного общения взрослых с детьми. Необходимо исходить из интересов и потребностей ребенка и его

развития, возрастных особенностей и задач коррекционного воздействия. Предметно-развивающая среда должна быть для ребенка информативной, удовлетворять его возрастные потребности в новизне, преобразовании и самоутверждении.

Содержание предметно - развивающей среды должно удовлетворять потребностям актуального, ближайшего и перспективного развития ребенка, становлению его индивидуальных способностей.

Предметная среда должна быть системной, т.е. отвечать вполне определенному возрасту и содержанию деятельности детей, а также основным принципам национальной культуры.

Дети раннего возраста с нарушением ЦНС должны быть обеспечены индивидуальными техническими средствами коррекции при наличии медицинских показаний к их использованию (в местах общего пользования должны быть специальные порожки, светозащитные технические устройства из цветного стекла или бесцветного стекла с покрытием для детей с нарушениями зрения; пандусы для подъема и спуска детей с опорно-двигательными нарушениями; в кабинетах со специальным оборудованием: звукоусиливающей аппаратурой коллективного и индивидуального пользования и специальными приборами - программами "Видимая речь" для детей с нарушениями слуха; оптическими средствами коррекции (различного рода лупы – ручные, опорные, стационарные; очки – микроскопические, телескопические; монокуляры и бинокляры; проекционные увеличивающие аппараты – эпи- и диапроекторы; специальные оптические системы; трости, приборы эхолокаторы, сканеры; специальные пишущие машинки, компьютеры со строкой по системе Брайля; приборы для рельефного рисования; грифели и прибор для ручного письма; "говорящие книги" на магнитных лентах, специальные устройства для их прослушивания) для детей с нарушениями зрения и др.).

*Коррекционно-педагогическая работа с ребенком должна решать общеразвивающие и коррекционные задачи. Поскольку дети раннего возраста с органическим поражением ЦНС не могут обучаться в коллективе сверстников, то работу с ними надо начинать индивидуально. При этом необходимо разработать на каждого ребенка индивидуальную программу, которая должна учитывать как возрастные, так индивидуальные особенности развития ребенка.*

Содержание индивидуальной программы состоит из двух частей. Первая часть посвящена содержанию коррекционно-развивающего обучения ребенка, вторая - включает в себя содержание работы специалистов (педагога-дефектолога, педагога-психолога, музыкального педагога) с родителями.

Разработка содержания программы для проведения коррекционно-педагогической работы с ребенком начинается с психолого-педагогического обследования основных линий развития: **социальной** (формы общения - вербальные, невербальные; способы усвоения общественного опыта – готовность к совместным действиям, наличие указательного жеста, способность к подражанию, умение действовать по образцу и по словесной инструкции); **физической** (развитие основных движений, развитие ручной и мелкой моторики); **познавательной** (сенсорное развитие, наглядно-действенное мышление, ознакомление с окружающим, развитие речи, предметно-игровые действия, предпосылки к продуктивным видам деятельности); **эстетической** (музыкальное воспитание).

Содержание программы включает в себя задачи, методы и приемы работы с ребенком, учитывающие актуальный уровень сформированности основных линий развития ребенка и его потенциальных возможностей, т.е. зону ближайшего развития. Кроме того, в программе указывается, когда и в какие виды деятельности ребенок включается во взаимодействие с одним ребенком, а затем и с другими сверстниками.

Работа специалистов (педагога-дефектолога, педагога-психолога, музыкального педагога) с семьей планируется также после изучения характера взаимодействия родителей со своим ребенком, с учетом уровня педагогической компетентности родителей, анализа условий воспитания ребенка в семье.

Индивидуальная программа разрабатывается на основе следующих принципов:

- учет онтогенеза основных линий развития ребенка;
- учет возрастных и индивидуальных особенностей и возможностей ребенка;
- деятельностный подход к развитию личности ребенка;
- коррекционная направленность воспитательного процесса;

- доступность, повторяемость и концентричность учебно-развивающего материала.

Основными требованиями к проведению занятий с ребенком раннего возраста с органическим поражением ЦНС являются следующие: адекватность способов общения взрослых с ребенком; игровая форма занятий; доступность и повторяемость материала; использование различных приемов в работе с ребенком для завершения поставленной перед ним задачи; включение родителей в процесс взаимодействия со своим ребенком.

*Содержание коррекционно-развивающего обучения и воспитания детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС*

Коррекционно-педагогическая работа с детьми раннего возраста с органическим поражением ЦНС направлена как на формирование психологических новообразований, которые должны быть, но еще не появились у малыша (умение эмоционально общаться, подражать, совершать предметные действия, овладение навыками опрятности, самостоятельность в быту), так и на формирование ведущей деятельности и психологических новообразований, характерных для детей раннего возраста: предметной деятельности и предметно-игровых действий, представлений о себе, совершенствование восприятия, наглядно-действенного мышления, появление фразовой речи, а также формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности - лепке, рисованию, аппликации, конструированию.

Формирование сотрудничества ребенка со взрослым (с педагогом) происходит через эмоциональный контакт взрослого с ребенком (зрительный, слуховой и тактильный); правильное определение образовательно-воспитательных задач, учитывающих актуальные и потенциальные возможности ребенка; подбор способов передачи ребенку общественного опыта, соответствующих уровню его развития.

В процессе начального этапа коррекционной работы важно сформировать у ребенка готовность к усвоению способов общественного опыта: охотно действовать совместно со взрослым, пользоваться указательным жестом, подражать действиям взрослого, выполнять простые действия по речевой инструкции.

Вышеуказанные виды работы имеют коррекционную значимость лишь при системном формировании у ребенка всех видов детской деятельности: предметной, игровой, изобразительной, конструктивной и элементарной трудовой.

В коррекционной работе с ребенком по *социальному развитию* особое внимание уделяется следующему:

- формированию прочных эмоциональных связей ребенка с близкими взрослыми;
- способам приобретения общественного опыта;
- формированию представлений о себе; о своей семье и других людях;
- позитивным способам взаимодействия ребенка с другими людьми (со взрослыми и сверстниками).

Коррекционная работа по *формированию прочных эмоциональных связей ребенка с близкими взрослыми* включает в себя следующие шаги:

- в процессе общения с педагогом ребенка приучают фиксировать взгляд на лице взрослого, вызывают у него улыбку;
- расширяют эмоциональное общение ребенка со взрослым в процессе чтения потешек, стихов, пения песенок (при этом поглаживают малыша, касаются его руками);
- формируют у малыша невербальные формы общения со знакомыми взрослыми: учат при встрече протягивать руку, а при прощании махать рукой – «пока», посылать воздушный «поцелуй»; ребенка учат выражать просьбу и благодарность словом и жестом («дай», «на»).

Овладение *способами приобретения общественного опыта* у детей происходит через игры, в которых развивается эмоциональное, а затем деловое сотрудничество ребенка со взрослым:

- сначала коррекционная работа направлена на установление контакта ребенка со взрослым: у ребенка вызывают положительное эмоциональное отношение к совместным действиям и их словесному обозначению взрослым (при этом совместные действия активизируются взрослым и все более поощряется активность в совместных действиях ребенка); кроме того ребенка обучают невербальным и вербальным способам общения, при этом взрослый обучает малыша действовать жестами (указательный, обозначения, просьбы и



др.), постепенно включая их в игры с предметами;

- важным этапом в овладении способами общественного опыта является обучение подражанию в действиях взрослому через усвоенные ранее им совместные действия и жестовую инструкцию;

- действиями по образцу ребенок овладевает после того, как сформированы предыдущие способы действий и ребенок понимает простейшую инструкцию;

- следующий этап – выполнение действий по речевой инструкции позволяет ребенку проявлять самостоятельность в действиях и решать интеллектуальные задачи.

Работа по *формированию у ребенка представлений о себе* начинается с формирования зрительного образа «Я»:

- сначала через эмоционально-личностный контакт малыша «заражают» эмоциями радости, вызывают у него желание контактировать со взрослым;

- затем через эмоционально-деловой контакт учат ребенка откликаться на свое имя, а позже и фамилию;

- представления о своей внешности у ребенка формируются путем узнавания себя в зеркале и на фотографиях; через контакт с близким взрослым или педагогом и с различными предметами, через действия, производимые ребенком; осознанного зрительного восприятия своей внешности и способов сравнения себя с другими.

Представления у ребенка о своей семье, о взаимоотношениях в ней и способах их проявления к близким людям проводится в следующем порядке: - сначала у малыша вызывают эмоциональную реакцию на ласковое обращение к нему близкого взрослого;

- далее у ребенка формируют эмоциональные и двигательные реакции на его появление в комнате;

- формируют у ребенка тактильно-эмоциональные и речевые способы выражения привязанности, любви к близким взрослым; узнавание матери и других членов своей семьи на фотографиях и др.

При *формировании у ребенка позитивных способов его взаимодействия с другими людьми* большое внимание уделяется тому, как малыш воспринимает своего сверстника. Педагог должен формировать интерес и способы

взаимодействия с ним: учит здороваться с другим ребенком, протягивать руку для приветствия, брать и передавать сверстнику игрушки, улыбаться партнеру по игре, радоваться ему при встрече, называть сверстника по имени, давать свои игрушки, прощаться и др. Затем детей учат взаимодействовать в процессе предметно-игровых действий. Детям предлагают следующие игры: «Прокати шарик», «Поймаем шарик», «Соберем пирамидку», «Достанем шарики из бассейна», «Спрячем шарики в ладошки», «Ку-ку» и др.

**Физическое развитие** ребенка зависит от его деятельности, мотивов, побуждающих его действовать. Овладение движением есть процесс, происходящий в ходе практической деятельности ребенка. Особенно это важно для развития более тонких и точных движений пальцев рук. Появление условно-рефлекторных движений, где действуют пальцы рук и ладони, в зависимости от размера, свойств и характера предметов, отражают не только совершенствование двигательной функции руки, но и усложнение аналитико-синтетической деятельности мозга ребенка.

В коррекционной работе с ребенком по **физическому развитию** детей особое внимание уделяется основным физическим движениям как совершенствованию ходьбы, бега, прыжков, ползания, лазания, метания; развитию и совершенствованию ручной и мелкой моторики рук ребенка; развитию целенаправленных движений и развитию равновесия.

Последовательность коррекционно-педагогической работы по развитию у детей *основных физических движений* заключается в следующем:

- сначала у ребенка закрепляются навыки целенаправленной ходьбы по прямой дорожке (с помощью взрослого, затем самостоятельно, удерживая в руке предмет); обучают его двигаться с предметами по заданному пути. Ребенок должен научиться удерживать в руке предметы, различные по материалу, размеру, весу и форме (мячи, кубики, кегли, колечки, колокольчики; мешочки - с камнями, с горохом, с крупой; резиновые шарики, коробочки и т.д.;

- продолжают учить детей ходить по «дорожке» ровной или волнистой, которая похожа на «змейку», по «следам» с жесткой или мягкой поверхностью, по невысокой гимнастической скамейке;

- обучают их спрыгивать со ступеньки, со скамейки;

- учат детей подниматься вверх по лесенке с поддержкой взрослого, затем самостоятельно;

- научив ребенка ходить по лесенке, можно приступать к обучению бегу.

Коррекционно-педагогическая работа по развитию и совершенствованию у малыша *ручной и мелкой моторики рук* начинается:

- с формирования у него хватания и согласованности действий обеих рук;

- далее учат выделять каждый палец руки;

- способствуют становлению ведущей руки и развитию согласованности действий обеих рук.

Содержание педагогической работы по развитию у детей целенаправленных движений и развития равновесия является органичной частью каждого занятия по физическому воспитанию и направлено на формирование у детей интереса к овладению основными движениями (ходьбой) и способности подражать движениям и действиям взрослого.

В результате проводимых занятий по физическому развитию у детей совершенствуются следующие движения: ползание, лазание, перелезание; ползание по ковровой дорожке и др.

Физическое воспитание детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС осуществляется разнообразными методами. При этом учитываются педагогические и медицинские аспекты коррекционного воздействия: подвижные игры, упражнения и игровые задания; массаж, лечебная физкультура, закаливание, плавание.

Коррекционно-педагогическая работа по *познавательному развитию* детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС направлена:

- на сенсорное воспитание;

- формирование наглядно-действенного мышления;

- ознакомление с окружающим миром;

- развитие предметно-игровых действий;

- развитие речи и коммуникативных способностей;

- формирование игровых действий и предпосылок к продуктивным видам деятельности.

Коррекционно-педагогическая работа по *сенсорному развитию направлена* на становление у ребенка ориентировочно-исследовательских действий, восприятия предметов и действий с ними в соответствии с их функциональным назначением, ориентировки на свойства и качества предметов: форму, величину, цвет, целостное восприятие.

Коррекционно-педагогическая работа по *сенсорному* воспитанию включает в себя развитие у детей зрительного, слухового, тактильно-двигательного и вкусового восприятия, закрепление воспринятого предмета и свойства в слове, а также формирование взаимосвязи между всеми анализаторными системами (зрительной, слуховой, тактильной, двигательной).

Основная работа направлена на удовлетворение потребности ребенка в эмоциональном насыщении, предметной новизне; обеспечении развития познавательных функций руки и сенсорно-двигательной координации в процессе манипулирования с предметами; пробуждение познавательной активности ребенка; его эмоционально-делового общения со взрослым; речевой активности.

У детей постепенно появляются навыки фиксации взгляда на предмете, которые находятся в его руке; умение проследить за движущимся предметом - вправо, влево, вверх, вниз; дети воспринимают различные предметы и игрушки, которые их окружают, учатся выполнять с ними различные действия.

Коррекционная работа по *развитию и совершенствованию ориентировочной деятельности на свойства и качества предметов* начинается с обучения детей умению различать предметы по форме (из трех форм по речевой инструкции, далее группируют предметы по одному признаку (форме).

Педагог использует приемы, с помощью которых дети учатся способам действия с предметами: брать маленькие предметы одной рукой, большие - двумя руками (шарики, мячики, кубики, матрешки, машинки и т.д.), опускать различные по величине предметы в разные коробки: раскладывать их в две коробки - в одну маленькие, в другую - большие. Дидактические игрушки используются при разборке и складывании ребенком двухместной матрешки, пирамидки (из трех колец).

Важным направлением в развитии *зрительного восприятия* являются задания, направленные на соотнесение игрушки с ее изображением на картинке: детей учат выделять парные картинки (грибы, куклы, елочки, пирамидки, домики) по подражанию или образцу, затем по слову - инструкции: «Покажи, где такая картинка. Выбери парные картинки» в дидактической игре «Лото малышам».

*Развитие у детей ориентировки на цвет* начинается с выделения (сличение) желтого цвета, затем его называния. Далее детей учат выделять красный, зеленый, синий цвета. Для этого с детьми проводят следующие игры: «Перевези кубики», «Дорожки для неваляшек», «Цветные горки», «Накорми куклу», «Построй домики», «Подбери ленточку», «Дорисуй ниточку», «Построй дорожку из кирпичиков» и др.

Коррекционная работа с детьми по *формированию целостного восприятия* предметов включает в себя следующие шаги: детей учат собирать игрушки из двух частей (гриб, собачку, паровоз, домик); складывать разрезные картинки из двух частей, а затем из трех частей.

Развитие *пространственной ориентировки* у детей происходит в результате знакомства с тем, что имеется в окружающем быту: окно, дверь и др.

При сенсорном воспитании особое внимание уделяется развитию слухового восприятия, развитию слуховых ориентировочных реакций.

Таким образом, главное в коррекционно-педагогической работе по сенсорному развитию и воспитанию заключается в необходимости сформировать у детей интерес к окружающим предметам и элементарной ориентировки на внешние свойства и качества предметов.

Коррекционно-педагогическая работа с детьми с поражением ЦНС направлена на формирование предпосылок к *становлению и формированию наглядно-действенного мышления*.

*Формирование предпосылок к становлению наглядно-действенного мышления* включает в себя:

- обучение детей целенаправленным действиям с предметами с использованием вспомогательных средств (тесьмы, ленточки, веревки, палочки) при выполнении предметно-игровых заданий; с детьми проводят следующие игры: «Покатаем матрешек в тележке», «Помашем шариками», «Перевезем

кирпичики», «Достанем шарики из бассейна», «Спрячем шарики», «Забей гвоздики» и др.;

- формирование у детей представлений о функциональном назначении бытовых предметов (чашки, ложки, стула, ножниц, карандаша, лейки, веревки);

- формирование орудийных действий с предметами (игры «Забей молоточком гвоздики», «Достань шарики из бассейна», «Налей в бутылочку через воронку водичку», «Спрячь шарик (засыпь крупой - действие ложкой)»);

- формирование предметных и предметно-игровых действий (игры «Соберем пирамидки», «Спрячь зайку в домик»; «Кто в домике живет?», «Покатаем матрешек в тележке», «Паровозик приехал!», «Идет бычок...», «Заведи юлу», «Поиграем на металлофоне» и т.д.

Главное в этой работе вызвать у ребенка интерес к игрушкам и предметам, сформировать целенаправленность действий с ними.

*При ознакомлении детей с окружающим миром* главное сформировать у детей познавательный интерес к предметам и явлениям окружающей действительности. Важно, чтобы дома взрослые обращали внимание ребенка на предметы ближайшего окружения, учили детей выделять предметы и явления окружающей действительности по словесной инструкции.

Основные направления при ознакомлении детей с окружающим включают в себя:

- вызывание у ребенка интереса к предметам окружающей среды, знакомство с их функциональным назначением;

- ознакомление детей с объектами живой и неживой природы, с явлениями природы (дождь, снег, ветер и др.);

- учить соотносить реальные предметы с их изображением на картинках.

Таким образом, педагогическая работа с детьми раннего возраста по ознакомлению с окружающим направлена на развитие познавательной активности детей к окружающей действительности, формированию у них адекватного поведения в окружающем мире.

*Коррекционно-педагогическая работа по формированию предметной и предметно-игровой деятельности включает в себя:*

- обучение ребенка умению выполнять отдельные действия с предметами: брать предметы одной рукой, потом двумя руками, удерживать их, уметь выпускать, ставить их на определенное место;

- формирование у ребенка умение брать предметы двумя или тремя пальцами (указательный тип хватания или хватания «щепотью»);

- развитие у ребенка соотносящих действий: малыша учат снимать и нанизывать колечки на пирамидки, шарики на стержень; расставлять шарики в полые кубики; прятать игрушки в различные коробочки и закрывать их крышками; вставлять в прорези соответствующие фигурки; опускать различные фигурки в прорези коробки (выбор из 2-3) и т.д.

Наряду с формированием соотносящих действий у детей формируются орудийные: детей учат нанизывать бусы (катушки) на шнурок; доставать предметы и игрушки (шарики, рыбки, уточки) сачком из воды и перекладывать их в тарелочки; вставлять в полые кубики шарики; пересыпать ложкой сыпучие вещества из мешочка в коробочку.

Важно также учить детей самостоятельно выполнять различные предметно-игровые действия с сюжетными игрушками. В дальнейшем у детей формируется интерес к сюжетной игре, где также продолжают формировать игровые действия в определенной ситуации.

*Развитие речи и коммуникативных способностей* направлено на формирование основных функций речи: коммуникативной, фиксирующей, сопровождающей, познавательной и регулирующей. При этом важно, чтобы на всех этапах обучения педагог учил детей при общении смотреть в лицо взрослому.

Вначале детей учат понимать обращенную речь, показывать некоторые действия и знакомые предметы по словесной инструкции, затем учат выполнять какое-либо действие по ходу чтения какой-либо потешки или стихотворения. У детей развивают артикуляцию и учат подражать действиям губ взрослого: «па-па-па; ба-ба-ба-ба; да-да-да; ма-ма-ма; ля-ля-ля. Для этого с детьми проводятся игры: «Вот он язычок - нет язычка». Ребенка побуждают к звукоподражанию и произнесению лепетных слов: ам-ам; би-би, баю-бай, пи-пи, па-па, ма-ма, бах, упал, топ-топ; ку-ку; ту-ту, дай-дай, вот, ау-ау, ля-ля, ду-ду, бух-бух, ко-ко-ко; мяу-мяу, ля-ля, а-а-а и т.д. Кроме того, с детьми проводится игра «Веселый

язычок» - вот он язычок, нет язычка, щелкай язычком. Малыша учат произносить звукоподражание и лепетные слова: *кря-кря; чик-чирик; ква-ква; бум-бум; гав-гав; мяу-мяу; би-би; тук-тук; кап-кап, кач-кач, и т.д.*

На занятиях по развитию речи детей учат показывать некоторые действия, предметы, изображённые на картинке, далее учат отвечать на вопросы и произносить отраженно отдельные слова в определенной ситуации: *хочу, не хочу, упал, вода, спать, пить, сиди, гулять, копать и др.*

Детей учат повторять элементарную фразу из двух слов с опорой на сюжетные картинки: «Девочка идет», «Мальчик бежит», «Зайка прыгает», «Птичка летает».

В дальнейшем коммуникативная функция речи развивается в процессе предметно-игровых действий, драматизации эпизодов сказок, дидактических игр, бесед. Грамматический строй речи усваивается в речевых играх и упражнениях, связанных с ориентировкой в пространстве: «Где матрешка? - Вот она под столом». Главное в занятиях по развитию речи сформировать у детей потребность к речевым высказываниям.

*Формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности* направлено на стимулирование у детей интереса к процессу рисования, лепке, аппликации, конструированию. При этом важно у детей развивать базовые предпосылки: зрительно-двигательную координацию, согласованность действий обеих рук, умения подражать действиям взрослого.

#### *Педагогическая помощь семье ребенка раннего возраста с органическим поражением ЦНС*

Известно, что для ребенка семья является первым и главным социальным институтом. Формирование социально-педагогической компетентности родителей, воспитание детско-родительских отношений, обучение родителей способам взаимодействия со своим проблемным ребенком также относится к области значимых направлений коррекционной педагогики.

Несмотря на современные социальные и экономические проблемы, возрастает роль семьи в воспитании и коррекционном обучении детей с отклонениями в развитии. Все большее число родителей хотят сами (с участием специалистов) воспитывать своего ребенка. Именно родители часто выступают



инициаторами к изменению организационных форм обучения детей с отклонениями в развитии, содержание и методы дошкольной коррекционной педагогики становятся все более и более вариативными.

В практике ранней помощи детям с органическим поражением ЦНС наиболее активно используются следующие психолого-педагогические формы работы: консультативно-рекомендательная; лекционно-просветительская; практические занятия для родителей; организация «круглых столов», родительских конференций, детских утренников и праздников и др. Консультативно-рекомендательная форма работы включает в себя первичное психолого-педагогическое обследование, консультативные посещения, повторные психолого-педагогические обследования.

На первичном психолого-медико-педагогическом обследовании с участием дефектолога, врача – детского невропатолога, психолога родители получают ответы на интересующие их вопросы, касающиеся оценки специалистами уровня психического развития детей, возможности их обучения и т.д., и рекомендации по организации дальнейших условий воспитания ребенка в семье.

На лекционных занятиях родители получают необходимые знания по различным вопросам воспитания детей. В ходе лекций родители получают ответы на возникающие вопросы, знакомятся с современной литературой, раскрывающей содержание той или иной проблемы.

На практических занятиях родители получают знания по формированию тех или иных умений и навыков у ребенка, например, по формированию навыков самообслуживания, культурно-гигиенических навыков, предпосылок формирования изобразительной деятельности и т.д.

Наиболее удобной формой работы с родителями являются *комбинированные занятия* - лекция на определенную тему, затем - практическое занятие. Темы практических занятий почти всегда соответствуют лекционным.

Приведем примерную тематику лекций:

п.п.	№ Темы
1	Возрастные закономерности развития детей раннего возраста. Особенности

.	развития детей с отклонениями в психомоторном развитии.
2	Виды общения. Значение и роль общения в развитии ребенка раннего возраста. Сотрудничество, как форма организации общения ребенка раннего возраста со взрослым.
3	Формирование первоначальных навыков самообслуживания у детей раннего возраста.
4	Виды игрушек. Роль и значение игрушки в психическом развитии ребенка.
5	Виды игр. Этапы формирования игровой деятельности. Формирование игры в условиях семейного воспитания.
6	Условия в семье для физического развития ребенка раннего возраста.
7	Познавательная деятельность у ребенка раннего возраста. Организация и содержание педагогической работы по активизации познавательной деятельности у ребенка раннего возраста.
8	Закономерности развития речи у ребенка раннего возраста. Дидактическая игра как средство речевого развития ребенка.

*Организация «круглых столов», родительских конференций, детских утренников и праздников.* Беседы или «круглые» столы проводятся в непринужденной обстановке. Родители знакомятся друг с другом, рассказывают о своих детях, их проблемах. Во время этих встреч родители получают полезную информацию (например, где оформить инвалидность ребенка, какие документы при этом необходимы и т.д.), а также обозначают круг тех вопросов, на которые еще не смогли получить ответы.

*Беседы* проводятся и на индивидуальных занятиях и, как правило, носят личный характер. Специалист-дефектолог, выслушивая маму, ее семейные проблемы, предлагает варианты разрешения некоторых проблем. Желательно родителям побеседовать с психологом.

Педагогическую работу с родителями дефектолог планирует, исходя из индивидуальной программы развития ребенка.

Важными задачами в этой работе являются следующие:

- формировать потребность родителей в общении с ребенком, т.е. научить взрослого чувствовать, как ребенок относится к нему;
- обучить родителей приемам, формирующим потребность ребенка в оценке действий со стороны близкого взрослого;
- формировать чувствительность к отношению ребенка. Кроме того, педагог формирует адекватную позицию по отношению к ребенку; умение решать познавательные задачи в ходе игрового взаимодействия; эмоциональность взаимодействия; уверенный стиль воспитания;
- обучить родителей наблюдать, замечать появление нового в развитии ребенка в процессе каждодневного общения, делать выводы.

Работа по обучению родителей навыкам наблюдения за малышом проводится поэтапно: сформировать первоначальный навык наблюдения; научить взрослых делать выводы из наблюдений под руководством специалиста; научить взрослых самостоятельно делать выводы из наблюдаемых явлений.

*Первоначальные навыки наблюдения формируются у родителей в процессе ведения дневниковых записей.*

Как только родители поймут, что каждое новое приобретение ребенка имеет причину и объяснение, перед педагогом встает задача научить взрослых самостоятельно делать выводы из наблюдаемых явлений, связанных с развитием ребенка.

В содержание работы педагога-дефектолога входит и обучение этих родителей приемам, способствующим установлению эмоционального контакта с ребенком (аффективного расположения к взрослому), которые вызывают у малыша интерес к действиям взрослого. К таким приемам мы относим: прием тактильного воздействия (поглаживания, поцелуи, обнимание, прижимание и т.д.); прием эмоционально-речевого воздействия (изменение интонации, высоты и модуляции голоса, ласковый взгляд и разговор, использование потешек, песенок, стихов, подвижные игры с речевым сопровождением и т.д.); приемы, привлекающие внимание ребенка (волшебные мешочки, сюрпризы, различные механические игрушки, игрушки с музыкальным сопровождением, с различными звуковыми эффектами - например, пищаций почтовый ящик, кукарекающий (при нажатии) петух, кукла «би-ба-бо» и т.д.); приемы

отсроченного речевого сопровождения.

Для установления эмоционального контакта ребенка со взрослым можно использовать различные потешки (типа «Поехали-поехали...»), колыбельные песенки, стихи. Во время обучения игровым действиям педагог демонстрирует, как можно их включить в повседневную жизнь.

Формирование уверенного и спокойного стиля воспитания достигаются путем повышения уровня родительской компетентности в вопросах воспитания детей.

Содержание работы по повышению уровня компетентности родителей в вопросах воспитания детей включает:

- знакомство с этапами и закономерностями психофизического развития здорового ребенка;
- объяснение родителям значение режима дня и создания условий для организации деятельности ребенка в семье;
- обучение родителей приемам формирования навыков самообслуживания и опрятности в определенные возрастные периоды;
- знакомство родителей с различными видами игрушек и игр (музыкальные, механические, дидактические, народные и др.), их назначением, ролью в жизни ребенка и др.; объяснение родителям роли игры в развитии ребенка, знакомство с видами игр (дидактические, сюжетные, подвижные и др.) и этапами формирования игровой деятельности (отдельные игровые действия, цепочка игровых действий, сюжетная и сюжетно-ролевая игра).

Педагог-дефектолог должен научить взрослых создавать ситуацию совместной деятельности с ребенком. На этой основе возникает и речевое взаимодействие ребенка со взрослым. В совместной деятельности близкие взрослые первоначально организуют действия ребенка, а затем контролируют и оценивают формирование этих действий. Таким образом, работая над формированием этого навыка, специалист должен обучить родителей способам передачи общественного опыта, адекватным актуальному уровню развития малыша (совместным действиям, по жесту, по подражанию, по образцу или речевой инструкции), используя совместные и частично-совместные действия. Родителям объясняется важность и значимость использования предметно-

действенных средств при организации общения с ребенком. Необходимым условием является обязательное совместное обыгрывание постройки, рисунка, поделки и т.д.

Формы организации занятий с детьми и их родителями могут быть различными. Необходимо только помнить, что родители являются самими заинтересованными участниками коррекционно-педагогического процесса, результат которого зависит от многих причин, и, не в последнюю очередь, от того, насколько правильно построены отношения между специалистами и родителями. Надо доверять родителям, создавать условия для их активного участия в воспитании и обучении ребенка, прислушиваться к их мнению.

Многолетний опыт работы педагога-дефектолога с родителями показал, что использование в комплексной реабилитации методов педагогической коррекции не только оказывает помощь ребенку, но делает стиль внутрисемейных отношений здоровым, эмоционально насыщенным и помогает родителям непрерывно совершенствоваться в вопросах воспитания своего ребенка.

#### Список литературы

1. Игры и занятия с детьми раннего возраста с психофизическими нарушениями: Методическое пособие /Под ред.Е.А.Стребелевой, Г.А.Мишиной.- 2-е изд.- М.: Экзамен, 2006.
2. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников. – М., 1998.
3. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: Метод. пособие: с прил. Альбома «Наглядный материал для обследования детей»/ (Е.А.Стребелева, Г.А.Мишина, Ю.А.Разенкова и др.); под ред. Е.А.Стребелевой – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 2004, 2005, 2007. – 164 с.+ Прил. (268 с. ил.).
4. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие /Е.А.Стребелева, А.Л.Венгер, Е.А.Екжанова и др.; Под ред. Е.А.Стребелевой. – М.: Издательский центр «Академия», 2001.
5. Стребелева, Е.А. Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2-3 лет): Ранняя диагностика умственного развития [Текст] /Е.А.Стребелева. – М.: Компания «Петит» 1994.

6. Стребелева, Е.А., Мишина, Г.А., Выродова, И.А. и др. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением ЦНС в группах кратковременного пребывания [Текст] / Е.А.Стребелева, Г.А.Мишина, И.А.Выродова и др. / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф сервис, 2003.

## **Глава 7. Психолого-медико-педагогическое сопровождение детей раннего возраста со сложными нарушениями развития**

Дети со сложными нарушениями развития представляют очень разнородную группу по своим сенсорным, двигательным, речевым, эмоциональным и интеллектуальным возможностям. Эти дети не менее других категорий проблемных детей нуждаются в специальном обучении и воспитании. Они должны занять полноценное место в системе раннего психолого-медико-педагогического сопровождения. В организации их обучения и воспитания может помочь, накопленный в нашей стране опыт обучения слепоглухих детей и детей со сложными сенсорными нарушениями (т.е. с поражением не только зрения и/или слуха, но и других функциональных систем).

### ***1. Определение сложных нарушений и принципы их классификации.***

В литературе и практике в настоящее время не установилась единая терминология, одни и те же нарушения могут быть названы и сложными, и комплексными, и множественными нарушениями. Термин «сложная структура дефекта» или «сложная структура нарушения» представляется не достаточно корректным, т.к. любое нарушение развития имеет сложную структуру, состоящую из нарушений первичного, вторичного порядка и т.д. В любом случае нужно понимать, что сложное нарушение развития - это результат влияния двух или нескольких дефектов на развивающуюся психику.

***Сложное нарушение развития*** – это то, при котором имеется два или более первичных дефекта, существующих одновременно и обуславливающих специфические особенности развития ребенка, не равнозначные простому сложению особенностей, которые вызывает каждый дефект, существующий изолированно. Такими нарушениями могут быть глубокие нарушения зрения (слепота и слабовидение) и ДЦП, глухота и ДЦП, слепоглухота, слепота и системное нарушение речи, умственная отсталость с выраженными

нарушениями зрения или слуха и т.п. К множественным дефектам, в частности, можно отнести и сочетание у одного ребенка целого ряда небольших нарушений, которые имеют отрицательный кумулятивный эффект, например, при сочетании небольших нарушений моторики, зрения и слуха у ребенка может иметь место выраженное недоразвитие речи. К тому же, при нарушениях зрения и слуха легкой степени необходимо иметь в виду их возможное прогрессирование с течением времени.

Кроме того, в большинстве случаев дети с нарушенным развитием страдают энцефалопатическими расстройствами (т.е. расстройствами, обусловленными органическим поражением ЦНС), такими как гипертензионно-гидроцефальный, судорожный, церебрастенический синдромы и другие, а также имеют слабое физическое здоровье. Это дополнительно затрудняет их развитие, т.к. обуславливает повышенную утомляемость, нарушения внимания, памяти, поведения. Такие случаи мы определяем как ***нарушенное развитие, осложненное сопутствующими неврологическими и соматическими заболеваниями.***

Часто приходится сталкиваться с неверным мнением, будто дети со сложными нарушениями развития - это редкая, статистически малозначимая категория аномальных детей. Между тем, согласно данным исследований и наблюдениям опытных дефектологов-практиков, эти дети составляют в среднем до 40% контингента специальных образовательных учреждений.

#### *Классификация сложных нарушений.*

Классификация сложных нарушений может быть построена на многих основаниях, знание которых позволяет описать конкретного ребенка с разных сторон:

1. этиологии (т.е. причин их вызвавших, например, генетического синдрома, внутриутробной инфекции или пренесенной нейроинфекции и т.д.),
2. описания структуры дефекта, как сочетания двух или нескольких видов первичных нарушений у одного ребенка, с обязательным указанием степени тяжести каждого из них,
3. возраста появления первичных нарушений у ребенка (врожденные или приобретенные в грудном, раннем и т.д. возрасте),

4. одновременного или разновременного поражения органов или систем, что имеет важное значение для оценки развития ребенка,

5. наличия сопутствующих заболеваний внутренних органов или нервной системы, а также личностных особенностей ребенка.

Среди всего многообразия сложных нарушений можно выделить основные категории детей – это дети с сохранными потенциальными возможностями интеллектуального развития и умственно отсталые дети, дети, способные к самостоятельной активной осмысленной деятельности и - нуждающиеся в постоянной заботе и обслуживании со стороны окружающих. Использование разных классификаций

### ***II. Диагностика множественных поражений, ведущих к формированию сложного нарушения развития.***

Обычно у ребенка со сложным нарушением почти сразу после рождения устанавливают выраженное поражение одного органа или функциональной системы и только со временем обнаруживается второй или даже третий дефект. Это часто объясняется тяжестью установленного с рождения поражения и трудностью при этих условиях диагностировать другое. Например, установив врожденную слепоту у ребенка, врожденное нарушение слуха устанавливают только со временем по отставанию в развитии речи. Кроме того, в ряде случаев другой дефект присоединяется к первому с возрастом, если он является следствием прогрессирующего заболевания и проявляется не сразу. Поэтому так сложна точная диагностика сложных нарушений в раннем возрасте.

Часто при наличии множественных врожденных пороков развития или тяжелых соматических и неврологических заболеваний, представляющих непосредственную угрозу жизни ребенка, врачами предсказывается неизбежное глубокое отставание в физическом и психическом его развитии, которое не связывается с возможным глубоким поражением зрения и слуха. В таких случаях тяжелый диагноз предполагает только уход и поддерживающее лечение, надолго отодвигая или даже исключая возможность диагностирования множественного поражения, специального воспитания и развивающего обучения этого ребенка.



Нередко ошибкам диагностики способствует позднее установление причины уже выявленных у ребенка поражений, которая могла бы насторожить врача в отношении возможности поражения сразу нескольких функций.

*Распространенность сложных дефектов.*

М.Г. Блюминой в середине 80-ых годов была сделана попытка определить теоретически ожидаемую распространенность некоторых видов сложного дефекта (умственной отсталости с дефектами слуха; умственной отсталости с дефектами зрения; нарушений зрения и слуха). Согласно ее расчетам, распространенность сочетанных нарушений слуха и интеллекта должна быть примерно 1:10000; нарушений зрения и интеллекта - 1:2000; двойного сенсорного дефекта - 1:30000.

По зарубежным данным более 40% детей, которые имеют двигательные и интеллектуальные нарушения страдают и нарушениями зрения. И, наоборот, не менее 50-60% детей со зрительными нарушениями имеют и другие дополнительные дефекты. Примерно 5% детей с выраженными нарушениями зрения имеют и нарушения слуха разной степени. 50% детей с ДЦП имеют зрительные трудности. 30% детей с выраженными нарушениями слуха также можно отнести к имеющим сложные нарушения.

*Причины возникновения множественных поражений, ведущих к формированию сложного нарушения развития.*

Биологические причины нарушения развития у ребенка могут иметь генетическое или экзогенное (вызванное внешними причинами) происхождение. В последние годы современная медицина серьезно рассматривает ряд неблагоприятных социально-психологических факторов, которые могут также серьезно осложнить эмоционально-личностное развитие ребенка (сенсорная и психическая депривация, реактивные расстройства привязанности, длительное расставание с матерью и т.д.). В случае сложного нарушения развития, социально-психологические факторы могут играть весьма значительную роль, но ведущими все же остаются тяжелые органические поражения. Возможны разные варианты происхождения этих поражений (дефектов): один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение; оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга; оба дефекта представляют собой

разные симптомы одного и того же наследственного синдрома или заболевания; оба дефекта обусловлены разными экзогенными факторами, действующими независимо; оба дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

*Наследственно обусловленные заболевания и синдромы.*

В группе множественных дефектов, как правило, преобладают врожденные формы патологии, имеющие в большинстве случаев генетическое происхождение, хотя на практике верифицировать (точно установить) генетическую патологию удается редко. Например, умственная отсталость с сенсорными нарушениями часто обусловлена наследственными синдромами и заболеваниями. Среди них встречаются хромосомные синдромы. Классический пример сложного дефекта хромосомного происхождения – это синдром Дауна. Кроме умственной отсталости у детей с этим синдромом в 70% случаев имеются нарушения слуха и в 40% - выраженный дефект зрения. Почти 30% детей с синдромом Дауна имеют двойной сенсорный дефект в сочетании с умственной отсталостью.

Считается, что почти 60% врожденных нарушений слуха являются генетически обусловленными. В настоящее время описано около 400 наследственных заболеваний и синдромов, приводящих к нарушению слуха. Примерно одна треть этих наследственных нарушений слуха у детей сочетается с другими видами патологии: поражениями внутренних органов (эндокринной системы, почек, сердца и др.), органов зрения, ЦНС, опорно-двигательного аппарата. Известно около 80 наследственных синдромов и заболеваний, приводящих к одновременному нарушению зрения и слуха. Описан ряд синдромов, сочетающих врожденную тугоухость и врожденную миопию (близорукость) (синдром Маршалла), глухоту и прогрессирующую атрофию зрительных нервов обоих глаз; прогрессирующую мышечную дистрофию, тугоухость и пигментную дистрофию сетчатки (синдром Рефеума) и т.д. В ряде случаев симптомы такого наследственного заболевания проявляются не одновременно. Например, при синдроме Ушера глубокое нарушение слуха возникает с рождения, а нарушение зрения, вызванное дегенерацией сетчатки начинает проявлять себя в дошкольном возрасте в виде ночной или сумеречной

(«куриной») слепоты, и только к подростковому или более старшему возрасту наступает резкое ухудшение зрения из-за сужения полей зрения до так называемого туннельного зрения. Синдром Ушера считается наиболее распространенной причиной подростковой и взрослой слепоглухоты и составляет примерно 3-10% от всех людей, имеющих врожденные нарушения слуха.

Часто встречаемым генетическим синдромом, приводящим к врожденному множественному нарушению, в настоящее время является CHARGE- синдром. Это название сложилось из сочетания первых латинских букв шести слов, обозначающих разные поражения органов: глаз - в виде колобомы (анатомического дефекта) радужки или сетчатки; нарушений сердечно-сосудистой системы; трудности глотания и дыхания из-за сужения или атрезии (заращения) внутренних носовых отверстий – хоан; отставание в росте и весе; недоразвитие половых органов; поражения органов слуха. В ряде случаев к этим множественным нарушениям присоединяются: нарушения равновесия, паралич лицевых мышц, трудности поведения и др.

*Заболевания, вызванные внешними причинами.*

Врожденные множественные поражения экзогенной природы могут быть вызваны различными причинами: инфекциями, недоношенностью, тяжелыми соматическими заболеваниями матери во время беременности. Чаще всего это врожденные инфекции, такие как краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирусная, герпетическая инфекция, грипп, корь, туберкулез и др.

Вирус краснухи проникает от заболевшей матери через плаценту в плод и может вызвать множественные пороки развития у ребенка. Наибольший риск множественного поражения плода имеет заболевание матери краснухой на ранних сроках беременности, когда глаз, ухо и сердце развиваются наиболее интенсивно. Считается, что примерно треть детей, перенесшие краснуху в утробе матери появляются на свет с множественными врожденными нарушениями. Примерно 87% пораженных детей может иметь нарушения слуха; 46% - врожденный порок сердца; 34% - врожденные нарушения зрения и 39% - трудности в обучении. У части детей все эти пороки развития встречаются одновременно в виде врожденной катаракты (помутнения хрусталика) обоих глаз, глухоты и врожденного порока сердца (Триада Грегга). У некоторых детей

последствия внутриутробного заражения вирусом краснухи проявляются спустя месяцы или даже годы после рождения в виде тяжелых соматических заболеваний, катаракт, прогрессирующего нарушения слуха, заболевания сахарным диабетом, замедления физического и психического развития и т.д.

При подозрении, что у ребенка может быть внутриутробная краснуха диагноз может быть подтвержден вирусологическими (выявляющими присутствие вируса) или серологическими (выявляющими в крови специфические антитела) лабораторными исследованиями. Вирус краснухи может выделяться у некоторых новорожденных детей в течение 12-18 месяцев жизни и создавать опасность заражения для других. С начала 70-х годов в развитых странах мира проводятся профилактические прививки против краснухи, которые свели до минимума случаи рождения детей с синдромом врожденной краснухи. В России такие прививки до 1998 года не проводились, и опасность внутриутробного поражения остается достаточно высокой. Однако надо помнить, что наиболее полноценный иммунитет к краснухе имеют женщины, перенесшие это заболевание в детском возрасте.

Другим распространенным заболеванием, которое может привести к сложному дефекту является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ), которая считается наиболее распространенным среди всех врожденных инфекций. Многие являются носителями болезни, однако плод страдает в случае первичного заражения матери во время беременности. Заболевание часто протекает у детей почти без видимых симптомов и подтверждается только после серологических лабораторных исследований. В период новорожденности это заболевание проявляется у некоторых детей в виде затяжной желтухи, а в раннем детском возрасте - в виде пневмоний (воспалений легких), менингоэнцефалитов (воспалений мозга и мозговых оболочек), энтероколитов (воспалительных заболеваний кишечника) и других заболеваний. Как следствие этой врожденной инфекции у детей могут возникать одиночные (врожденная косолапость, глухота, деформация неба и микроцефалия) или множественные поражения органов: глухота и нарушения зрения в виде хореоретинита (воспаления сосудистой оболочки глаза) или атрофии зрительных нервов, а также поражение ЦНС обуславливающее развитие ДЦП, умственной отсталости

или первичной задержки психического развития). ЦМВ может быть причиной преждевременных родов и глубокой недоношенности.

Причинами врожденных нарушений зрения и слуха, нарушений зрения и умственной отсталости может стать заболевание матери во время беременности токсоплазмозом, сифилисом и др. Несовместимость между матерью и плодом по резус-фактору (гемолитическая болезнь новорожденных) может быть причиной нарушений слуха и двигательных расстройств, например, в виде гиперкинетической формы ДЦП. В ряде случаев к этим двум нарушениям присоединяются первичная задержка психического развития или умственная отсталость.

В последние годы ряд специалистов отмечает рост числа детей с врожденными множественными нарушениями, появившихся на свет глубоко недоношенными и спасенных благодаря достижениям современной медицины. Эти дети страдают бронхо-легочной дисплазией (недоразвитием), у 70% недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении независимо от характера родов могут развиваться мозговые кровоизлияния, которые приводят к поражению ЦНС, в том числе с развитием ДЦП и отставания в умственном развитии. Из-за интенсивной кислородной терапии и других причин могут наступить сенсорные нарушения; эти дети могут иметь различные соматические заболевания. По последним данным, примерно 35% детей, появившихся на свет глубоко недоношенными и с очень малым весом могут отставать в умственном развитии. От 12 до 15% недоношенных детей могут иметь детский церебральный паралич. Примерно у 3-10% недоношенных детей обнаруживаются аномалии развития глаз, приводящие к глубоким нарушениям зрения и даже слепоте (врожденная глаукома, врожденная катаракта, атрофия зрительного нерва, ретинопатия и др.). Как следствие глубокой недоношенности, у таких детей приблизительно в 1-5% случаев могут наблюдаться и нарушения слуха. В ряде случаев эти нарушения сочетаются у одного ребенка.

Причинами глубокой недоношенности считаются хронические заболевания матери и инфекционные заболевания во время беременности, а также различные социально-психологические факторы, неблагоприятно влияющие на развитие ребенка во внутриутробный период. Дети, появившиеся

на свет после успешного лечения бесплодия их родителей в 70% случаев рождаются недоношенными и в 30% эти родившиеся преждевременно дети могут иметь нарушения развития. По данным современной медицины до 60% людей, являющихся инвалидами с детства родились на свет глубоко недоношенными.

У детей раннего возраста наиболее часто приходится иметь дело с врожденной патологией, однако возможны случаи приобретенных множественных поражений. Их причинами могут быть такие заболевания как корь, скарлатина, грипп, но чаще всего это нейроинфекции (инфекционные заболевания ЦНС).

Знание причин и особенностей заболеваний, которые могут привести к сложному нарушению развития у ребенка может существенно помочь в диагностике этих нарушений, в выделении новорожденных детей группы риска и внимательному наблюдению за их развитием. При этом нужно помнить, что при экзогенно обусловленных синдромах все симптомы, как правило, проявляются одновременно. При наследственно обусловленных - клинические признаки поражения разных органов и систем могут проявляться в разное время.

*К группе риска по множественному дефекту относятся:*

- дети с выявленным поражением какого-либо одного органа или системы организма, влекущим за собой тяжелое нарушение развития, например, тяжелое поражение ЦНС, глубокое поражение слуха, зрения;
- дети с врожденными множественными пороками развития (в том числе внутренних органов);
- недоношенные дети;
- дети, матери которых перенесли во время беременности такие инфекционные заболевания как краснуха, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, грипп и др.;
- дети, перенесшие нейроинфекцию (менингит или менингоэнцефалит) в раннем возрасте;

- дети, рожденные матерями, имеющими такие хронические заболевания как диабет, хронические заболевания почек, рассеянный склероз, гепатит и др.;
- дети, из семей, где отмечалось рождение людей с множественными поражениями;
- дети, у которых сразу после рождения обнаруживается трудности глотания и сосания из-за сужения или атрезии хоан;
- дети-сироты, имеющие одно выраженное нарушение развития и оставшиеся без родительского попечения с рождения.

*Медико-психолого-педагогическое обследование.*

Диагностика и выявление детей со сложными нарушениями развития - это новая и сложная проблема. Специалистам, призванным ее решать, нужны самые широкие знания в разных областях медицины, коррекционной педагогики, специальной и клинической психологии. Особенно важны для них знания, накопленные в процессе изучения и обучения детей с сенсорными нарушениями (глухота и тугоухость, слепота и слабовидение) и сложными сенсорными нарушениями (слепоглухота). Диагностическое обследование детей раннего возраста должно быть комплексным, включающим в себя клиническое, параклиническое (лабораторное), прежде всего нейрофизиологическое, и психолого-педагогическое обследование.

*Медицинское обследование* должно включать участие врачей разных специальностей (педиатра, невропатолога, психиатра, офтальмолога, отоларинголога, генетика), проведение рентгенологических и других специальных исследований.

*Нейрофизиологическое обследование* должно состоять из электроэнцефалографии (ЭЭГ) и объективного исследования зрения и слуха ребенка методом стволовых и корковых вызванных потенциалов. Особенно велика роль исследования слуховых вызванных потенциалов (СВП) и зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) при диагностике сенсорных нарушений у ребенка младенческого и раннего возраста, так же как при трудностях речевого контакта с ребенком более старшего возраста. Данные нейрофизиологического изучения ребенка могут существенно повлиять на

заключение о наличии и выраженности сенсорных нарушений, о глубине и распространенности поражения ЦНС, о зрелости мозговых процессов.

Однако при определении выраженности нарушений у ребенка раннего возраста мы всегда должны помнить о только предположительном или условном его характере. Дети в этом возрасте наиболее интенсивно развиваются и при своевременной медицинской и специальной педагогической помощи можно существенно компенсировать и коррегировать имеющиеся нарушения, но с другой стороны, эти нарушения могут носить прогрессирующий характер и заметно ухудшить состояние ребенка с течением времени. Например, объективная диагностика состояния слуха с помощью электрокорковой аудиометрии у глубоко недоношенного ребенка с множественными нарушениями в возрасте до 1-го года может указывать на глубокое нарушение слуха, которое при повторном обследовании после года может смениться на более легкое, что объясняется функциональным созреванием высших отделов центральной нервной системы. Опыт воспитания таких детей показывает, что в этих случаях, своевременный и адекватный подбор и ношение слуховых аппаратов дает положительный эффект даже при временном их ношении до года, так как снижает вероятность глубокой сенсорной депривации.

*Психолого-педагогическое обследование* должно включать исследование особенностей двигательной, сенсорной, познавательной и личностной сфер ребенка, возможностей общения и уровня владения навыками самообслуживания.

В случаях сложного нарушения развития у ребенка раннего возраста большое значение имеют наблюдения за особенностями поведения и общения с окружающими в привычной для ребенка домашней обстановке или анализ видеоматериалов об этом.

При обследовании в диагностическом центре нужно внимательно следить за особенностями реакции ребенка на новое помещение, наблюдать характер контактов ребенка с близкими и с незнакомыми взрослыми. Особенно важно определить степень его активности и заинтересованности в общении, выявить индивидуальные пути и средства общения, его чувствительность к воздействиям партнера и способность отвечать на них тем или иным образом.



Необходимо тщательно описать двигательные особенности ребенка, его способы передвижения в пространстве, привычные позы и действия, те движения (в том числе предлагаемые взрослым), которые доставляют ему наибольшее удовольствие.

При обследовании сенсорной сферы необходимо отметить степень и особенности использования ребенком зрения, слуха, осязания, обоняния при знакомстве с новыми предметами и ориентировке в пространстве. Необходимо иметь в виду, что ребенок со сложными сенсорными нарушениями для знакомства с окружающим миром может использовать не только и не столько руки, сколько другие части тела, например, подошвы ног, спину, разные части лица, язык.

При определении уровня развития предметной деятельности следует описать различные виды действий с предметами (манипулятивные и культурно-фиксированные), отметить интерес, настойчивость, эмоциональную вовлеченность в деятельность, степень принятия помощи и поддержки взрослого, способность к подражанию.

Психолог вместе с врачом, и педагогом суммирует полученные данные и дополняет ими историю развития ребенка, полученную из медицинских документов, беседы с членами его семьи. При приобретенных сенсорных и др. нарушениях при сборе анамнеза уделяют особое внимание описанию состояния ребенка до заболевания, приведшего к сложному нарушению психического развития. По характеру и скорости восстановления через сохранные органы чувств нарушенных контактов со средой у ребенка с приобретенной потерей зрения и слуха можно судить о перспективах его развития.

Задачей комплексного диагностического обследования ребенка со сложным нарушением является описание физического, неврологического и психического состояния ребенка на момент обследования и разработка психолого-педагогических рекомендаций по его обучению и воспитанию. Решить же вопрос о потенциальных возможностях развития каждого ребенка с множественными поражениями и сложными нарушениями развития можно только в процессе его воспитания и обучения.

### ***III. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в семье.***

Первая и во многом определяющая все дальнейшее развитие проблема в воспитании ребенка с врожденными множественными нарушениями – это проблема принятия его в семье. Врожденное или очень рано наступившее сложное нарушение у ребенка чрезвычайно осложняет процесс его развития и требует самого пристального внимания со стороны специалистов разного профиля в течение всей жизни такого ребенка. Рождение ребенка с таким нарушением почти сразу ставит вопрос о возможности его воспитания в семье. Именно эти дети чаще всего попадают в специальные Дома ребенка и больницы, и прогноз их развития там самый печальный.

Появление в семье ребенка с явными нарушениями развития – это всегда глубокие переживания всех членов его семьи. Это долгая и мучительная душевная борьба родителей с самими собой: они должны принять случившееся или отвергнуть. Отвергнуть – это не всегда значит отказаться от ребенка, это прежде всего значит - внутренне не соглашаться с тем, что их ребенок не такой как другие, не смиряться с тем, что ему в его развитии будет что-то недоступно. Эта драма принятия или непринятия нарушений развития у ребенка всегда происходит в семьях, где родился ребенок с тяжелой патологией. Но подобные переживания близких во много раз усугубляются, если ребенок имеет не одно, а два или более выраженных нарушений. Осознание и принятие себя как родителей ребенка с тяжелыми нарушениями – это главная и самая тяжелая проблема таких семей. Именно эти семьи с момента рождения такого ребенка часто испытывают огромное давление со стороны врачей, советующих оставить тяжело больного ребенка в Доме ребенка, отказаться от его воспитания в семье из-за тяжести его нарушений и безнадежности достигнуть какого-либо ощутимого результата в его развитии. Как правило, такие врачи впервые в своей практике встречаются с подобным опытом, они ничего не знают о возможных путях воспитания и обучения такого ребенка и ничем не могут помочь.

Родители сопротивляются этим советам и тратят все силы и средства на попытки вылечить ребенка, вернуть его здоровье. Именно в этот период им необходима поддержка специалистов, верящих в возможность помочь ребенку с любыми нарушениями, знакомых с практикой социально-психологической поддержки семьи и методами воспитания, например, слепоглухого ребенка. Еще большую поддержку могут оказать другие родители, уже пережившие подобный

стресс после рождения собственного ребенка и нашедшие в себе силы для его правильного воспитания. Очень важно бывает узнать, что твой случай не единственный и уникальный, что такие же или почти такие же дети воспитывались или воспитываются в других семьях. Своевременно полученная родителями информация о педагогах, которые знают, как помочь их ребенку, о специальных учебных учреждениях, где он может воспитываться может существенно улучшить положение в семье.

В тяжелых ситуациях непринятия собственного ребенка, специалист становится как бы посредником между отчаявшимися родителями и их маленьким ребенком, создавая то жизненное пространство, в котором может происходить развитие ребенка. В подобных тяжелых случаях необходима психотерапевтическая работа со всеми окружающими ребенка взрослыми и детьми. Тяжесть стоящей перед всеми членами семьи проблемы столь огромна, что с ней можно справиться только совместными усилиями, помогая друг другу.

Очень полезным бывает организация сопровождения такого ребенка в семье специалистами – патронажной няней, врачом, педагогом или психологом, которые бы занимались с таким ребенком определенное время, освобождая маму или других членов семьи от постоянной ежедневной заботы о ребенке и давая им возможность взглянуть на их собственного ребенка со стороны. Внимание и заинтересованность специалистов в развитии ребенка сразу после установления у него диагноза сложных нарушений чрезвычайно необходимы для всех членов такой семьи. Опыт психолого-педагогической работы в семьях, воспитывающих слепоглухих или слепых детей с глубоким отставанием в психическом развитии, показывает, что специалист должен не только непосредственно заниматься с ребенком, но и регулярно беседовать со всеми членами его семьи, подбирать и предлагать им подходящие для ребенка игрушки, консультировать по поводу обращения к другим специалистам, организовывать встречи с другими родителями и т.д.

#### *Этапы психолого-педагогического сопровождения*

#### *ребенка с врожденными множественными нарушениями в семье.*

На первом, ознакомительном этапе специалист должен войти в семью, преодолеть собственное напряжение в связи с вторжением в чужое жизненное пространство, наблюдать и описывать поведение ребенка и его взаимодействие

со взрослыми, определить основные направления работы и предложить родителям определенную программу действий. Начиная знакомство с семьей больного ребенка нужно быть готовым наблюдать определенный симбиоз матери и ребенка. Ребенок раннего, а иногда и дошкольного возраста с врожденными множественными нарушениями развития часто бывает не отделен от матери подобно младенцу. Большую часть времени он обычно проводит на руках взрослого или в кроватке, его кормят из соски протертой пищей. Все его желания предугадываются матерью, и он, чаще всего, достаточно долго ни имеет никакого шанса проявить себя.

Появление чужого человека в семье, берущего роль воспитателя больного ребенка на себя на некоторое время, раздвигает сложившееся единое жизненное пространство мамы и малыша, *делает маму наблюдателем*. Эта новая роль матери может провоцировать самые разные реакции на действия специалиста – от благодарности до раздражения и агрессии. Ребенок же получает возможность высказаться. Для этого психолог использует *«педагогичку пауз»*, возникающих между упражнениями, которые нравятся ребенку (пальчиковые игры, катание и прыгание на мяче и пр.) и которые ребенок старается продолжить, сигнализируя об этом движениями или голосовыми реакциями. Очень хорошим приемом выстраивания общения с ребенком является также *подражание всем его движениям и звукам*.

На втором этапе психолог или педагог проводит регулярные занятия с ребенком, пытаясь установить связь малыша с окружающим миром, всегда идя навстречу любым проявлениям его желаний, *поддерживая даже минимальную его активность и отвечая ему всеми доступными способами*: вербально (устным словом и пением), и невербально (звуками, прикосновением и движением). Основными направлениями работы с ребенком могут быть следующие:

- развитие сферы движений;
- развитие и укрепление чувства равновесия, позволяющее выстроить вертикаль собственного тела и фронтальное положение по отношению к миру людей и предметов;
- овладение пространством (схемой) собственного тела;
- ориентация в помещении квартиры;

- введение распорядка дня как постоянства смены одних жизненных ситуаций на другие - ритм жизни ребенка в течение дня, а также недели, месяца, года;
- развитие тактильного чувства и становление осязания;
- развитие звуковой (слуховой и кожно-вибрационной) чувствительности;
- развитие зрительного восприятия;
- формирование хватания и удерживания предметов руками;
- формирование предметных действий.

На этом этапе специалист или группа специалистов старается фиксировать с помощью фото- и видеосъемки внимание родителей на качестве взаимодействия ребенка и нового взрослого, на том, как ребенок «вслушивается» в действия взрослого, как отвечает на них самостоятельно. Старается поставить родителей в позицию отстраненных наблюдателей за взаимодействием специалиста и ребенка, показать новые возможности их ребенка. Длительная работа с детьми позволяет выделить наиболее значимые для каждого ребенка ситуации взаимодействия. Для одних детей – это мир тактильных ощущений, с помощью которых, ребенок может подолгу изучать новые предметы (проводя предметом по лицу, волосам, животу и спине) или узнает человека (берет его руки в свои и тянет к своей спине или голове, инициируя их поглаживание). Для другого ребенка – это мир гармонии звуков музыки или песен (слушая специально адаптированную для малышей классическую музыку, ребенок начинает раскачиваться или отталкиваться ногами от пола в такт мелодии), которые он охотно и с удовольствием слушает и высказывает беспокойство при их прекращении. Для многих детей это радость движений, когда взрослый подтягивает ребенка за ручки и помогает ему залезать на тело взрослого, переворачивает его в воздухе, раскачивает и трясет в такт песенке на коленях. Определение наиболее привлекательных для ребенка ситуаций, совместных со взрослым действий позволяет особым образом планировать и выстраивать систему индивидуальных занятий с малышом. На этом этапе члены семьи должны активно подключаться к работе психолога/педагога, предлагать свои решения сложных ситуаций и новые

упражнения, подхватываемые ребенком. Мамы начинают интересоваться успехами других таких же детей и их родителей, ищут способы реализации себя вне дома. У них появляется некоторое ощущение свободы по отношению к ребенку, который еще совсем недавно вызывал чувство бесконечной боли, ненужности и бесперспективности.

На третьем этапе специалист должен постепенно «выходить» из собственного диалога с ребенком, становиться сторонним наблюдателем, предоставляя возможность инициативы самому ребенку и членам его семьи. По возможности заменять свои визиты в семью на визиты ребенка и родителей в ПМС центр (лекотеку, группу «особый ребенок» и др.), где возможно организовать с ребенком сначала индивидуальные, а затем и групповые занятия, подготавливая малыша к будущему возможному воспитанию в специальном дошкольном образовательном учреждении.

Родители, которые принимают ребенка таким, как он есть, и внимательно следят за его реакциями, радуясь любым активным и самостоятельным действиям ребенка, как правило, добиваются больших успехов. Решающим моментом во всех известных нам случаях успешного развития слепоглухих детей являлось именно чуткое и творческое отношение родителей к ребенку, благодаря которому удавалось пройти начальный уровень воспитания ребенка в семье до поступления его в школу.

Осуществляя сопровождение ребенка с тяжелыми и множественными врожденными нарушениями, специалист (врач, психолог, педагог) должен необыкновенно внимательно отнестись к своему собственному внутреннему состоянию, быть готовым стать соучастником самых драматических событий, разворачивающихся в семье этого ребенка. Настроить себя на самое чуткое и чувствительное отношение ко всем проявлениям индивидуальности ребенка, на готовность к диалогу с ребенком, который неспособен выразить себя и услышать других привычными для всех способами. Ставя перед собой задачу - разглядеть подлинные возможности ребенка с множественными нарушениями, особенности его индивидуальности, специалисты должны определить свои внутренние проблемы, которые могут определяться как следующие:

– необходимость преодоления жалости по отношению к родителям и самому ребенку;

- формирование подвижных границ собственного личного пространства по отношению к больному ребенку и членам его семьи (от очень определенного дистанцирования на первом этапе через «сужение» дистанции на втором этапе к восстановлению «прежних границ» на третьем);
- необходимость на ходу перестраивать программу занятий в связи с меняющимся состоянием ребенка, его готовности или нежелания продолжения действия, изменившейся семейной ситуацией и пр.;
- принятие традиций и установок каждой семьи, необходимое для совместной работы с ребенком, общения на доступном семье уровне понимания;
- неспособность ответить на внутренний запрос родителей: «Как сделать так, чтобы ребенок услышал, увидел и заговорил?».

#### ***IV. Содержание индивидуальной работы с ребенком.***

Многолетний опыт обучения и воспитания одной из самых тяжелых категорий детей со сложным дефектом – слепоглухих, накопленный в мире, позволяет надеяться на благополучное развитие многих из них. Успешное обучение каждого слепоглохого ребенка - это отдельная история его практически индивидуального обучения. В каждом случае оно зависит от причины и характера потери зрения и слуха у ребенка и наличия у него сопутствующих заболеваний, взаимоотношений в семье и особенностей обучения в детском саду и школе.

#### ***Развитие эмоционального контакта ребенка со взрослым.***

Как правило, у недоношенных детей, длительно пребывавших в отделении интенсивной терапии, тактильное чувство и вообще телесные чувства грубо повреждены и нуждаются в дальнейшем восстановлении. Многие дети с врожденными множественными дефектами прошли реанимацию, тяжелое лечение и операции под общим наркозом. С рождения они часто получали курсы интенсивной физиотерапии и инъекций лекарств, болезненный массаж. Перенесенные заболевания ушей, операции глаз, попытки раннего слухопротезирования также не могли способствовать комфортному ощущению себя и окружающего. Болезненные телесные ощущения могут преследовать их

долгое время, накладывая тяжелый отпечаток на все контакты с окружающим миром.

Воспитание тактильного чувства и формирование здоровых телесных ощущений у ребенка – это первое, на что обращает внимание специалист, работая с ребенком и наблюдая за контактами матери и ребенка. Удобная для матери и комфортная для ребенка поза при его кормлении (даже искусственном) – важное условие для формирования эмоционального контакта между ребенком и матерью. У здорового ребенка уже на втором месяце жизни возникает оживленная реакция на лицо матери. Дефектность зрения или нарушение движений иногда делают невозможным полноценный зрительный контакт с ребенком, но практически всегда остается возможность телесного или осязательного контакта. Ребенок может чувствовать тепло рук матери, запах молока. Очень важно, чтобы и мать и ребенок были в это время спокойны и расслаблены. Если нервничает мать во время кормления, то обязательно плохо и ребенку. Поэтому так важно помочь ей сохранить душевное равновесие для таких важных моментов первого общения.

Очень часто дети с врожденными нарушениями выглядят пассивными, равнодушными, никак не реагируют на происходящее вокруг них или их реакция связана только с их собственным внутренним состоянием. Важно попытаться преодолеть эту пассивность. Лаская малыша, спокойно лежащего на коленях, мама особенно внимательно должна отнестись к тем своим действиям, которые особенно приятны ребенку, и повторять их снова и снова. Можно не только целовать и гладить ребенка, но дуть на его лицо и рот, осторожно тянуть за ручки и ножки, растирать пальчики, щекотать. Замечательно, если ребенок начинает привыкать к этим действиям и, замирая, ждет их, или выражать плачем свое недовольство при их отсутствии.

Хорошо, если ребенок успокаивается при укачивании на руках и плачет, когда его кладут в кроватку. Ношение ребенка на руках – часто единственная возможность для него ощутить чувство защищенности и комфорта, почувствовать всем телом движение тела взрослого, приспособиться к его движениям, двигаться вместе с ним. Особенно полезно и даже показано укачивание на руках для больного ребенка, считается даже, что это может предотвратить внезапную смерть новорожденного.



Ношение ребенка на руках, укачивание, поглаживание и целование необыкновенно полезны каждому младенцу со сложными нарушениями. Другим известным способом принести младенцу удовольствие является теплая ванна с водой. Это не только необходимое средство ухода за младенцем, но и верный способ его успокоить. Тепло воды, яркие блики света на воде и стенах, приятные запахи – все это привлекает внимание ребенка. Купание ребенка также очень хорошая возможность для развития его движений. После купания вполне естественны занятия по развитию тактильного чувства (растирание, например), необыкновенно важного для развития чувства собственного тела и, в будущем, для овладения им. После ванны хорошо использовать лечебные эфирные масла, согревающие и имеющие приятные успокаивающие или, наоборот пробуждающие запахи.

#### *Развитие движений.*

Очень важно, чтобы малыш развивался двигателью с возможно меньшим отставанием. Здоровый ребенок очень подвижен и постоянно сам меняет положение тела. За ребенка со сложным врожденным нарушением это должен делать взрослый. Необходимо следить, чтобы ребенок не находился в одной позе длительное время, постоянно менять его положение в кроватке или на руках по отношению к источнику света или звуков.

Во время занятий основное внимание уделяется приобретению как сенсорного, так и двигательного телесного опыта. С этой целью в занятия включаются различные телесные игры, сопровождаемые ритмически организованной речью (стишками, потешками, песенками), элементы массажа и гимнастики. Ритмичная речь задает ритм движениям, делает их более организованными, узнаваемыми для ребенка и, как следствие более приятными, предсказуемыми и легче запоминающимися. В этих играх полезно учить ребенка сохранять равновесие на руках у взрослого, передвигаться по телу взрослого, перелезть через препятствия, сидеть на коленях взрослого в разных позах и т.д. Полезно носить такого ребенка на руках, удерживая на теле взрослого спереди или на спине и лицом вперед с помощью специальных приспособлений для ношения грудных детей. При этом ребенок может ощущать всем телом движения всего тела взрослого при ходьбе и движения его рук в разных видах деятельности.

В ходе занятий с ребенком следует обращать внимание на:

- 1) учет конкретного состояния ребенка в данный момент времени и перестройку в соответствии с этим плана занятий;
- 2) прислушивание к темпу и ритму действий самого ребенка и приспособление к ним действий взрослого;
- 3) необходимость чередования интенсивных, стимулирующих действий со стороны взрослого с паузами для наблюдения за реакцией ребенка на прекращение действий взрослого и выражением его желания продолжить или прекратить совместные занятия;
- 4) прекращение занятий при усталости или излишнем возбуждении ребенка.

Очень важно, чтобы ребенок научился ползать и ползал свободно по полу квартиры, осваивая ее нижнее пространство. Надо иметь в виду, что плохо видящие дети иногда предпочитают ползать задом-наперед, подставляя навстречу новым препятствиям ступни ног.

Чаще всего ребенок со сложным нарушением развития научается ходить с заметным отставанием от здоровых детей. Если это запаздывание не связано с определенными двигательными нарушениями, оно иногда объясняется излишней осторожностью и недоверием взрослых к возможностям малыша. Нужно учить ребенка ходить, как только он начал хорошо стоять с поддержкой. Хорошим способом помочь ему может стать своеобразное совместное хождение, когда ступни ребенка стоят на ступнях взрослого, стоящего сзади и держащего малыша за ручки. Можно учить ребенка ходить, двигая какой-то предмет перед собой, держа за платье матери или за веревочку. Ребенок с низким зрением должен ходить, проводя рукой вдоль предметов, расположенных по ходу движения.

Начиная ходить самостоятельно, ребенок учиться осваивать “верхние этажи” окружающего его пространства. Поэтому нужно помочь родителям обеспечить постоянство и безопасность окружающих предметов дома. В этот период возможна организация с ребенком специальных игр-занятий на развитие движений. Эти игры должны приносить ребенку радость движения, способствовать развитию его эмоционального контакта со взрослым. Можно бегать с ребенком по комнате, держа его за руку или за веревочку; учить

перелезть через препятствия на полу и подлезать под протянутой низко ленточкой; ползать на свет фонарика под составленными в ряд стульями или в специальном туннеле; с помощью взрослого залезать и спрыгивать со скамеечки; прыгать на пружинном матрасе или диване; съезжать с горки и залезать на нее; качаться на качелях; залезать на плечи взрослого и кататься; играть с водой, наливая и переливая ее в разные сосуды и т.п.

*Развитие зрительного и слухового восприятия.*

Велико значение световой и звуковой стимуляции для развития ребенка. Прислушиваясь к звукам, которые произносит сам ребенок необходимо повторять их как можно более точно. Делая так, взрослый фиксирует внимание ребенка на этих звуках, стимулирует своеобразный диалог вокализаций ребенка и взрослого. Опыт обучения глухих и слепоглухих детей учит использовать и развивать вибрационную чувствительность детей – слушать звуки всем телом или рукой, положенной на горло (щеку или рот) поющего или говорящего взрослого.

Ранее слуховое бинауральное протезирование или даже кохлеарная имплантация может существенно помочь в развитии слепоглухому ребенку, возвращая ему возможность слышать.

Важно помнить, что ребенку могут быть полезны всевозможные игры с различными источниками света (тянуться или ползти на свет фонарика, надевать и снимать с головы яркие куски ткани вблизи источника света, включать и выключать настольную лампу и т.д.). Для стимуляции хватания нужно подбирать яркие и блестящие предметы, приятные на ощупь, проводить ими около глаз ребенка, по его телу, вкладывать в его руку и удерживать, чтобы потом выпустить и уронить. Стимулировать самостоятельное постукивание ребенком каким-либо предметом по разным поверхностям и по собственному телу, бросание его на пол или в металлическую коробку с характерным шумом.

*Развитие предметных действий.*

Если не учить малыша действовать с предметами, у него может очень рано зафиксироваться интерес только к движениям собственной руки перед глазами, который перейдет вскоре в стереотипные движения, повторяющиеся без конца. Как только подобные повторяющиеся движения появились, нужно пробовать повторять их за ребенком, привлекая его внимание к действиям

взрослого, постепенно модифицируя и наполняя предметным смыслом подобные действия (например, надевать на раскачивающуюся ручку браслеты и кольца из разного материала, размера и веса, привязывать ленточки и звучащие при движении предметы).

Открывание и закрывание дверей, шкафов, коробок и кастрюль, выдвигание ящиков комода и вынимание лежащих там предметов – это те первые предметные действия, которые должен освоить каждый ребенок, активно познающий мир. Нужно только вовремя научить его не только разбрасывать, но и собирать упавшие предметы, ставить коробки и кастрюли на место и т.д.

Предметами, с которыми обязательно должен научиться правильно действовать ребенок являются обычные ложка и чашка. Как и все здоровые дети, ребенок со сложным нарушением по возможности должен научиться есть самостоятельно ложкой и пить из чашки.

Развитие эмоционального контакта в подвижных играх с родителями делает более полноценным участие ребенка в бытовых действиях, выполняемых вместе с родителями. Специалист должен помочь родителям осознать важность строгой очередности повседневных бытовых действий ребенка и взрослого, осваивая которые, ребенок должен обучаться навыкам самообслуживания.

#### *Развитие средств общения.*

Самостоятельное передвижение по дому и освоение действий с предметами создает предпосылки для успешного познавательного развития ребенка. Организация интересных и привлекательных совместных действий с ребенком способствует развитию его общения. В развитии средств общения ребенка со сложным нарушением необходимо внимание к использованию любых известных средств (крики, мимика, взгляд, лепетные слова, указательный и естественные жесты, изображающие действие с предметом, собственно предметы и их графические изображения, устная и письменная речь). Необходимо добиваться возникновения у ребенка желания быть рядом с близким взрослым и просить его помощи в осуществлении своих стремлений. Например, нужно чтобы ребенок просил достать любимую игрушку криком или указательным жестом; знаком-жестом, обозначающим действие с этой игрушкой. Нужно, чтобы ребенок хотел совершать с помощью взрослого

приятное действие, подсказывая его начало соответствующим действием (дотрагиваясь до рта - просить покушать или подпрыгивая на месте - просить прыгать вместе с ним и т.д.).

Даже максимально ограниченная сенсорная сфера слепоглухого ребенка создает условия для его психического развития. При сохранных познавательных возможностях и правильном отношении родителей, слепоглухой ребенок способен к определенному спонтанному развитию. Показателем такого успешного развития является появление общения между ребенком и его близкими с помощью естественных жестов. Благодаря взрослому, ребенок постепенно усваивает очередность повседневных бытовых ситуаций (утренний туалет, завтрак, игры, обед, дневной сон, полдник, прогулка, ужин, вечерний туалет и подготовка ко сну и т.п.). Предмет или жест, изображающий действие с предметом могут стать сигналом каждой такой значимой для ребенка бытовой ситуации. Самостоятельное освоение слепоглухим ребенком сначала отдельных действий, а затем и целого цикла действий внутри каждой бытовой или игровой ситуации, позволяет сделать естественный жест знаком определенного отдельного предмета и действия с ним. Все это подготавливает замену естественного жеста условным знаком - жестом языка глухих, тактильным или устным словом, а затем и письменной фразой (написанной большими буквами или рельефно-точечным шрифтом Брайля).

#### *Развитие игры.*

Наблюдения за развитием игры у детей со сложными сенсорными нарушениями показывают, что сюжетные игрушки сначала выступают у них как реальные предметы. Слепоглухой или слепой ребенок пытается сам улесть в кукольную кроватку или попить из маленькой чашечки после того, как действия с этими игрушками были продемонстрированы взрослым с помощью куклы. С помощью игрушек – уменьшенных копий реальных бытовых предметов происходит дальнейшее обобщение предметных действий с ними, своеобразное моделирование реальных бытовых ситуаций. В дошкольном возрасте кукла, как правило, не осознается такими детьми как копия человека, но ее вполне можно использовать как модель человека для совершенствования навыков правильного надевания различных частей одежды, застегивания и расстегивания застежек, причесывания, для изображения с ее помощью действий реальных людей и т.д.

#### *V. Особенности медицинского сопровождения детей со сложными нарушениями развития.*

Разнообразие неврологических, соматических расстройств и психических нарушений у детей со сложной структурой дефекта заставляет врача ПМС-центра каждый раз выстраивать индивидуальную тактику работы с ребенком и принимать порой решения кажущиеся парадоксальными. В течение первого года жизни ребенка все силы родителей, как правило, сосредоточены на восстановлении его здоровья. Даже когда малыш уже физически достаточно окреп, в возрасте после года и позже, часть родителей направляет свои усилия на решение всех проблем, связанных, например, с глубокой потерей слуха или зрения медицинскими средствами. В результате, возникает ситуация, когда живут не с ребенком, а с его болезнями, совершенно забывая об общении, игре, обучении ребенка самостоятельным действиям и предъявлении адекватных его возможностям требований в повседневной жизни. Врач, работающий в одной команде с педагогами и психологами должен определить меру необходимых медицинских воздействий во всем комплексе реабилитационных мероприятий. Необходимо определить момент, когда лечение должно уступить ведущую роль психолого-педагогической работе, которая становится терапией вторичного дефекта, т.е. собственно нарушений развития у ребенка.

С другой стороны, на этом этапе реабилитации ребенка необходим врачебный контроль за интенсивностью педагогической работы и ее направленностью. Сила, темп и ритм воздействий на ребенка должны соответствовать его физическим возможностям, особенностям его нервной системы. Стимуляция функций пораженных органов должна осторожно дозироваться и, в случае сложного дефекта, не должна быть преобладающим направлением в реабилитационной работе. Чрезмерная односторонняя стимуляция может вызвать перенапряжение нервной системы, спровоцировать возникновение судорожных состояний и протестных реакций различного характера.

Необходимо отметить, что медикаментозное лечение ребенка также должно быть очень осторожным. Весьма нередки случаи, когда в результате лекарственной стимуляции у ребенка возникает психомоторное возбуждение, надолго дезорганизирующее его поведение и препятствующее успешным

занятиям. Возможно повышение судорожной готовности. Целью стимулирующей терапии у большинства детей со сложными нарушениями является не прорыв в развитии, а купирование астенических проявлений энцефалопатии. При этом, чем слабее ребенок, тем более щадящей должна быть любая стимуляция, во всяком случае, в начале терапии. Затрудняет медикаментозное лечение и то, что эти дети часто дают парадоксальные реакции на седативные средства. В таких случаях может быть полезным применение наружных средств, в виде ванн, компрессов, втираний с использованием эфирных масел, трав, легкий массаж, и т.п.

После того, как серьезные соматические и неврологические проблемы решены на первом этапе реабилитации, и внимание родителей переключилось на лечение основного, наиболее тяжелого поражения, одной из врачебных задач является поддержание общего физического здоровья ребенка. Нужно помнить, что правильный ритм дня, хороший сон, качественное питание и хорошее пищеварение играют значительно большую роль в поддержании нервно-психического здоровья и в успешном обучении детей со сложными нарушениями, чем у их здоровых сверстников.

Таким образом, врач должен оградить ребенка как от слишком интенсивного лечения, так и от слишком интенсивного педагогического воздействия, помочь найти разумный, адекватный состоянию ребенка на данный момент времени баланс реабилитационных мероприятий. Критерием правильности выбранной тактики служит хорошее общее состояние ребенка, его активность и положительное эмоциональное реагирование на занятия, стремление к общению, а со временем и заметная положительная динамика в его развитии.

Добиться хороших результатов в работе с ребенком невозможно без активного, адекватного и творческого участия в ней родителей, в первую очередь матерей. При этом сами матери нуждаются не только в психологической, но часто и в медицинской поддержке. Однако в начале работы женщины, как правило, отказываются от предлагаемой помощи. Наиболее часто это аргументируется так: «Если у ребенка все будет хорошо, то и я буду в прядке». На самом деле это в значительной степени вопрос доверия и защиты границ своей личной жизни. Со временем, если мать видит спокойное,

доброжелательное отношение к ребенку и положительный результат от оказываемой ему помощи, она становится более открытой и начинает принимать предлагаемую ей лично помощь. С самого начала общения важно в беседах с матерью, предложить ей такие рекомендации по организации воспитания и лечения ребенка, которые учитывают ее возможности, способности, стиль жизни. Жизнь в семье должна быть по возможности удобной для всех. (Вопрос приоритета нужд ребенка, как правило, не нуждается в обсуждении, если только у родителей не существует представления о том, что всю работу должны сделать специалисты.)

#### VI. О перспективах развития детей

##### с врожденными множественными нарушениями развития

Многое из вышесказанного относится к случаям сложных нарушений без резкого снижения познавательных возможностей у таких детей. Но среди них достаточно часто встречаются дети со сниженными интеллектуальными возможностями. Например, дети, ставшие слепыми или слепоглухими в результате внутриутробной инфекции, глубокой недоношенности или других причин могут иметь серьезные поражения головного мозга, которые обуславливают серьезные нарушения познавательной деятельности. Опыт обучения и воспитания детей со множественными нарушениями в школах для слепоглухих показал, что во всех случаях можно было добиться определенного прогресса в их развитии. Но обучение большинства детей с умственной отсталостью, по нашим наблюдениям, продвигалось очень медленно и характеризовалось крайней косностью формирования всех навыков и трудностью переноса их в новые условия, пассивностью и безынициативностью этих детей в общении. В тяжелых случаях требовалось не менее трех лет обучения для того, чтобы у ребенка удалось добиться более или менее стойкого закрепления полученных бытовых навыков.

По-разному развиваются и средства общения у этих детей. Они могут остаться на уровне неопределенного требования к взрослому, который мы определяли как "непосредственного показ", когда слепоглухой ребенок просто тянет руку взрослого по направлению к притягательному предмету или помещению. Другие могут общаться с помощью собственно предметов, связанных с их желанием: показывая такой предмет взрослому, они указывают



на нужную им ситуацию. Ряд детей могут использовать в общении только естественные жесты и отдельные звуки или дактильные буква и слова. Многие из них нуждаются в постоянном контроле и сопровождении со стороны взрослых до конца своей жизни.

Особой и пока малоизученной проблемой является обучение слепых и слепоглохих детей с выраженными двигательными нарушениями. Двигательные нарушения часто делают невозможным развитие самостоятельного передвижения ребенка и развитие у него привычных средств общения – устной речи, жестов и дактилологии. В США и странах Западной Европы таких детей пытаются обучать речи с помощью специально оборудованных компьютеров. Например, для слабовидящего глухого ребенка с детским церебральным параличом оборудуется специальная приставка к персональному компьютеру, которая позволяет ему писать буквы на дисплее определенными сохранными движениями. В более тяжелых случаях, когда нарушенным является не только слух, зрение и двигательная сфера, но и интеллектуальное развитие ребенка, используются так называемые "коммуникативные доски", на которых наклеены копии реальных предметов или их простые изображения, и ребенок может любым доступным ему движением показать взрослому, что он хочет.

Перспективы будущей жизни детей со сложными нарушениями могут быть разными в зависимости от социально-психологических условий их воспитания, от тяжести и характера течения имеющихся у этих детей расстройств. В настоящее время только складываются условия для их специального обучения. Можно предположить, что наиболее благоприятной образовательной траекторией развития для детей с врожденными множественными нарушениями может стать семейное сопровождение специалистами в младенческом возрасте, а затем индивидуальные занятия в ПМС центрах в раннем и младшем дошкольном возрасте. Для части детей возможно включение в групповые занятия с целью подготовки к будущему воспитанию в группах кратковременного пребывания специальных дошкольных образовательных учреждений разного вида. В зависимости от успешности прохождения этих этапов, можно в дальнейшем рассчитывать на домашнее (индивидуальное) или групповое обучение при определенном виде специальной

школы или воспитание в семейных центрах органов социальной защиты по месту жительства семьи ребенка.

#### Список литературы

1. Басилова Т.А., Александрова Н.А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития. М.: «Просвещение», 2008, 111 с.
2. Браун Д. Тенденции изменения популяции детей со сложной структурой нарушения//Дефектология, 2000, №1
3. Браун Н. Психологические факторы принятия себя родителями слепоглухонемых детей//Дефектология,1997,№2
4. Ван Дайк Я. Подход к обучению и диагностике детей с множественными сенсорными нарушениями//Дефектология,1990,№1,с.67-75.
5. Копыл О.А. Развитие движения и равновесия как первые шаги помощи ребенку со сложными и множественными нарушениями. //Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. Практический и методический журнал. 2002, № 2, С. 27-33.
6. Мареева Р.А. Воспитание слепоглухонемого ребенка в семье. М.,ВОС,1979
7. Мещеряков А.И. Опыт обучения детей, страдающих множественными дефектами//Дефектология,1973,№3,с.65-70

### **Глава 7. Коррекция нарушений у детей раннего возраста с аутизмом**

Своевременное обнаружение признаков эмоционального неблагополучия малыша и налаживание ранних форм его взаимодействия с близким человеком, а через него – с окружающим миром, дает наибольшие возможности в дальнейшей адаптации ребенка и профилактике возникновения тяжелых расстройств аффективного развития.

Трудности эмоционального развития детей в раннем возрасте проявляются в широком спектре особенностей реагирования маленького ребенка, осложняющих его взаимодействие с окружающим миром: повышенную возбудимость, сензитивность, пресыщаемость в контактах со средой, малую активность и легкую тормозимость во взаимодействии с ней, трудности адаптации в непривычных условиях, сложности развития отношений с близкими людьми и взаимодействия с посторонними, возникновение ранних

поведенческих проблем (страхов, агрессии, влечений и др.). Эти особенности могут быть следствием других нарушений психического развития, а могут и лежать в их основе, как это бывает при искаженных вариантах дизонтогенеза, прежде всего, наиболее ярком и сложном его примере – раннем детском аутизме.

Синдром раннего детского аутизма оформляется окончательно к 2,5 - 3 годам. В этом возрасте психическое развитие аутичного ребенка имеет уже выраженные черты искаженности (В.В.Лебединский 1985), нарушения носят всепроникающий характер и проявляются в особенностях моторного, речевого, интеллектуального развития. В настоящее время становится все более понятно, что искажение психического развития связано с нарушением возможности ребенка вступать в активное взаимодействие с окружающим. Такое нарушение может быть следствием трудностей становления аффективных механизмов, формирующих и поведение и само мироощущение ребенка. Они развиваются скорее в целях защиты и ограждения ребенка от контактов с миром.

Традиционно наиболее явные черты уже сложившегося синдрома детского аутизма определяются следующим образом:

- нарушение способности к установлению эмоционального контакта;
- стереотипность в поведении. Она проявляется как выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и непереносимость малейших его изменений; как наличие в поведении ребенка однообразных действий - моторных (раскачиваний, прыжков, постукиваний и т.д.), речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом; однообразных игр; пристрастий к одним и тем же объектам; стереотипных интересов, которые отражаются в разговорах на одну и ту же тему, в одних и тех же рисунках;
- специфические нарушения речевого развития (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица), суть которых является нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации;
- всеми современными исследователями подчеркивается, что детский аутизм - это вызванное особыми биологическими причинами нарушение

психического развитие, которое проявляется уже в младенчестве и раннем возрасте.

### ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Проблемы, которые с очевидностью встают перед родителями аутичных детей в период явной выраженности синдрома (после двух-трехлетнего возраста) и заставляют их обратиться к специалистам, обычно не возникают внезапно. Однако часто у близких ребенка создается впечатление, что на первом-втором году жизни он развивался нормально. И дело тут не в том, что близкие бывают недостаточно внимательны. Если ориентироваться на наиболее известные формальные показатели психического развития, касающиеся становления психических функций ребенка (как это обычно делают не только родители, но и большинство педиатров, регулярно наблюдающих за ребенком в раннем возрасте), то оказывается, что в младенчестве у аутичных детей они часто укладываются в границы нормы, а иногда по некоторым параметрам и превышают ее. Например, в ряде случаев могут отмечаться раннее речевое развитие, выраженная способность к различению геометрических форм, цветов, особый интерес к книгам.

Как правило, тревога возникает в конце второго - начале третьего года жизни малыша, когда оказывается, что он мало продвигается в дальнейшем речевом развитии или даже начинает терять речь. Тогда же становится особенно заметным, что он недостаточно реагирует на обращения, с трудом включается во взаимодействие, не подражает, его нелегко отвлечь от поглощающих его и не всегда понятных родителям занятий, переключить на другую деятельность. Он начинает все больше отличаться от сверстников, не стремится взаимодействовать с ними, а если и возникают попытки контакта, то все чаще они оказываются неудачными.

В других случаях задержка развития, прежде всего, моторного и речевого, наблюдается уже на первом году жизни. Ребенок малоактивен: мало двигается, мало гулит, активно не требует взаимодействия с близкими. Чаще это воспринимается последними как особенности характера малыша - флегматичного, деликатного, сверхосторожного. Лишь в тех случаях, когда эти

особенности поведения выражены наиболее интенсивно, родители пытаются обратиться к специалистам.

Подробный анализ историй развития аутичных детей позволяет выявить специфические черты, отличающих ранние этапы аутистического дизонтогенеза от нормы. Прежде всего, они проявляются в особенностях *аффективного развития ребенка*.

Рассмотрим основные черты этого своеобразия, позволяющие уточнить наиболее ранние признаки аутистического развития.

## РАННИЕ ПРИЗНАКИ АУТИСТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

### **Особенности взаимодействия ребенка с близкими людьми**

Особенности взаимодействия с близкими людьми, прежде всего матерью, обнаруживаются уже на инстинктивном уровне. Признаки аффективного неблагополучия проявляются в наиболее адаптивно значимых реакциях младенца.

Остановимся на них подробнее.

Одна из первых адаптивно необходимых форм реагирования маленького ребенка - *приспособление к рукам матери*. По воспоминаниям матерей многих аутичных детей, с этим бывали проблемы. Младенец мог не принимать естественной, комфортной позы: либо быть аморфным - как бы "растекаться" на руках, либо, наоборот, слишком напряженным, негибким, неподатливым - "как столбик". Трудно было найти какую-то удобную матери и ребенку позицию при кормлении, при укачивании, трудно было приласкать его.

Другая форма наиболее раннего приспособительного поведения младенца - *фиксация взгляда на лице матери*. Как известно, в норме у младенца очень рано обнаруживается интерес к человеческому лицу, этологически это самый сильный раздражитель. Уже в первый месяц жизни ребенок может проводить большую часть бодрствования в глазном контакте с матерью. Коммуникация с помощью взгляда является основой для развития последующих форм коммуникативного поведения.

При признаках аутистического развития сложности установления глазного контакта, либо его непродолжительность отмечаются достаточно рано. По многочисленным воспоминаниям близких аутичных детей, трудно было

поймать взгляд ребенка не потому, что он вообще его не фиксировал, а потому, что смотрел как бы "сквозь", аккуратно мимо. Иногда можно было поймать на себе мимолетный острый взгляд. Как показали экспериментальные исследования человеческое лицо является притягательным объектом и для аутичного ребенка, однако он не может долго остановить на нем свое внимание; наблюдается чередование фаз короткой фиксации лица и отвода взгляда.

Другая естественная приспособительная реакция младенца - *принятие антиципирующей позы*: протягивание ручек к наклонившемуся взрослому. У многих аутичных детей эта поза была невыраженной, что соответствовало отсутствию стремления быть на руках матери и неловкости для него такого положения.

Признаком благополучного аффективного развития традиционно считается своевременное *появление улыбки и ее направленность близкому*. У большинства детей с аутизмом она появляется вовремя, но может адресоваться не столько близкому человеку, сколько вызываться другими приятными ребенку впечатлениями (тормошением, музыкой, светом лампы, красивым узором на халате матери и т.д.). У части детей не возникал в раннем возрасте известный феномен "заражения улыбкой". Он обычно наблюдается уже явно в трехмесячном возрасте и развивается в "*комплекс оживления*" - первое направленное коммуникативное поведение младенца, когда он не только радуется при виде взрослого (повышается двигательная активность, гуление, удлиняется продолжительность фиксации лица взрослого), но и активно требует общения, расстраивается, если взрослый недостаточно реагирует на его обращения. При аутистическом развитии часто бывает выражено чрезмерное дозирование ребенком такого непосредственного общения, он быстро пресыщается, отстраняется от взрослого, который пытается продолжить взаимодействие.

Поскольку близкий человек, ухаживающий за младенцем, постоянно является (и физически и эмоционально) посредником его взаимодействия с окружением, ребенок уже с раннего возраста хорошо дифференцирует его выражение лица. При неблагополучии аффективного развития у ребенка отмечается *затруднение в различении выражения лица близких*, а в ряде случаев - неадекватная реакция на эмоциональное выражение другого. Например,

ребенок может заплакать при смехе близкого взрослого или засмеяться при плаче другого человека. По-видимому, это происходит из-за ориентации в большей степени на интенсивность раздражения, а не на качественный критерий (знака эмоции - отрицательный или положительный), что характерно для самых ранних этапов нормального эмоционального развития.

Также необходимо для адаптации малышу и *умение выражать свое эмоциональное состояние*, делиться им с близким. Обычно в норме оно появляется уже после двух месяцев. Мать прекрасно понимает настроение своего ребенка и поэтому может управлять им: утешить, снять дискомфорт, развеселить, успокоить. В случае неблагополучия аффективного развития даже опытные мамы, имеющие старших детей, часто рассказывают, что им трудно было понимать оттенки эмоционального состояния аутичного малыша.

Как известно, одним из наиболее значимых для нормального психического развития ребенка является феномен "*привязанности*". Это основной стержень, вокруг которого налаживается и постепенно усложняется система отношений ребенка с миром. Признаки формирования привязанности: выделение на определенном возрастном этапе среди окружающих людей младенцем "своих", очевидное предпочтение одного ухаживающего лица (обычно – матери), переживание разлуки с ним.

Грубые нарушения формирования привязанности наблюдаются при отсутствии на ранних этапах развития младенца одного постоянного близкого, прежде всего - при разлуке с матерью в первые три месяца после рождения. Это, так называемый "госпитализм", описанный Р. Спитцем у детей, воспитывавшихся в Доме ребенка. У этих детей, попавших в ситуацию разрыва с близким взрослым, наблюдались выраженные нарушения психического развития: тревога, перерастающая постепенно в апатию, снижение активности, поглощенность примитивными стереотипными формами самораздражения (раскачивание, мотание головой, сосание пальца и др.), возникновение индифферентности к взрослому человеку, который пытается восстановить с ребенком эмоциональный контакт. При затяжных формах госпитализма наблюдалось возникновение и нарастание расстройств на соматическом уровне.

Однако, если в случае госпитализма нарушение формирования привязанности вызвано внешней причиной (реальное отсутствие матери), то в

случае раннего детского аутизма оно порождается закономерностями особого типа психического, прежде всего, аффективного развития ребенка, который не подкрепляет естественную установку матери на формирование привязанности. Иногда это проявляется в таких тонких особенностях, что родители могут не замечать неблагополучия в складывающихся с малышом отношениях. Например, формально он может вовремя выделять близких и очевидно узнавать мать, предпочитать ее руки, требовать ее присутствия. Привязанность вроде бы налицо, однако, качество ее и соответственно динамика развития в более сложные и развернутые формы эмоционального контакта с матерью могут быть совершенно особыми.

***Рассмотрим наиболее характерные особенности формирования привязанности при аутистическом дизонтогенезе.***

Возможно формирование сверхсильной привязанности к одному лицу - на уровне примитивной симбиотической связи. При этом складывается впечатление, что ребенок физически неотделим от матери. Такая привязанность проявляется, прежде всего, только как негативное переживание отделения от матери. Малейшая угроза разрушения этой связи может спровоцировать у ребенка катастрофическую реакцию на соматическом уровне. Например, у семимесячного ребенка при уходе матери на полдня (при том, что он оставался с постоянно живущей с ними бабушкой) поднималась температура, возникали рвота и отказ от еды. Вместе с тем, при такой тяжелой реакции младенца даже на непродолжительную разлуку с матерью, он может не демонстрировать свою привязанность в комфортных условиях. Когда мама рядом, он не вызывает ее на общение, совместную игру, не пытается поделиться с ней положительными переживаниями, может не откликаться на ее обращения. Часто форма такой симбиотической связи проявляется в том, что ребенок просто не в состоянии выпустить маму из своего поля зрения - она не может отойти в другую комнату или даже закрыть за собой дверь в туалете.

Иногда такая симбиотическая привязанность выражается в выделении на какой-то период одного лица и неприятие остальных членов семьи, затем единственным, кого допускает к себе ребенок может стать и кто-то другой (например, бабушка вместо мамы и теперь малыш уже полностью отказывается от взаимодействия с матерью, "не замечает" ее).



Другая также характерная форма привязанности при аутистическом развитии - раннее выделение матери, по отношению к которой ребенок проявляет сверхсильную положительную эмоциональную реакцию, но очень дозированную по времени и возникающую только по его собственному побуждению. Малыш может проявить восторг, подарить матери "обожающий взгляд". Но такие кратковременные моменты страстности, выражения любви сменяются периодами индифферентности, когда ребенок не откликается на попытки матери поддержать с ним общение, эмоционально "заразить" его.

Может также наблюдаться длительная задержка в выделении какого-то одного лица в качестве объекта привязанности (иногда ее признаки появляются значительно позже - после года, полутора лет), равная расположенность ко всем окружающим. Такого ребенка родители описывают как очень общительного, идущего ко всем на руки. Причем это происходит не только в первые месяцы жизни, когда в норме формируется и достигает расцвета "комплекс оживления" и такую реакцию ребенка может естественно вызвать любой общающийся с ним взрослый, но и значительно позже, когда незнакомый человек обычно принимается с осторожностью либо смущением, со стремлением быть поближе к маме. Часто у таких детей вообще не возникает характерного для возраста 7-8 месяцев "страха чужого", то есть избирательности в общении, и позднее такой малыш может легко уйти за руку с незнакомым человеком.

*Трудности взаимодействия с окружающими, связанные с развитием форм обращения ребенка ко взрослому*

В ряде случаев родители вспоминают, что обращения ребенка не носили дифференцированного характера, было трудно догадаться, чего он просит, что его не удовлетворяет. Так, малыш мог однообразно "мычать", подхныкивать, кричать, не усложняя интонационно свои вокализации, не используя указательного жеста, и даже не направляя взгляда к желаемому объекту

У других детей формировался направленный взгляд и жест (протягивание руки в нужном направлении), но без попыток называния предмета желания, без обращения взгляда и вокализации к взрослому. Так делает любой очень маленький ребенок и в дальнейшем это развивается в указательный жест. Характерно однако, что это не происходит у аутичного ребенка. Даже в более старшем возрасте при выражении определенного желания такой ребенок не

показывает пальцем, он обычно берет взрослого за руку и кладет ее на желаемый объект- чашку с водой, игрушку, книжку.

*Характерны трудности произвольной организации ребенка.* Эти проблемы становятся заметнее после года и к двум – двум с половиной годам ребенка осознаются родителями уже в полной мере. Однако признаки сложностей произвольного сосредоточения, привлечения внимания, ориентации на эмоциональную оценку взрослого проявляются гораздо раньше. Рассмотрим эти признаки.

Отмечается *отсутствие либо непостоянство отклика малыша на обращение к нему близких*, на собственное имя. В ряде случаев эта особенность поведения настолько сильно выражена, что возникают подозрения о снижении слуха у ребенка. Хотя многие родители бывают озадачены тем, что часто при этом ребенок слышит слабый интересующий его звук (например шуршание целлофанового пакета или фантика от конфеты), или по его поведению понятно, что он слышал разговор, не обращенный прямо к нему. Достаточно часто такие дети позже не начинают выполнять простейших просьб: "Дай мне", "Покажи", "Принеси".

Характерно *отсутствие прослеживания взором направления взгляда взрослого*, игнорирование его указательного жеста и призыва ("Посмотри на..."). Даже, если в ряде случаев вначале слежение за указанием матери есть, то постепенно оно может угасать, и ребенок перестает обращать внимание на то, что она показывает, если только это не является объектом его особого интереса (например, лампа, часы, машина, окно).

Типична *невыраженность подражания*, часто его отсутствие, а иногда - очень длительная задержка в его формировании. Обычно родители вспоминают, что их малыша было всегда трудно чему-нибудь научить, он до всего предпочитал доходить сам. Часто трудно вовлечь ребенка даже в самые простые игры, требующие элементов показа и повторения (типа "ладушек"), затруднено бывает обучение жесту ручкой "пока", кивания головой в знак согласия.

**Особенности взаимодействия с сенсорной средой, с предметным миром**

У ребенка с таким типом развития уже в раннем возрасте может наблюдаться *повышенная чувствительность к сенсорным стимулам*. Это может выражаться и как непереносимость бытовых шумов обычной интенсивности (звука кофемолки, пылесоса, телефонного звонка и т.д.), и как нелюбовь к тактильному контакту, брезгливость при кормлении и даже попадании на кожу капель воды, непереносимость одежды, неприятие ярких игрушек. Чувство дискомфорта не только легко возникает у такого ребенка, но и надолго фиксируются в его памяти.

Особенность реакций на сенсорные впечатления проявляется одновременно и в другой, очень характерной тенденции развития, проявляющейся у детей уже в первые месяцы жизни. При недостаточной активности, направленной на обследование окружающего мира и ограничении разнообразного сенсорного контакта с ним, наблюдается выраженная захваченность, очарованность отдельными определенными впечатлениями - тактильными, зрительными, слуховыми, вестибулярными, - которые ребенок стремится получить вновь и вновь. Часто отмечается длительный период увлечения каким-то одним впечатлением, которое потом сменяется другим, таким же устойчивым. Например, любимым занятием ребенка становится шуршание целлофановым пакетом, листание книги, игра с пальчиками, наблюдение за движением тени на стене или отражением в стеклянной дверце, созерцание орнамента обоев.

Очень рано могут возникать и фиксироваться различные формы аутостимуляции. Еще на первом году жизни - раскачивания, потряхивание ручками перед глазами. Затем начинает привлекать скрипение зубами, игра с языком, со слюной, облизывание, обнюхивание предметов; ребенок ищет определенные тактильные ощущения, возникающие от поверхности ладони, от фактуры бумаги, ткани, от перебирания или расслаивания волокон, однообразные зрительные впечатления от верчения колесиков, крышек, переливания воды, выкладывания предметов в ряды и др.

Известно, что для определенного периода нормального развития младенца (до 8-9 месяцев) характерны многократные однообразные манипуляции с предметами, провоцируемые их сенсорными свойствами, -

прежде всего трясение и стучание. Это так называемые циркулярные реакции, направленные на повторение некогда полученного сенсорного эффекта, с их помощью младенец начинает осваивать окружающий мир. Еще до года они закономерно начинают сменяться более сложными формами обследования, в которых уже учитываются функциональные свойства игрушек, других предметов. Но аутичный ребенок бывает настолько захвачен определенными сенсорными ощущениями, что его циркулярные реакции фиксируются: он, например, не пытается возить, нагружать машинку, а продолжает однообразно вращать колеса или держать заведенную игрушку в руках; не строит башенку из кубиков, а стереотипно раскладывает их в однообразный горизонтальный ряд, без конца листает или рвет страницы книги.

Ребенок с благополучным аффективным развитием с удовольствием включает взрослого в свою активность. Он получает больше радости и его занятия продолжаются дольше, если взрослый помогает ему, подыгрывает, эмоционально реагирует на его действия. Так, он скорее предпочтет прыгать на коленях у мамы, а не в одиночестве в манеже, с большим удовольствием будет гулить, повторять звуки в присутствии взрослого, манипулировать какой-либо игрушкой или предметом, привлекая его внимание.

Аутистический тип развития принципиально отличается тем, что близкому практически не удается включиться во впечатления и действия, поглощающие ребенка. Чем больше ребенок выглядит захваченным ими, тем сильнее он противостоит попыткам взрослого вмешаться в его особые занятия, предложить свою помощь, а тем более переключить его на что-либо другое. Он часто может выдержать лишь пассивное присутствие кого-то из близких (а в ряде случаев и настоятельно этого требует), но активное вмешательство последнего очевидно портит ему удовольствие от совершаемых манипуляций и получаемых ощущений. В результате родители нередко начинают думать, что они действительно мешают своему малышу, что предлагаемые ими занятия не так интересны ему как собственные, не всегда понятные, однообразные манипуляции. Так, многие внимательные и заботливые близкие ребенка, не получая от него необходимого подкрепления в попытках наладить с ним взаимодействие - положительного эмоционального отклика на свое вмешательство, становятся менее активными и чаще оставляют ребенка в покое.

Таким образом, если при нормальном эмоциональном развитии удовольствие от сенсорной стимуляции становится важной составляющей контакта ребенка с близким взрослым, то в случае раннего нарушения этого развития, увлечения малыша (его аутоstimуляция) начинают поглощать его и отгораживать от взаимодействия с близким, а значит препятствовать развитию и усложнению связей с окружающим миром.

При появлении возможности самостоятельного передвижения ребенка выраженной становится характерная для таких детей *непреодолимая зависимость от влияний окружающего психического поля*. И в норме в районе годовалого возраста, при овладении ходьбой, все дети в той или иной степени попадают в плен полевых тенденций, а у взрослых возникают реальные трудности регуляции их поведения. В случае раннего детского аутизма захваченность сенсорным потоком, исходящим из окружающего мира, наблюдается гораздо раньше и вступает в конкуренцию с ориентацией на близкого человека. Часто взрослый, не имея эмоционального контакта с ребенком, выступает лишь в качестве инструмента, с помощью которого ребенок получает необходимую сенсорную стимуляцию (может покачать, покружить, пощекотать, поднести к желаемому объекту).

В условиях несформированности эмоционального взаимодействия с близкими особенно тяжело проходит момент физического отрыва малыша от матери в районе года. Часто в это время у родителей возникает ощущение резкой смены характера ребенка. Особенно заметны происходящие с малышом изменения, если раньше он был крайне спокоен, "удобен", покорно подчинялся всем режимным требованиям, ничего не тащил в рот, никуда не лез. Теперь, получив возможность передвигаться самостоятельно, он становится неуправляемым, непослушным, неосторожным. Именно в это время родителей начинает беспокоить, что ребенок «не слышит» обращения, не реагирует на собственное имя, игнорирует запреты, не чувствует опасности.

И, напротив, там, где на первый план выходит сверхчувствительность, особенно заметными становятся чрезмерная осторожность и брезгливость: ребенок не хочет вылезать из коляски, не решается наступить на снег, не пытается копаться в песке и залезать в лужи, как большинство его сверстников. В подобных случаях нарушение активности проявляется все интенсивнее в

стремлении ограничить и стереотипизировать формы взаимодействия с окружением.

После полутора лет все более очевидными становятся задержка развития речи, моторная неловкость, отсутствие развития тенденции к подражанию, нарастание двигательного возбуждения, выраженных страхов, дискомфорта, тревожности, агрессии, негативизма, усиление отгороженности, стереотипности поведения.. Могут наблюдаться и признаки регресса развития: теряется тот минимум эмоциональных связей, форм контакта, начинавших складываться навыков ребенка (в том числе и речевых), которые он начал приобретать до того, как научился ходить.

Таким образом, все перечисленные выше особенности отношений аутичного ребенка с окружающим миром в целом и с близкими людьми особенно, свидетельствуют о нарушении развития способов организации активного взаимодействия с миром и превалировании в его развитии уже с раннего возраста перевеса стереотипной аутостимуляционной активности над реально адаптивной.

Эта характерная тенденция может проявляться в разных формах, что отражается к моменту складывания аутистического синдрома в виде определенного его варианта (по классификации О.С.Никольской, 1985). Каждый из этих вариантов отличается глубиной и качеством аутизма, уровнем адаптации ребенка к окружающему миру и преобладающим типом аутостимуляционной активности.

## ОРГАНИЗАЦИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

*Основные направления и правила коррекционной работы при раннем нарушении эмоционального развития и угрозе формирования синдрома детского аутизма:*

1. В норме для развития ребенка важны и развитие механизмов реального взаимодействия с близкими и с более широким окружением и механизмов поддержания достаточного психического тонуса и профилактики дискомфорта. Исходя из этого, главным принципом коррекционного подхода является попытка восстановить «правильное» положение, ввести функцию саморегуляции в контекст процесса контакта с другим человеком, заставить ее

обслуживать процессы реальной адаптации. Поскольку аутостимуляция полностью поглощает маленького ребенка с аутизмом, конкурировать с ней сначала бесполезно и взрослому человеку необходимо подключаться и стать ее неотъемлемой частью и уже потом, постепенно, изнутри наполнять ее новым содержанием эмоционального общения.

2. Помимо искажения психического развития при раннем детском аутизме мы видим в любом случае, даже при ощущении достаточно интенсивного интеллектуального развития и при наличии каких-то избирательных способностей у ребенка, его выраженную эмоциональную незрелость. Поэтому, вступая во взаимодействие с ребенком, нужно адекватно оценивать его реальный “эмоциональный” возраст. Необходимо помнить о том, что он легко пресыщается даже приятными впечатлениями; что он часто действительно не может подождать обещанного; что ему нельзя предлагать ситуацию выбора, в которой он самостоятельно беспомощен; что ему нужно время для того, чтобы пережить полученное впечатление или информацию - поэтому характерны отсроченные реакции, что он стремится стереотипизировать взаимодействие с окружающим. Перечисленные особенности не являются в принципе патологичными, они характерны для очень ранних этапов нормального развития. Вспомним, как младенец отрицательно реагирует на задержку удовлетворения его потребности, как требует для ухода за собой одни и те же руки, как многократно он хочет повторить одно и то же приятное впечатление, как легко возникает плач после сильной радости или возбуждения.

Как любой малыш, аутичный ребенок очень чувствителен к интонации, с которой к нему обращаются; крайне чуток к эмоциональному состоянию близкого человека - особенно легко ему передается его тревога, неуверенность, он страдает от его дискомфорта - но часто может выражать это не сопереживанием, а ухудшением собственного состояния, усилением страхов, агрессивным поведением.

Очень часто мы видим двух-трехлетнего ребенка и старше, который по своему аффективному возрасту, прежде всего, по способности понять эмоциональный смысл ситуации, не дотягивает еще даже до года. Понятно, что младенца никто не станет организовывать, призывая на помощь его

сознательность, чувство долга, вины, требовать от него сострадания. Однако, двухлетнего ребенка уже упрекают: “Как тебе ни стыдно”, “Ты расстроил маму”, “Ты что не можешь потерпеть?”, “Не жадничай”. Поэтому, одной из первой рекомендаций, которую мы даем родителям, является: “Вспомните, как вы разговаривали с малышом, когда он был младенцем.....”

3. Оказание коррекционной помощи невозможно без точного определения доступного ребенку уровня взаимодействия с окружением, превышение которого неизбежно вызовет у него уход от возможного контакта, появление нежелательных протестных реакций - негативизма, агрессии или самоагрессии и фиксацию негативного опыта общения.

По каким параметрам можно определить этот наиболее адекватный в данный момент ребенку уровень контактов с окружающим миром и людьми?

- Какая дистанция общения для него более приемлема. Насколько близко он сам приближается к взрослому и насколько близко подпускает его. Можно ли взять его на руки и как он при этом сидит (напряженно, приваливается, карабкается), как относится к тактильному контакту, смотрит ли в лицо и как долго? Как он ведет себя с близкими и как с незнакомыми людьми? Насколько он может отпустить от себя маму?

- Каковы его излюбленные занятия, когда он предоставлен сам себе: бродить по комнате, забираться на подоконник и смотреть в окно, что-то крутить, перебирать, раскладывать, листать книгу и др.

- Как он обследует окружающие предметы: рассматривает; обнюхивает; тащит в рот; рассеянно берет в руку, не глядя, и тотчас бросает; смотрит издали, боковым зрением....Как использует игрушки: обращает внимание лишь на какие-то детали (крутит колеса машины, бросает крышечку от кастрюли, трясет веревку), манипулирует игрушкой для извлечения какого-либо сенсорного эффекта (стучит, грызет, кидает), проигрывает элементы сюжета (кладет куклу в кровать, кормит, нагружает машину, строит из кубиков дом)?

- Сложились ли какие-то стереотипы бытовых навыков, насколько они развернуты, насколько жестко привязаны к привычной ситуации?

- Использует ли он речь и в каких целях: комментирует, обращается, использует как аутостимуляцию (повторяет одно и то же аффективно



заряженное слово, высказывание, выкрикивает, скандирует). Насколько она стереотипна, характерны ли эхолалии, в каком лице он говорит о себе?

- Как он ведет себя в ситуациях дискомфорта: нет выраженной реакции; замирает; возникают панические реакции; агрессия, самоагрессия, усиливаются стереотипии; стремится повторить или проговорить травмировавшую ситуацию; обращается к близким, жалуется?

- Каково его поведение при радости - возбуждается, усиливаются двигательные стереотипии, стремится поделиться своим приятным переживанием с близкими?

- Как он реагирует на запрет: игнорирует, пугается, делает “на зло”, возникает агрессия, крик; слушается?

- Как легче его успокоить при возбуждении, при расстройстве - взять на руки, приласкать, отвлечь (чем? - любимым лакомством, привычным занятием, уговорами)?

- Насколько долго можно сосредоточить его внимание на лице взрослого, на игрушке, книге, рисунке, фотографиях, пазлах, мыльных пузырях, свечке или фонарике, возне с водой и т.д.

- Как он относится к включению взрослых в его занятие (игнорирует; уходит; протестует; принимает, повторяет какие-то элементы игры взрослого или отрывки его комментария, прослеживает взгляд и указание взрослого, выполняет простые просьбы). Если позволяет включаться в игру, то насколько можно развернуть игру или комментарий к ней?

Наблюдения по перечисленным выше основным параметрам, характеризующим поведение ребенка, могут дать информацию как о возможностях ребенка в спонтанном поведении, так и в создаваемых ситуациях взаимодействия. Обычно эти возможности существенно различаются. Так, в своей непроизвольной активности ребенок может достаточно ловко манипулировать объектами: быстро листать страницы, собирать кусочки мелкой мозаики, соединять детали конструктора, расслаивать веревочку, но когда родители пытаются вложить ему в руку ложку, чтобы приучить его к самостоятельной еде, или карандаш, чтобы научить его рисовать, он оказывается страшно неловким, несостоятельным. Такой ребенок может

неожиданно произнести достаточно сложное слово “в пространство”, но не способен повторить по просьбе даже самое простое сочетание слогов.

Это - не упрямство, не нежелание, а реальные трудности произвольной организации ребенка с серьезными нарушениями аффективного развития. И оценивая уровень его наличных возможностей взаимодействия с окружающим, мы должны прежде всего определить, насколько он в данный момент вынослив в контакте, в произвольном взаимодействии и насколько велики эти трудности.

Вместе с тем, зная, на что способен ребенок в своей аутистимуляционной активности, мы можем рассчитывать на реализацию этих потенциальных возможностей в адекватно организованном взаимодействии.

4. Основная нагрузка, как физическая, так и психическая в воспитании ребенка ложится на его мать. Нужна регулярная помощь специалистов, которые могли бы квалифицированно оценить состояние ребенка, его динамику, подсказать матери конкретные коррекционные приемы в работе с ним, наметить следующие закономерные этапы психологической коррекции и обучения. Однако в попытках наладить взаимодействие с ребенком с серьезными нарушениями эмоционального развития, особенно раннего возраста, специалист не должен подменять родителей. Привязанности должна быть сформирована именно к матери, именно она должна научиться эмоционально тонизировать малыша, самостоятельно управлять его поведением, справляться с состояниями повышенной тревожности, агрессивности. Только она наиболее естественно может наполнить их общие складывающиеся стереотипы бытовой жизни важными для обоих аффективными подробностями.

Понятно, что в ситуации развития ребенка с серьезными нарушениями эмоционального развития должны быть активно задействованы все его близкие. Особость этой ситуации состоит не только в том, что мама нуждается в постоянной поддержке и помощи, безусловно большей, нежели при уходе за нормально развивающимся малышом. Необходимость активного участия всех членов семьи родных в воспитании такого ребенка связана с трудностями формирования у него разнообразных форм контакта. Маленький ребенок с благополучно протекающим аффективным развитием справляется с этим сам примерно уже с полугодовалого возраста, прекрасно ориентируясь в нюансах отношений с мамой, папой, бабушкой, братом и другими близкими, зная, кому

он может пожаловаться, с кем пошалить и т.д. Аутичный ребенок может вступать в контакт обычно в жестко стереотипной форме, неукоснительного соблюдения которой он требует ото всех не дифференцированно, либо привязывается, как было уже сказано выше, симбиотически только к одному лицу и тогда не допускаются до взаимодействия все остальные. Раннее подключение к контакту с матерью других близких может несколько смягчить эту проблему, сделать взаимодействие с окружающими людьми более разнообразным и гибким (за счет складывания не одного, а нескольких стереотипов общения).

Другая причина важности подключения других родных - частая необходимость участия, по крайней мере, одновременно двух взрослых для подведения малыша к возможности спонтанного реагирования. Распределение ролей между ними происходит следующим образом: один обращается к ребенку, пытается войти с ним во взаимодействие, второй - активно помогает ребенку войти в это взаимодействие, работая за него - его телом, руками, ногами, вокализируя и оформляя его лепет в нужные слова, наконец, эмоционально реагируя за него, поддерживая и усиливая малейшие намеки на его вступление в контакт, даже сначала изображая их при необходимости. Из воспоминаний некоторых родителей аутичных детей мы знаем, что именно в таких ситуациях дети действительно начинали подражать, этим путем шло освоение у ребенка первых навыков самообслуживания, речевой и жестовой коммуникации.

#### *Приемы коррекционной работы*

1. Первым и основным приемом коррекционного воспитания ребенка с выраженными трудностями аффективного развития является **создание** для него **адекватно организованной среды**.

Как же правильно организовать ту среду, в которой включение во взаимодействие аутичного ребенка будет максимальным?

**А. Создание и поддержание особого аффективного режима воспитания ребенка.**

Речь идет не только о простроенности и регулярности режимных моментов каждого дня. Хотя это тоже очень важно. По историям развития таких детей мы знаем, что на первом году жизни у большинства из них в этом проблем не было. В дальнейшем - часть детей строго следовали установленным стереотипам, трудности возникали, напротив, с попытками близких внести в них даже малейшие изменения. Другие дети, наоборот, теряли ту регулярность жизни, которой они до года пассивно подчинялись, и уже к 3 годам родители обычно испытывали большие проблемы с тем, чтобы накормить ребенка вовремя и за столом, в определенное время усадить на горшок, уложить спать, вывести на прогулку и привести с улицы домой и т.д.

С одной стороны, чрезмерная склонность к повторению однажды заведенного порядка представляет собой серьезное препятствие для развития более естественных и гибких способов взаимодействия с окружением, с другой - создание определенного стереотипа - привычек, правил ("как всегда") - обязательный компонент адаптации, дающий ощущение надежности, стабильности.

Для аутичного ребенка и с более тяжелым и с более легким вариантами развития стереотипная форма существования является наиболее доступной, а на начальных этапах коррекционной работы - обычно и единственно возможной. Именно она часто помогает уберечь ребенка от аффективного срыва, запустить с большей вероятностью его активность в адекватных контактах с окружающим, закрепить полученные достижения.

Говоря о специальном аффективном режиме, мы имеем в виду не только физическое поддержание сложившегося стереотипа каждого дня, но и регулярное проговаривание его, комментирование всех его деталей, объяснение ребенку эмоционального смысла каждой из них и их связи. В этом и заключается разработка аффективных бытовых стереотипов малыша с помощью близкого, которая происходит на ранних этапах нормального развития. По сути дела, такой режим обычно создает младенцу на первом году жизни мать или бабушка, которая проговаривает, переживает вслух все события дня, планирует основные моменты жизни семьи, подытоживает - "как прожили сегодня". Вспомним, какая характерная интонация - размеренная, распевная, ласковая, оптимистичная бывает при этих приговорах; как ребенок естественно

становится постоянным соучастником всего того, что происходит в доме: “Проснулся, мой золотой, ну давай одеваться.... пойдём кашку варить.... А что у нас за окошком? Ах, этот дождик, но ничего, пройдет и мы гулять пойдём ...Кто это нам звонит? Наверное папа, с работы...Сейчас, сейчас подойдем...”и т.д. Но это естественно получается само собой, если ребенок с восторгом смотрит на говорящего взрослого, лепечет в ответ на его речь, эмоционально реагирует, следит за тем, что он делает. Если же выраженной реакции нет, малыш кажется безучастным к тому, что говорит и что показывает мама, то ее развернутые и эмоциональные комментарии тоже начинают затухать, сворачиваться. Характерно, что часто даже очень внимательные и эмоциональные матери аутичных детей взаимодействуют с ними молча. Между тем, именно в этом случае подобные комментарии особо необходимы.

Мы видим у более старших аутичных детей особую фрагментарность восприятия, их картина мира - спрессованные, неразвернутые, аффективно насыщенные отдельные переживания, которые сохраняются в неизменной форме на протяжении многих лет. Поэтому так важно уже с самого раннего возраста давать представление такому ребенку о связи отдельных впечатлений, объяснять ее эмоциональный смысл.

Чтобы включить ребенка хотя бы в более пассивной форме (слушания) в этот комментарий, взрослый обязательно должен опираться на значимые для ребенка аффективные детали его жизни. Если при благополучном эмоциональном развитии малыш радуется уже самому факту, что мама с ним говорит, буквально “впитывает” ее интонацию, ловит моменты акцентирования ее внимания, в общем, с готовностью “идет” за ней, то здесь часто приходится следовать за ребенком, в первую очередь отмечая важные для него моменты (“достанем печенье из буфета”, “откроем кран, и водичка польется быстро-быстро” и т.п.) и соединяя их с постепенно нарастающими деталями эмоционального переживания происходящего, значимыми для нее самой.

Благодаря созданию и поддержке такого режима становится возможным разметка времени. Регулярность чередования событий дня, их предсказуемость, совместное переживание с ребенком прожитого и планирование предстоящего создают в совокупности временную сетку, благодаря которой каждое сильное для ребенка впечатление оказывается не заполняющим собой все его жизненное

пространство и время, но находит в ней какое-то ограниченную область. Тогда легче можно пережить то, что было в прошлом, подождать того, что будет в будущем.

Как важно размечать время, также необходимо размечать и пространство, в котором живет ребенок. Такая разметка происходит также благодаря постоянному эмоциональному комментарию взрослого того, что обычно происходит на данном месте: еды, одевания, игровых занятий, прогулки, ритуала прощания с кем-то из близких, уходящих на работу (например, помахать в окно рукой), сиденья на горшке и т.д.

Постоянство места и времени соблюдается аутичными детьми в одних случаях очень жестко и неукоснительно, но здесь основная забота ребенка, чтобы были сохранены все детали - иначе возникает тревога, дискомфорт. Взрослый должен не допустить их механического перебора, но помочь ребенку эмоционально осмыслить их необходимость. Даже, в случае, когда в уже сложившийся застывший стереотип ребенка включены, казалось бы, бессмысленные ритуальные действия, их также надо пытаться включать в общий смысловой контекст. В таком случае ребенок совершает их менее напряженно и ожесточенно. Например, если он должен обязательно, войдя в комнату, требовать, чтобы его поднесли к выключателю и несколько раз щелкнуть им, это можно прокомментировать следующим образом: “Проверим, горит ли свет - все в порядке, нам будет светло”, если раскладывает в определенном порядке фломастеры на столе - “Так, все у нас на месте, ты же аккуратный мальчик”. И это будет на том уровне взаимодействия с окружением, на котором находится такой ребенок, не фиксация его навязчивостей или влечений, но, наоборот их смягчение через эмоциональное осмысливание взрослым как подходящих к данной ситуации. Нежелательное закрепление же их происходит при попытках их запретить или торопливо “свернуть”.

В других случаях - достижение этого постоянства большая проблема и складывание этих простейших привычек возможно как раз через многократное повторение их в комментариях (“здесь мы всегда делаем то-то, а здесь мы больше всего любим делать то-то...”), пока ребенок еще реально не зафиксировал эти места. Формирование таких осмысленных бытовых

стереотипов может происходить очень медленно. Часто остается поначалу впечатление, что подобное комментирование идет “вхолостую”, что внимание ребенка не удастся зацепить никакой аффективной деталью, однако следует этим заниматься регулярно, постоянно. Это, прежде всего, задает определенный размеренный ритм самому взрослому, не дает возможности упустить какой-то важный момент или впечатление - даже если ребенок не настроен в данный момент задержаться на нем подольше, его надо обговорить и зафиксировать тем самым его присутствие в общем распорядке дня. По первоначальному отсутствию выраженной реакции аутичного ребенка нельзя судить о том, что он ничего не воспринял. Точно так же, как он может вставить недостающее слово в стихотворной строчке и тем самым подтвердить, что он помнит это стихотворение, также он может обозначить пропущенный момент в привычном распорядке дня (потянуть в нужное место, назвать действие, которое там обычно совершается или просто расстроиться из-за того, что этого момента не было).

Проговаривание подробностей прожитого дня, их закономерное чередование дает возможность более успешной регуляции поведения маленького ребенка, чем попытки его внезапной организации - когда у матери, например, появились время и силы. Во-первых, при этом меньше вероятность пресыщения, поскольку идет непрерывная смена впечатлений, действий. Во-вторых, многократное ежедневное повторение обязательных событий дня, их предсказуемость определенным образом настраивает малыша на то, что ему предстоит, на последовательность занятий и облегчает в значительной степени возможности его переключения. А как мы знаем, фиксация на отдельных впечатлениях и крайне быстрая пресыщаемость в произвольной активности аутичного ребенка являются одними из наиболее серьезных препятствий в организации его взаимодействия с окружением.

### ***Б. Сенсорная организация пространства.***

- Использование чувствительности к строению и динамике окружающего сенсорного поля.

Известно, насколько аутичный ребенок зависим от окружающего сенсорного поля. С одной стороны, это создает огромные трудности в его произвольной организации: случайные впечатления отвлекают его, он может

слишком сильно погружаться в избирательные ощущения или уходить от взаимодействия, если присутствует в поле негативный раздражитель. Так, например, притягивающая его внимание электрическая розетка на стене, (которая вызывает у ребенка страх), может занять его целиком и сделать безуспешными попытки его организации на какое-либо занятие, либо быть причиной того, что ребенок просто не войдет в эту комнату.

Часто такая чрезмерная зависимость бывает причиной отсутствия у ребенка чувства самосохранения (когда он может убежать по дорожке в лес, зайти глубоко в воду, залезть высоко по лестнице, броситься к манящему впечатлению через проезжую дорогу или, наоборот, резко метнуться от отрицательно заряженного раздражителя).

С другой стороны, продуманная организация сенсорной среды позволяет избежать впечатлений, разрушающих взаимодействие ребенка с окружением и наполнить ее стимулами, побуждающими к определенным действиям и задающих их нужную последовательность. Например, постеленная в коридоре дорожка “заставляет” по ней бежать в нужном направлении, вовремя открытая дверь организует выход ребенка.

Помощником взрослого, пытающегося наладить взаимодействие с ребенком, может выступать, прежде всего, ритмическая организация воздействий. Первые игры, которые осваивает с помощью близких малыш и при нормальном развитии в значительной степени построены на ритмической основе. В коррекционной работе следует активно использовать эти естественные приемы произвольной организации. Ритмический узор цветного орнамента позволит продолжительнее фиксировать картинку в книге, повторяющийся рисунок детского коврика (чередование дорог и домиков) позволит дольше следить за движением по нему машинки, музыкальный ритм легче организует движения, ритмичный пересчет ступенек (или ритмично напеваемый марш) поможет боязливому и осторожному малышу преодолеть лестницу.

Ритм может выступать и как фон, организующий и собирающий ребенка на какое-то более сложное занятие. Так, под ритмическое движение качелей или лошадки-качалки малыш способен прослушать сказку или какой-то небольшой рассказ о его жизни, в то время как в другой ситуации он не выдерживает этого



и двух минут. Точно также он способен дольше сосредоточиться на слушании книги или аудиозаписи, если при этом занят каким-то своим привычным ритмичным занятием (собираем пазлов, чирканьем карандашом и т.п.)

Аутичный ребенок может быть очень чуток к завершенности формы, которую он воспринимает. Эта особенность восприятия также должна обязательно учитываться. Например, совершенно “полевой” ребенок, уходящий от любой попытки его произвольной организации, может на ходу, вроде бы не глядя, сунуть в подходящее место недостающий кусочек пазла, не пользующийся активно речью малыш - вставить пропущенное слово в услышанной стихотворной строчке, допеть песню. Многие развивающие игрушки для детей раннего возраста, как известно, построены на этом принципе завершенности (пирамидки, кубики с рисунками, доски с углублениями и вкладышами и т.п.). Надо сказать, что у многих аутичных детей действия с подобными предметами наиболее успешны, некоторые из них могут проводить за ними достаточно длительное время. Однако при всех кажущейся разумности этих занятий (в отличии, например, от трясения какой-нибудь палочкой или бесконечного верчения колеса) нельзя надолго оставлять ребенка с ними один на один, так как это часто превращается тоже в форму достаточно механической аутистимуляции, в которую малыш может погружаться очень сильно. Необходимо называние взрослым того, что делается или получается у ребенка, эмоциональное комментирование его ловкости, умелости и т.п. Вместе с тем, такие занятия могут и успокоить ребенка, вернуть ему комфортное состояние, чем достаточно часто его близкие пользуются в экстремальных ситуациях.

- Использование сенсорных раздражителей, повышающих эмоциональный тонус.

Существует много способов повышения эмоционального тонуса ребенка благодаря использованию приятных для него сенсорных впечатлений, положительных сильных переживаний (игры с водой, со светом, с мыльными пузырями, красками, мячиком, юлой, физическая возня, беготня по коридору с моментами “салочек” и “прятки” и т. д.). Для этого, конечно, надо хорошо знать конкретные пристрастия малыша, его особые интересы, а также то, что может вызвать его неудовольствие, страх. Поэтому подбор таких тонизирующих занятий должен быть достаточно индивидуален. Например, одного ребенка

мыльные пузыри очаровывают, он приходит от них в восторг, пытается их ловить или давить, другого они пугают; одного рисование красками тонизирует и сосредотачивает, другого слишком возбуждает, провоцирует агрессию (разливание красок, неистовое размазывание ее по бумаге до дыр), одному торможение приносит радость, другому - дискомфорт.

## **2. Использование форм собственной аутостимуляции ребенка.**

Подключение к аутостимуляции ребенка также является ведущим приемом установления с ним контакта, усиления его активности и направленности на окружающий мир, организации и усложнения общих с ним способов взаимодействия с окружением.

Способы аутостимуляции детей, страдающих ранним детским аутизмом, могут быть достаточно разнообразны. И уровень подключения к ним тоже может быть разным.

Например, у ребенка с наиболее глубоким аутизмом оживление легче всего можно вызвать щекотанием, кружением, торможением. И, конечно, нельзя не использовать достаточно редкую возможность быть необходимым ребенку в качестве инструмента для получения удовольствия, он даже сам может "просить" об этом - привалиться к взрослому, приставить его руки к себе на пояс. Однако, в отличие от возни благополучно развивающегося малыша, такой ребенок не заглядывает в лицо того, кто его кружит, трясет, качает (характерно, что он поворачивается обычно к нему спиной), не пытается разделить с ним своего веселья. Оживление выглядит механическим, и подобное подключение к аутостимуляции тоже оказывается механическим.

Вместе с тем, эта же ситуация при другом - эмоционально осмысленном подходе может оказаться очень ценной. Главное условие, которое следует соблюдать при подобном взаимодействии с малышом - искать малейшую возможность повернуть его лицом к себе, поймать его взгляд, чередовать прятание своего лица и неожиданного выглядывания с улыбкой (то есть проигрывать самому тот острый момент общения, который так восторженно стремятся повторять благополучно развивающиеся дети в игре в прятки). На высоте подъема тонуса аутичного ребенка его аффективное заражение от взрослого проходит значительно легче и он получает положительный опыт хотя

бы недолгой синхронизации своего эмоционального состояния с состоянием другого человека.

Одновременно происходит и тренировка большей выносливости к тактильному контакту. К торможению, кружению (то есть тому набору сенсорной, вестибулярной стимуляции, которой он вполне удовлетворяется сам) необходимо дозировано добавлять более адекватные неформальному контакту способы тактильного взаимодействия, которого так много при нормальном развитии - поглаживание, прижимание к себе, объятие; можно пытаться обнимать себя ручками ребенка и т.д. Также как глазной контакт, тактильное взаимодействие лежит в норме, как известно, в основе формирования привязанности.

Выбирая, если есть такая возможность, к какой форме аутоstimуляции лучше присоединиться, надо помнить о том, что есть такие ее проявления, подключение к которым непродуктивно. К ним относятся самые грубые ее формы, которые выглядят как влечения, завязанные на переживании сильных телесных ощущений. Попытки обыгрывать их, пытаться наполнять эмоциональным смыслом практически бесполезны. Среди ранних форм такого захватывающего ребенка самораздражения можно отметить различные оральные манипуляции (сосание языка, щек, скрип зубами), поиск особых тактильных раздражений (фиксация каких-то ощущений в области ступни; перебирание фактуры предметов, расслаивание веревочки и т.п.). На первый взгляд, такое погружение аутичного ребенка может напоминать характерную для нормы исследовательскую активность. Однако она отличается особой захваченностью, большим аффективным напряжением, жесточенностью и стереотипностью.

Гораздо более продуктивным представляется подключение к аутоstimуляции дистантными раздражителями, когда ребенок созерцает движение или ритмически организованные конструкции; замороженно смотрит в окно или слушает ритмические стихи, песни, а затем и начинает их воспроизводить. Здесь это подключение может носить характер погружения вслед за ребенком в поток очаровывающих его впечатлений и оказания помощи, которая ему в данный момент необходима - протянуть деталь конструктора, вложить кусочек пазла, отметить движение, которое произошло

за окном, протарахтеть, как проехавшая машина. Если малыш ритмически стучит игрушкой предметом; крутит колесико от машины или бесконечно требует завести юлу или его невозможно отвлечь от качелей - с этим тоже можно продуктивно работать, если заданную ритмическую форму сопровождать озвучиванием и внесением в нее эмоционального смысла. Это очень осторожная и неторопливая работа: слишком много слов сразу, слишком небольшая дистанция общения, или громкий голос, или резкое движение могут нарушить, начинавшие возникать моменты объединенного с ребенком внимания.

### **3. Приемы стимуляции речевого развития.**

Замедленность набирания слов в активном речевом запасе малыша, постепенный уход и сворачивание имевшихся слов, разовое произнесение какого-то слова без дальнейшего повторения его, смазанность, недоговаривание слов - вот те особенности речевого развития, которые беспокоят родителей аутичных детей раннего возраста. До трех лет попытки логопедических занятий предпринимаются, обычно, очень редко. Но родные часто сами начинают пробовать активно исправлять неправильно произнесенные ребенком слова, заставляют его повторить еще раз, переспросить, когда не разобрали, что он сказал, задавать вопросы, надеясь, что это стимулирует ответ. Однако, в большинстве случаев, это приводит к обратному результату - ребенок все больше избегает речевого взаимодействия, расстраивается, что его не понимают, и может практически замолчать.

Вместе с тем существуют достаточно действенные приемы провокации речевой активности. Рассмотрим некоторые из них.

#### ***а) Использование имеющихся вокализаций ребенка.***

Чаще мутичный аутичный ребенок не молчит все время: он может издавать какие-то звуки, играть ими, то есть использовать их как средство аутостимуляции. Для каждого ребенка набор таких “любимых” звуков достаточно ограничен - часть из них может напоминать лепетную речь (повторное произнесение отдельных слогов - “ка”, “би”), иногда это стереотипное повторение одного и того же звука, характерно бывает также более сложное интонирование, похожее на “птичий щебет”. В последнем случае использовать вокализации ребенка для провокации речевых фонем практически невозможно. Он так увлечен ими, так погружается в это

“пропевание”, что подключиться к этому типу аутостимуляции, также как к любому другому ее варианту, полностью захватывающему ребенка, очень трудно.

В других случаях нельзя упускать возможность подхватить уже имеющийся запас звуков малыша. Это совершенно естественный способ усиления речевой активности, наблюдаемый при нормальном развитии при общении матери с младенцем. Если взрослый повторяет вслед за ребенком его звуки, он начинает их произносить чаще. Со звуками можно играть, провоцируя у малыша элементы подражания. Если сначала точно скопировать звук ребенка и увидеть, что это вызывает его интерес или хотя бы не вызывает недовольствия, можно попытаться немного изменить интонацию, тембр голоса. Часто в при этом ребенок, в принципе не обращающий внимание на лицо взрослого, начинает смотреть на его губы, заглядывать в рот, пытаться произнести снова свой звук.

Следующий шаг - внесение звуков, произносимых ребенком, в смысловой контекст происходящего в настоящий момент. Для этого, когда малыш произносит свой стереотипный звук или слог, взрослый должен дополнить его до подходящего по ситуации слова. Например, “би” - может быть “обидели”, или “бегу”, или “лю-би-мый” или изображение того, как сигнализирует машина “би-би-и”. То, что один и тот же слог применяется к разным предметам, к обозначению состояния малыша, его действия или желания - тоже вполне естественно и закономерно на ранних этапах благополучно идущего психического развития. Не так страшно, если взрослый “ошибся” и не так интерпретировал услышанный звук - хуже, если он его пропустил, не отреагировал вовремя, не “прикрепил” осмысленным словом и своей эмоциональной реакцией к данной ситуации. И практика специалистов и опыт родителей подтверждает, что даже при первоначально возможном ощущении бесполезности такой работы, регулярность ее приводит к реально ощутимым результатам - малыш чаще начинает “звучать” в осмысленных вместе со взрослым ситуациях, звуки и слоги могут становиться более сложными, видно, как из них постепенно вырастает слово, которое оказалось для ребенка значимым (например, уже не исходное “би”, а “аби” или “биди”, произносимое

малышом адекватно в момент обиды, расстройства, неудовлетворенности, боли), оно может начинать использоваться в форме первого обращения.

***б) Стимуляция речевой активности на фоне эмоционального подъема.***

Взаимодействие с ребенком на фоне повышения его тонуса может значительно облегчить появление эхоталий. Скорее подхватываются “аффективно заряженные” слова, отдельные междометия, восклицания, эмоционально произнесенные взрослым. Например, при выдувании мыльных пузырей - бульканье (“буль-буль-буль”), реплики (“еще”, “хлоп”, “лети”, “лови-лови”); при игре с водой - “кап-кап”, “плюх”; при раскачивании малыша на качелях- “кач-кач”, на лошадке-качалке - “но-о”, “иго-го”, “скачи”, изображение цоканья копыт и т. д. Воспроизведенные ребенком слова или их отрывки необходимо усилить своим повторением, добавляя еще понемногу новые слова (“но-о, лошадка”, “скачи быстрее” и т.п.).

Также в состоянии эмоционального подъема малыша следует произносить за него реплики, которые подходят к ситуации по смыслу, даже если он молчит. Например, когда ему очень чего-то хочется и понятно чего и он тянет ручку в нужном направлении, нужно сказать за него: “Дай мне”, “открой”, если он бежит к маме, воодушевленный, с каким-то предметом или игрушкой в руках - “Мама, смотри”, если собрался прыгнуть со стола - “Лови меня” и т.д.

Особенно продуктивными представляются общение и игра с маленьким ребенком, когда он находится на руках у взрослого. Основная задача при этом заключается в привлечении внимания малыша к лицу играющего с ним взрослого (для этого можно использовать младенческий вариант «прятки», надувать щеки, играть языком и т.д.). Эмоциональное заражение от лица, сочетающееся с тактильным контактом и проговариванием и пропеванием потешек, коротеньких стишков, песенок максимально тонизирует ребенка и усиливает его лепетную и речевую активность.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Успешность коррекционной работы зависит не только от исходной тяжести варианта аутистического развития ребенка, но и от максимально

раннего начала этой работы и степени включенности в нее близких ребенка. Понятно как важно своевременно ориентировать родителей на специальную работу по отлаживанию ранних форм эмоционального взаимодействия с малышом, по постепенному увеличению его выносливости и заинтересованности в контактах с близким человеком и уже через него – с окружающим миром.

Раннее выявление признаков аффективного неблагополучия не означает раннюю постановку диагноза и категоричное сообщение о нем родителям ребенка. Это может напугать, спровоцировать их тревожное, растерянное, подавленное состояние. Вместе с тем, важнейшей задачей, которая стоит перед специалистом, является убеждение близких ребенка в необходимости регулярных и интенсивных занятий по эмоциональному тонизированию малыша, обучение ранним играм и формам взаимодействия, построенных на зрительном и тактильном контакте, в которых возникают, закрепляются и развиваются моменты «эмоционального заражения», совместного переживания положительных впечатлений, разделенного внимания.

Характерные признаки аутистического развития могут проявляться в раннем возрасте по-разному. Они выражаются с большей или меньшей интенсивностью, начинают проявляться сразу, либо проходит какой-то этап относительно благополучного развития с едва уловимыми тенденциями будущего неблагополучия. Поэтому и родители оказываются в разном положении: состоянии изначального беспокойства и внезапном осознании того, что блестяще развивающийся ребенок имеет столь серьезные проблемы.

В части случаев у родителей ребенка, особенно у матери, первые тревоги возникают еще задолго до 2,5 лет. Однако, к сожалению, у нас нет практически служб помощи детям раннего возраста с угрозой неблагополучного аффективного развития. Специалисты, к которым традиционно могут обратиться родители (педиатр, невропатолог, ортопед) не могут оказать достаточную помощь в плане ранних коррекционных воздействий. Даже чутко откликаясь на сомнения мамы, каждый специалист видит отклонения прежде всего в своей области.

Поэтому, очень часто, судя по историям развития аутичных детей, мы видим процесс ранней диагностики, идущий со знаком “минус”: сначала

подозревали детский церебральный паралич - этот диагноз был снят; потом думали о снижении слуха - не подтвердилось. Конечно, в случаях даже малейшего подозрения о возможностях нарушения моторики, речи, восприятия, каких-то знаках органического происхождения, необходимо проверить эти сомнения, так как более ясную диагностическую картину может дать только время и страшно пропустить какое-то ранее проявление, например, нарушения тонуса, либо признаки эпи-готовности (что встречается и при раннем детском аутизме) - все это требует специальных воздействий. Вместе с тем, часто оказывается, что все эти подозрения не подтверждаются, и серьезных проблем в исследуемых областях у ребенка нет или своевременная помощь (например, массаж при задержке моторного развития) их достаточно быстро компенсирует. Однако у мамы остается постоянное ощущение неблагополучия, которое часто бывает трудно сформулировать как конкретную жалобу.

В большинстве случаев у родителей возникает беспокойство к моменту нарастания трудностей или необычности поведения ребенка ближе к 2 - 2,5 годам. Например, разладился сон, появились какие-то выраженные страхи или навязчивые движения, стала уходить речь, ребенок перестал реагировать на обращения и др. Обычно это привязывается к какой-то болезни или к какому-то тяжелому переживанию малыша, к возникновению стрессовой для него ситуации. Например, мама вышла на работу, а ребенок стал оставаться в чужом доме у родителей отца, которых раньше видел редко; или малыш гостил летом у бабушки в деревне - ("Там вроде бы он был в порядке, но когда привезли домой - почти перестал говорить"); или была неудачная попытка отдать в ясли; или он перенес какое-то серьезное соматическое заболевание; или, наконец, просто тяжело резались зубы (так, у одной девочки в 1 год 8 месяцев именно в это время начались сильнейшие крики по ночам, оформились страхи, стала пропадать речь). Выдвигаемые объяснения вполне понятны: ведь формирующаяся детская психика так хрупка, но она и пластична. Однако, в данном случае, неблагоприятная ситуация проходит, а проблемы не только уменьшаются, но, наоборот, начинают нарастать и фиксироваться.

Родители естественно обращаются за помощью к невропатологу или психоневрологу, получают рекомендации по медикаментозному лечению ребенка. В большинстве случаев специалист высказывает предположение о



психическом заболевании. Мысль о столь “страшном диагнозе” обычно является шоком для родителей. Теперь закономерно в хроническую стрессовую ситуацию попадают близкие ребенка. Одни в стремлении “снять диагноз” пытаются попасть на консультации других специалистов и ходят кругами в надежде услышать другое мнение. Другие наоборот сразу обреченно принимают диагноз, тщательно выполняют все медикаментозные предписания, но впадают при этом в тяжелую депрессию. Третьи активно отказываются принять предполагаемый врачом неблагоприятный прогноз и стараются доказать, что ребенок не безнадежен. Чаще всего разные позиции встречаются в одной и той же семье - по-разному смотрят на малыша мать и отец, родители и старшее поколение, те, кто с ним проводит большую часть времени, и те, кто видит его изредка или со стороны.

Крайне важно понять, как складываются отношения близких с ребенком в таких непростых условиях, какой положительный и отрицательный опыт они уже приобретают в контактах с ним до того времени, как попали на консультацию к специалисту и получили необходимые рекомендации, как они сами оценивают этот опыт, какими им представляется динамика психического состояния ребенка и дальнейшие перспективы. Конечно, все истории этих сложных взаимоотношений, также как и истории развития самих детей, которым в итоге был поставлен ранний детский аутизм, по-своему уникальны. Однако можно выделить наиболее характерные установки родителей на понимание особенностей ребенка и подходы в его воспитании. Рассмотрим некоторые из них.

#### **Вариант первый.**

Обычно это очень преданные родители, стремящиеся как можно скорее исправить положение. Они делают отчаянные попытки преодолеть трудности - несмотря ни на что, привлечь внимание ребенка, наладить с ним взаимодействие достаточно директивным путем - пересилить “упрямство”, заставить, не идти у него на поводу. Достаточно часто такую роль берет на себя кто-то один, например - отец, которому кажется, что мама слишком балует, во всем уступает прихотям малыша и поэтому он совершенно ее не слушается, не знает слова “нельзя”. И дело здесь совсем не всегда в какой-то особой

жесткости стиля воспитания. Обычно отец, проводящий большую часть времени на работе, не имеет возможности постоянно видеть ребенка и убедиться в том, что его отчаянные требования неизменности окружения, в том числе - постоянного присутствия матери, какие-то пристрастия, пресыщаемость в контактах - больше, чем каприз, трудности обучения обычным бытовым навыкам - самостоятельного держания ложки в руке, освоения горшка - больше, чем нежелание. К тому же, как мы уже неоднократно говорили, у малыша умный взгляд, иногда в своей логике поведения он может продемонстрировать сообразительность и способность, что естественно повышает к нему уровень требовательности. И, конечно, жалко измученную маму, которую он может буквально тиранить. Надо сказать, что такой директивный, не терпящий возражений подход (особенно если он осуществляется в спокойной, бесстрастной форме) иногда срабатывает - ребенок действительно может однократно выполнить инструкцию и организовать себя. Но, к сожалению, очень непродолжительно, и это не оказывает решающего влияния на его развитие. Такая экстремальная необходимость "собраться" требует от ребенка такого напряжения, что в итоге он разряжается опять же на матери или в ее присутствии. С другой стороны, постоянное превышение реально доступного малышу уровня взаимодействия может спровоцировать возникновение новых и даже более острых поведенческих проблем - фиксированных страхов, в том числе своих близких, нарастающего негативизма, агрессии - все это приводит к еще большему уходу от контакта, большим сложностям повседневной жизни.

#### **Вариант второй.**

Как правило, это очень чуткие, бережно подходящие к малышу родители. Поэтому они занимают скорее выжидательную позицию. Почувствовав, что ребенку комфортнее со своими не всегда понятными занятиями, родители перестают пытаться в них активно вмешиваться, пассивно принимают его таким, какой он есть; поддерживают лишь те ограниченные формы взаимодействия, против которых он не протестует или которые он активно требует. Обычно при этом близкие очень тонко чувствуют состояние малыша, знают, что ему может понравиться, но еще больше - что может вызвать его негативную реакцию. Поэтому они сверхосторожны, не пытаются сами хотя бы немного изменить сложившиеся стереотипы отношений с ним, строго

соблюдают все его привычки, “запреты”, требования. Понятно, что таким образом родители с годами настолько втягиваются в этот патологический замкнутый круг, проживая изо дня в день один и тот же ограниченный сценарий, что зачастую сами поддерживают сохранение стереотипности в поведении ребенка. При этом складывающееся ощущение постоянной однообразности, отсутствия движения, переживание собственной беспомощности часто порождают у них депрессивное состояние. В таком состоянии невозможно эмоционально отреагировать на прорвавшуюся живую реакцию малыша, адекватно поддержать его редкую инициацию контакта, наконец, сохранять в семье атмосферу взаимопонимания, душевной поддержки и безопасности. Таким образом, невольно возникает как бы вторичная аутизация ребенка и, в итоге, ограничение возможностей его развития.

### **Вариант третий.**

Такие родители демонстрируют более естественный и гибкий подход: активный, направленный, но вместе с тем и осторожный. С одной стороны, он выражается в постоянном внимании к каждому проявлению активности ребенка, которое может быть использовано для коммуникации и исследования окружения. Вместе с тем, не упускается и малейшая возможность спровоцировать такую активность. Избегается давление на ребенка, но интуитивно используются приемы непроизвольного включения его в ситуацию объединенного со взрослым внимания- комментирования того, на что смотрит малыш; того, что он делает.

Такой подход, безусловно, самый продуктивный. Даже когда развитие ребенка очевидно идет по аутистическому типу, мы видим, что при всем при том, в этих условиях не теряется окончательно связь ребенка с близкими, не накапливается тяжелый груз преимущественно негативного опыта взаимодействия с ними и складываются постепенно рычаги эмоциональной регуляции его поведения. Из историй развития детей нам удастся почерпнуть много блестящих родительских находок в формировании этих рычагов управления психическим развитием ребенка. Приведем несколько примеров.

*Пример первый.* Младенец демонстрировал слишком большую избирательность в общении - признавал только маму, улыбался только ей и то ограниченно и редко. Отец, сильно переживавший эту ситуацию, постарался

понять, когда малыш ей улыбается. Оказалось, что улыбка возникает всегда, когда мама подходит к сыну в определенном халате, красочный орнамент на котором ему, видимо, очень нравился. То есть оживление ребенка, усиление его гуления, улыбка возникали, прежде всего, на мамин халат, а не на ее лицо и голос. Тогда папа стал регулярно надевать этот халат, подходя к малышу, и “срывать” его улыбку. Одновременно он подставлял ребенку свое улыбающееся лицо, так постепенно стало возможным непосредственное эмоциональное “заражение” - улыбка провоцировала улыбку. Внешне эмоциональное общение отрабатывалось как бы механистически, однако на самом деле для запуска механизма аффективного “заражения” и возможной на его основе синтонности переживаний не хватало дополнительной стимуляции, она была найдена и очень разумно использована.

*Пример второй.* Родителей беспокоило то, что младенец мало гулил и замолкал, когда кто-нибудь из взрослых пытался подхватить его звуки. Тогда они стали гулить сами - друг перед другом в присутствии ребенка, но не обращаясь прямо к нему. Подобное “представление” очень занимало малыша, он оживлялся, радовался и в итоге тоже начинал им вторить.

*Пример третий.* Близкие ребенка постоянно с раннего возраста сталкивались с тем, что малыша было очень трудно произвольно сосредоточить на чем-либо: на игрушке, картинке, на своем лице. С полутора лет его любимым занятием было раскачивание на качелях - и на улице и дома. Тогда мама и бабушка стали подсовывать малышу книжку, картинку, игрушку во время качания. Получалось, что пока качели удалялись - приближались, он успевал передохнуть, но в то же время он никуда не уходил окончательно, он мог бросать взгляд на расстоянии - таким образом, нужное впечатление и информация давались дозированно, ритмично, но в результате - достаточно длительно. Также на качелях некоторые дети к двум годам осваивали буквы, которые показывали и называли родители; начинали под ритм движения качелей повторять стихи. На качелях же легче возникало эмоциональное заражение от лица взрослого, получался самый первый вариант “прятки”, когда мама прячет лицо и открывает (известно, какой восторг при этом испытывают младенцы) - таким образом происходило сосредоточение на ее лице.

Родители, владеющие даром такого подхода, конечно, тоже прекрасно чувствуют состояние своего малыша, в большинстве ситуаций хорошо его понимают. Однако, им самим тоже нужна постоянная поддержка. Ежедневный, требующий огромной и психической и физической выносливости кропотливый труд, в ответ на который то возникает какое-то ответное движение ребенка, то нет, то он обнадеживает, то разочаровывает; постоянная тревога за его будущее; вынужденное ограничение собственных отношений с миром, частое непонимание окружающих и даже родных - вот те постоянные условия, в которых живут и борются за своего малыша его близкие. Конечно, временами не хватает сил и опускаются руки, возможны даже серьезные срывы и ошибки, не всегда ощущается положительная динамика состояния ребенка. Быстрое привыкание к новым возможностям малыша, а иногда и некоторая их недооценка, либо, напротив большое желание принять отдельные признаки зарождающейся способности за умение, которое должно стабильно проявляться - естественные последствия каждодневной жизни с ребенком и невозможности стать на позицию "объективного наблюдателя" со стороны. Кроме того, часто новые способы реагирования ребенка, новые особенности его поведения трудно оценить однозначно. Например, малыш стал агрессивным или жадным, или у него появились страхи, или он стал требовать постоянного присутствия мамы - что это "плюс" или "минус"? Для того, чтобы адекватнее оценить эти и другие изменения, нужно хорошо помнить "точку отсчета" - исходный уровень возможностей его взаимодействия с окружением и рассматривать появившиеся новообразования в сравнении с ним и в общем контексте поведения. Например, появление страхов у ребенка, у которого раньше не было чувства края, который спокойно мог убежать от мамы, не реагировать на боль свидетельствует, безусловно, о положительной динамике психического развития - о зарождении нового уровня в его контактах с миром. Если малыш, раньше индифферентно относившийся к близким, стал проявлять сверх привязанность к маме, или ранее ничего не просящий ребенок стал "надоедать", приставать к родителям, а пассивно подчиняемый - проявлять негативизм и агрессию - это, конечно, усложняет жизнь всей семьи, создает часто новые серьезные проблемы, но не говорит о том, что ребенку стало хуже.

Адекватная оценка изменений, происходящих с ребенком нужна не только для того, чтобы понять, правильно ли было организовано взаимодействие с ним, но и в каком направлении надо двигаться дальше, к освоению каких следующих новых способов взаимодействия с окружением его следует осторожно подводить. Именно поэтому рядом с близкими постоянно должен быть специалист, который поможет адекватно оценить движение в развитии малыша и продумать следующий его шаг.

#### **Основная литература:**

1. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь /Никольская О.С. и др. – М.: Полиграф-сервис, 2003.
2. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). –М.: Теревинф, 2007.
3. Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития. – М.: Полиграф, 2001.
4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М Аутичный ребенок. Пути помощи. - М.: Теревинф, 1997

### **Глава 8. Организация работы в службе ранней помощи**

Актуальное социально-экономическое и демографическое положение, сложившееся в России в последние десятилетия, и необходимость соответствовать общемировым тенденциям развития цивилизации требуют проведения в жизнь государственной политики и управленческих решений, направленных на всемерное содействие улучшению человеческого потенциала, оптимизацию развития и реализацию индивидуальных возможностей каждого ребёнка, начиная с раннего детства. В этой связи особую важность приобретает диагностика раннего развития и своевременная комплексная медико-психолого-педагогическая работа с проблемным ребенком и его семьей, т.е. ранняя помощь. Система ранней помощи может обеспечивать максимально возможный охват детей с нарушениями в развитии на ранних этапах онтогенеза, формируя базу для своевременной профилактики вторичных по своей природе нарушений в развитии, максимально эффективной коррекции уже возникших нарушений взаимодействия ребенка с окружающим миром, а также

оптимального включения родителей в коррекционную работу. Одной из форм оказания психолого-педагогической и медико-социальной помощи семьям с проблемными детьми младенческого и раннего возрастов могут быть службы (отделы) ранней помощи.

В целях оказания своевременной систематической медико-психолого-педагогической помощи детям групп биологического и социального риска, детям с выявленными отклонениями в развитии; психологической помощи и консультативно-методической поддержки их родителей (законных представителей) в организации воспитания и обучения ребенка, его социальной адаптации и формирования предпосылок учебной деятельности в образовательных учреждениях рекомендуется организовывать службы ранней помощи как структурные подразделения (отделы) этих учреждений. В дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего или комбинированного видов (при уже сложившемся материально-техническом и кадровом обеспечении), а также в специальных (коррекционных) школах рекомендуется организовывать службы ранней помощи по профилю учреждения. Службы (отделы) ранней помощи могут открываться в структуре дошкольных общеобразовательных учреждений, учреждений дополнительного образования и в различных центрах образования: в центрах диагностики и консультирования; психолого-медико-социального сопровождения; психолого-педагогической реабилитации и коррекции; лечебной педагогики и дифференцированного обучения и других. При обеспечении соответствующих условий службы (отделы) ранней помощи могут функционировать как узкопрофильные, оказывающие помощь только определенным категориям детей и их семей, так и многопрофильные структуры, способные проводить диагностические и коррекционно-развивающие мероприятия для детей групп риска и детей выявленными отклонениями в развитии. Подобный подход позволяет наиболее успешно использовать сетевой организационный и кадровый ресурс дошкольного или школьного образования, ресурс психолого-педагогических и медико-социальных центров или иных центров и учреждений образования, приблизить коррекционную помощь к месту жительства ребенка, охватить ею как можно большее количество семей с детьми групп риска и с выявленными отклонениями в развитии.

Службы (отделы) ранней помощи открываются в помещениях, отвечающих педагогическим, санитарно-гигиеническим требованиям и правилам пожарной безопасности. Службы (отделы) оснащаются необходимым инвентарем, игрушками, пособиями и оборудованием в установленном порядке для специальных (коррекционных) образовательных дошкольных учреждений и учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

Целесообразно организовать работу служб (отделов) как в утренние часы, так и в вечернее время, а также в субботные и воскресные дни (в зависимости от режима работы дошкольного образовательного учреждения или центра). График их работы составляется с учетом потребностей родителей (законных представителей).

Деятельность службы (отдела) основана на семейно-ориентированном подходе, предполагающем работу со всей семьей. Ребенок при таком подходе является частью семейной системы, а его возможности и потенциал развития рассматриваются в контексте семейных отношений.

Служба (отдел) ранней помощи – система ценностная и не может организовывать свою работу без продуманных ценностных оснований, определяющих ориентиры в деятельности организации. Система ценностей предопределяет миссию службы, которая вырабатывается всем коллективом с учетом потребностей заказчика, клиента и учитывает реальные возможности коллектива специалистов службы (отдела).

Служба (отдел) ранней помощи основывает свою работу на следующих **принципах**:

**открытости** – способности к обмену информацией с социумом, со специалистами внутри службы, с родителями, лицами их замещающими, способности отвечать на запрос социума, организаций, родителей, родительских ассоциаций, перестраивая, изменяя и развивая систему помощи;

**партнерства** – установление партнерских отношений с организациями, учреждениями, фондами, родительскими организациями, семьей ребенка, ребенком и его ближайшим окружением;

**командного междисциплинарного подхода** – совместной комплексной работы команды специалистов, разделяющих общую миссию, цель и задачи



деятельности службы (отдела) ранней помощи, обменивающихся информацией, использующих приемы делегирования полномочий, активно взаимодействующих друг с другом и с семьей проблемного ребенка в своей профессиональной деятельности;

**профессиональной ориентации на взаимодействие с семьей проблемного ребенка** - содействие и укрепление семейных ценностей, семьи в целом, как социального института, создание условий для домашнего воспитания детей раннего возраста с проблемами в развитии;

**добровольности** – выстраивание отношений с организациями-партнерами, семьей и социальным окружением ребенка на добровольных началах при обоюдном желании;

**конфиденциальности** – неразглашение служебной и профессиональной информации о ребенке и его семье, без согласия всех членов семьи, кроме случаев, определенных Законодательством РФ.

**Целью** работы службы (отдела) ранней помощи может быть оказание психолого-педагогической и медико-социальной поддержки и сопровождение семьи, воспитывающей проблемного ребенка первых трех - четырех лет жизни, для содействия его оптимального развития и социализации в обществе.

В связи с поставленной целью может быть определен **базовый круг задач**, решаемый службой (отделом) ранней помощи:

1. Информирование родительских, общественных и профессиональных организаций о работе службы ранней помощи, ее миссии, цели и задачах. Работа с ближайшим социумом по формированию позитивного отношения к ранней помощи и службе ранней помощи, к семьям с проблемными детьми и детьми-инвалидами.

2. Выстраивание взаимодействия с учреждениями здравоохранения, социальной защиты, образования для обеспечения своевременного выявления детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, для организации дополнительного медицинского обследования и/или обеспечения квалифицированной профильной медицинской помощью, а также для определения оптимальных путей дальнейшего дошкольного и школьного образования или получения услуг в сфере дополнительного образования.

Создание партнерской сети службы (отдела) ранней помощи из организаций здравоохранения, социальной защиты и образования.

3. Планирование и организация процесса комплексной диагностики функционирования семьи и развития ребенка групп риска и ребенка с выявленными отклонениями в развитии.

4. Планирование, организация и оказание комплексной помощи ребенку группы риска и ребенку с выявленными отклонениями в развитии.

5. Планирование и организация процесса оказания информационно-просветительской, консультативно-методической и психологической помощи семье, сопровождение семьи на всем протяжении ее нахождения в службе. Планирование и организация психотерапевтической помощи семье.

6. Содействие семье в дальнейшем переходе в систему дошкольного и школьного образования.

7. Планирование и организация процесса непрерывного профессионального образования специалистов службы (отдела) ранней помощи.

8. Планирование и организация процесса управления службой (отделом) ранней помощи.

Участниками образовательного процесса в службе (отделе) ранней помощи являются дети, их родители (законные представители), педагогические, психологические, медицинские, социальные, инженерно-технические и юридические работники учреждения.

Содержание образовательного процесса в службе (отделе) ранней помощи определяется программой дошкольного образования и индивидуальными особенностями воспитанников (возраст, структура нарушения, уровень психофизического развития и т.п.), т.е. образовательный процесс может осуществляться с использованием индивидуально ориентированных коррекционно-развивающих программ. Педагогический коллектив самостоятелен в выборе программы из комплекса вариативных общеразвивающих и коррекционных программ.

**Клиентами службы (отдела) ранней помощи** являются семьи с проблемными детьми первых трех - четырех лет жизни: с выявленными отклонениями в развитии, дети с нервно-психическими нарушениями, которые могут приводить к проблемам в развитии в будущем; дети групп

биологического и социального риска. В службу (отдел) ранней помощи принимаются дети от нескольких дней жизни до 3- 4-х лет по заявлению родителей (законных представителей) и/или направленные другими образовательными, медицинскими или социальными учреждениями с согласия родителей (законных представителей) на основании медицинской справки о состоянии здоровья ребенка.

**Показаниями** для направления семьи с ребенком от рождения до трех - четырех лет в службу (отдел) ранней помощи могут быть следующие проблемы со здоровьем и развитием детей:

1. Дети с выявленными отклонениями в развитии – с нарушениями слуха и зрения, опорно-двигательными нарушениями, генетическими синдромами, наследственно-дегенеративными заболеваниями, врожденными аномалиями развития, органическим поражением ЦНС, эпилепсией, подозрением на ранний детский аутизм и другими нервно-психическими нарушениями.

2. Дети биологической группы риска – недоношенные, перенесенные, дети, чьи матери переболели инфекционными и вирусными заболеваниями во время беременности (краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз и др.), малыши, у которых мамы страдали токсикозом беременности, дети, рожденные в асфиксии и перенесшие родовую травму; младенцы с гемолитической болезнью новорожденного; малыши, перенесшие детские инфекции (грипп, паратит, скарлатина, корь и др.), дети, которым во время родов или в период пребывания в детской больнице делали искусственное дыхание или проводили приемы реанимации; младенцы, получившие при рождении низкие баллы по шкале Апгар; дети из семей, имеющих высокий риск нарушений зрения, слуха, опорно-двигательные нарушения, нарушения речи и интеллекта.

3. Дети социальной группы риска – дети из семей социального риска; дети родителей, имеющих психические заболевания, страдающие алкоголизмом, наркоманией; дети от малолетних родителей; дети из семей, направленных социальными службами; дети из семей беженцев и переселенцев; дети из двуязычных семей и другие.

Зачисление семей с детьми в службу (отдел) производится на основании заявления родителей (законных представителей) и заключения психолого-медико-педагогического консилиума службы (отдела) ранней помощи в порядке, определяемом Уставом учреждения. Прием в нее может проводиться в течение всего учебного года по мере поступления заявлений от родителей (законных представителей) и при наличии свободных мест.

Перечень должностей работников службы ранней помощи определяется в соответствии с приказом Минобразования РФ и Госкомвуза РФ от 31 августа 1995 г. №463/1268, приказом Минобразования РФ, Госкомвуза РФ от 14 декабря 1995 г. № 622/1646 и постановлением Минтруда России от 6 июня 1996 г. № 32, а также на основании миссии, цели и основных задач деятельности, отраженных в Уставе учреждения, уровня и направленности реализуемых образовательных программ, структуры службы (отдела) ранней помощи.

**Примерное штатное расписание:**

1. Руководитель службы (отдела);
2. Зам. рук. службы (отдела);
3. Координатор;
4. Методист;
5. Социальный работник;
6. Педагог-психолог (в соответствии с нормативом);
7. Учитель – логопед;
8. Сурдопедагог;
9. Тифлопедагог;
10. Учитель-дефектолог;
11. Музыкальный руководитель;
12. Педагог дополнительного образования;
13. Врач педиатр;
14. Врач детский невролог;
15. Врач детский психиатр;
16. Врач ЛФК;
17. Врач офтальмолог;
18. Врач сурдолог;
19. Специалист по ЛФК и массажу;

20. Медицинская сестра;
21. Медицинская сестра – ортоптистка;
22. Сурдотехник;
23. Специалист (по одному специалисту на каждый профиль работы);
24. Обслуживающий персонал.

Количество ставок по соответствующей должности определяется исходя из статуса учреждения, цели, задач, направлений деятельности и структуры службы (отдела), отраженных в Уставе учреждения, а также на основе изучения потребностей населения и количества нуждающихся в ранней психолого-педагогической и медико-социальной помощи детей и их семей.

Тарифно-квалификационные характеристики по должностям разрабатываются в соответствии с нормативными актами и ведомственной принадлежностью. Количество рабочих часов в неделю для каждого сотрудника определяется занимаемой должностью в соответствии с тарификационной системой.

**Права и обязанности** специалистов и обслуживающего персонала службы (отдела) определяются правилами внутреннего трудового распорядка и Уставом того государственного учреждения, на базе которого она создана. Руководство и контроль за хозяйственно-финансовой, педагогической и медицинской деятельностью осуществляется администрацией того государственного учреждения, на базе которого она создана.

#### **Примерный перечень функций службы (отдела) ранней помощи.**

##### *Информационно-просветительская деятельность.*

Специалисты службы ведут работу по разъяснению основных принципов ранней помощи, ее сути, направлений деятельности, миссии, цели и задач, информируют о перечне услуг, предоставляемой службой. Планируют и осуществляют работу с ближайшим социумом по формированию позитивного отношения к ранней помощи и службе ранней помощи, к семьям с проблемными детьми и детьми-инвалидами. Информационно-просветительская деятельность проводится с учреждениями здравоохранения, социальной защиты и образования, расположенными на территории муниципального образования. Планируется и осуществляется совместная работа со средствами массовой информации и учреждениями культуры, а также с общественными и

негосударственными учреждениями, союзами и родительскими организациями. Издаются буклеты, справочники, визитки службы. Планируется и проводится работа в сети Интернет по широкому ознакомлению социума с деятельностью службы. Организуются конференции, семинары, круглые столы, форумы и другое.

*Организационно-координационная деятельность.*

Включает процесс налаживания и поддержания взаимодействия с учреждениями здравоохранения, социальной защиты, образования для обеспечения своевременного выявления детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, для организации дополнительного медицинского обследования и/или обеспечения квалифицированной профильной медицинской помощью, а также для определения оптимальных путей дальнейшего дошкольного и школьного образования или получения услуг в сфере дополнительного образования. Предусматривает создание партнерской сети из организаций здравоохранения, социальной защиты, образования; из общественных и негосударственных учреждений, союзов и родительских организаций на добровольной основе. Планирует и организует взаимодействие с Вузами и институтами повышения квалификации для осуществления непрерывной подготовки специалистов.

*Деятельность по осуществлению комплексной медико-психолого-педагогической диагностики.*

Организация и проведение скрининга развития ребенка, как на базе самой службы, так и на базе детских поликлиник, медицинских стационаров, учреждений для детей-сирот, учреждений культуры и социальной защиты на территории муниципального образования. Организация и проведение комплексной медико-психолого-педагогической оценки развития и состояния ребенка, комплексной оценки причин, приводящих к отклонению в развитии; функциональной диагностики позитивных и негативных тенденций в развитии ребенка. Психологическая диагностика кризисных состояний, психологическая диагностика функционирования семьи.

*Деятельность по психолого-педагогическому консультированию, помощи и реабилитации.*

На основе комплексной диагностики развития ребенка формируется программа развития ребенка, проводится консультирование семьи, психологическая помощь, поддержка семьи. Организуется работа с семьей ребенка по реализации индивидуальной программы развития, определяется наилучшая форма организации работы: домашняя помощь (домашнее визитирование); индивидуальное консультирование и/или индивидуальные занятия на базе службы; подгрупповая работа или их сочетание. Осуществляется поддержка и сопровождение семьи при переходе в другие образовательные учреждения. Психолого-педагогическое консультирование, помощь и реабилитация использует модели педагогической помощи, психологической помощи и/или их сочетание.

*Профилактическая деятельность.*

Направлена на работу с семьями детей групп биологического и социального риска для создания оптимальной социальной ситуации развития ребенка, минимизации влияния негативных факторов в их развитии. Планируется и организуется как на базе службы ранней помощи (группы развития, лекотека, игровые группы и прочее), так и на базе лечебно-профилактических учреждений.

*Деятельность по психолого-педагогическому информированию.*

Планируется и организуется работа с семьей проблемного ребенка и его окружения по их информационно-просветительской поддержке в форме лекций, занятий в клубе, семинаров, круглых столов, форумов, деловой игры, беседы. Может быть организован телефон доверия, а также дистанционные формы просвещения и информирования.

*Развивающая деятельность.*

Осуществляется работа по развитию познавательных, социально-эмоциональных, творческих потребностей детей через организацию развивающего безопасного игрового пространства и взаимодействия со сверстниками; помощь родителям с налаживанием отношений с детьми, помощь родителя и детям при взаимодействии с другими детьми и их родителями, предоставление родителям информации о возрастных возможностях детей и их потребностях.

*Медицинское консультирование и помощь.*

Планируется и осуществляется, если ресурсы центра или службы позволяют организовать медицинское консультирование и помощь, оказываемую семье и ребенку врачом педиатром, детским неврологом, детским психиатром, врачом ЛФК и другими специалистами.

*Психотерапевтическая деятельность.*

Планирование и организация психотерапевтических процедур, оказывающих помощь семье или ближайшему социальному окружению ребенка.

*Методическая деятельность.*

Осуществление работы по анализу, систематизации и подбору эффективных методик и технологий оказания помощи семье с проблемным ребенком. Организация работы методического кабинета, методических объединений специалистов и прочее.

*Научно-экспериментальная деятельность.*

Планируется и организуется на этапе развития службы при поддержке научно-исследовательских учреждений, лабораторий, центров и кафедр.

*Деятельность по непрерывному повышению квалификации.*

Включает в себя процессы самообразования и профессионального сопровождения в процессе практической деятельности, осуществляемое высококвалифицированными кадрами, а также специалистами ресурсного центра или специалистами системы повышения квалификации.

*Деятельность по созданию и развитию коллектива и междисциплинарной команды специалистов.*

Планирование и организация работы команды специалистов на основе общности в понимании миссии, цели и задач службы ранней помощи, широкого и постоянного обмена информацией, профессионального взаимопроникновения, доверия и партнерства. Планирование и организация работы команды, организация тренингов по разделению общности целей, обмену информацией, взаимодействию и прочим вопросам.

*Деятельность по материально-техническому обеспечению службы.*

Планирование и организация деятельности по обеспечению службы необходимыми материальными ресурсами.

*Деятельность по управлению службой.*



Включает в себя различные виды управляющих функций и действий – планирование, прогнозирование, анализ, моделирование, организация, распорядительство, руководство, координация, принятие решений, отчет, контроль, оценка, информирование, стимулирование и прочее.

**Возможные формы обслуживания семьи и ребенка в службе (отделе) ранней помощи.**

В работе службы (отдела) ранней помощи могут быть использованы однократное консультирование семьи и ребенка; кратковременное консультирование, индивидуальные и групповые занятия (от 2 до 5-6 встреч, занятий); долговременное консультирование, индивидуальные и групповые занятия (до нескольких лет). Могут использоваться индивидуальные и/или групповые (подгрупповые) формы работы, ориентированные как на ребенка и его семью, так и только на взрослых членов семьи или ближайшее окружение ребенка.

Индивидуальное педагогическое консультирование семьи и ребенка и /или индивидуальные занятия с ребенком в присутствии родителей на базе службы проводится 1-3 раза в неделю, в зависимости от потребности и возможностей семьи, а также индивидуальных особенностей ребенка. Длительность консультирования и занятий от 1 часа до 1 часа 30 минут.

Индивидуальное психологическое консультирование родителей и ребенка или только родителей, а также индивидуальная психотерапевтическая помощь определяется потребностями и возможностями семьи. Длительность консультирования от 1 часа до 1 часа 30 минут.

Индивидуальное консультирование на дому (домашнее визитирование) или индивидуальные занятия на дому организуются в зависимости от возможностей семьи и ребенка, возможностей службы и ее специалистов от 1 раза в неделю до 1 раза в две недели. Длительность встречи от 2 часов до 3 часов. Форма эффективна для работы с семьей, воспитывающей ребенка младенческого возраста до 1, 5 лет или ребенка со сложными множественными нарушениями в развитии, ребенка с тяжелой двигательной патологией до 3-4 лет, а при отсутствии соответствующей дошкольной помощи этим детям - до 7 лет включительно.

Групповые (подгрупповые) формы работы с семьей и ребенком могут определяться как запросами семьи, так и возможностями службы. Групповые (подгрупповые) формы работы с семьей и ребенком могут решать различные задачи воспитания и обучения, и поэтому это могут быть адаптационные группы, группы коррекции, игровые группы, группы социально-эмоционального развития и другие.

Организовывать и проводить групповые занятия могут учитель-дефектолог (олигофренопедагог, сурдопедагог, тифлопедагог, логопед), педагог-психолог, музыкальный руководитель, специалист по ЛФК, педагог дополнительного образования, социальный педагог. Важными факторами групповой работы являются: небольшая наполняемость группы (от 2 детей со сложными нарушениями в развитии и их родителей до 6 детей и их родителей). Обязательной является работа в группе специалиста вместе с родителями и детьми, а также регулярность проведения групповых занятий и их постоянство. Длительность группового занятия 1 час, регулярность - от 1 до 3 раз в неделю.

В службе (отделе) может быть организована групповая психологическая и/или психотерапевтическая работа только с родителями ребенка, а также другие формы оказания помощи взрослому: клубы, постоянные семинары, лекции, круглые столы, телефон доверия, дистанционные формы консультирования и оказания помощи.

В структуре службы (отдела) может быть организована лекотека – библиотека игрушек. Деятельность лекотеки основана на гуманистическом подходе с использованием игровых и арт-терапевтических методов, методов проведения психопрофилактической и психокоррекционной работы.

Служба (отдел) и команда специалистов может применять стратегию сочетания различных форм работы: индивидуальной и групповой в зависимости от состояния ребенка, потребностей семьи и возможностей учреждения.

Перечень возможных форм работы в службе (отделе) ранней помощи определяется руководством и коллективом службы (отдела) в зависимости от цели, задач, направлений работы, зафиксированных в Уставе учреждения.

**Примерное распределение обязанностей в службе (отделе) ранней помощи**

### **Руководитель службы (отдела) ранней помощи**

Планирует и организует деятельность службы (отдела), осуществляет контроль за реализацией основных принципов работы службы (отдела), занимается вопросами оперативного управления, организует мониторинг для оценки эффективности деятельности службы и принятия обоснованных управленческих решений, организует и обеспечивает деятельность по взаимодействию службы с другими организациями и учреждениями (государственными и негосударственными организациями, СМИ и др.), планирует и организует работу по повышению квалификации сотрудников службы, планирует и обеспечивает техническое и методическое оснащение ее деятельности.

### **Координатор службы (отдела) ранней помощи**

Координация деятельности сотрудников службы, регистрация семей с детьми, телефонные интервью и опросы родителей; ведение банка документации по деятельности службы ранней помощи, координация деятельности специалистов, осуществляющих различные виды помощи, организация семинаров, лекций, курсов для родителей и профессионалов, организация работы по осуществлению связей с другими организациями.

### **Методист службы (отдела) ранней помощи**

Осуществляет работу по анализу, систематизации и подбору эффективных методик и технологий оказания помощи семье с проблемным ребенком. Организует работу методического кабинета, методических объединений специалистов и прочее.

В обязанности **социального работника** входит информирование семьи по вопросам социальных прав и гарантий, предоставляемых государством детям с особыми потребностями и их семьям; о деятельности государственных и общественных организаций, оказывающих необходимую помощь и услуги (просветительская работа); помощь клиентам службы в обеспечении прав и гарантий, предоставляемых государством детям с особыми потребностями и их семьям (взаимодействие со

службами социальной защиты для обеспечения реализации прав и гарантий). Принимает участие в реализации программ индивидуального сопровождения (оценивает реальные потребности семьи в социальной помощи), организует работу по поддержке семьи за счет ресурсов социума; проводит работу по направлению ребенка и семьи в другие структуры для получения дополнительной помощи, консультаций или для последующего дошкольного воспитания и образования.

**Психолого-педагогическая деятельность в службе (отделе) ранней помощи.**

В обязанности **педагога-психолога** входит оценка особенностей социально-эмоционального и когнитивного развития ребенка, оценка взаимодействия между ребенком и родителями. Работа психолога включает в себя также психологическую поддержку семьи, находящейся в ситуации кризиса, помощь в оптимизации отношений между родителями и ребенком, работу с детьми, имеющими серьезные социальное-эмоциональные проблемы и нарушения в области психического здоровья. Психолог оказывает помощь семьям, имеющим детей с особыми потребностями. Психолог также проводит профилактические программы для детей групп биологического и социального риска.

В обязанности **учителя-дефектолога, логопеда, сурдопедагога, тифлопедагога** входит: оценка особенностей развития ребенка, работа с семьей, участие в первичном приеме или работе медико-психолого-педагогического консилиума, углубленная оценка функциональных возможностей ребенка, составление индивидуальной программы развития ребенка, проведение индивидуальных и групповых занятий для детей с нарушениями в развитии; работа с семьей (просветительская работа, консультирование, организация и проведение практических занятий с родителями); оценка уровня развития ребенка, участие в работе междисциплинарной команды по созданию и реализации программ индивидуального сопровождения ребёнка и семьи; планирование и проведение работы по направлению ребенка и семьи в другие структуры после окончания программы ранней помощи; взаимодействие и координация по реализации программы ранней помощи между

сотрудниками службы; систематическое повышение своей профессиональной квалификации.

**Музыкальный руководитель** проводит коррекционные индивидуальные занятия с детьми и занятия малыми группами, подготавливает и проводит праздники, консультирует родителей по вопросам использования музыкальных средств в воспитании ребенка.

**Педагог дополнительного образования** организует и проводит работу по досугу детей и родителей, ведет кружки или занятия по творческим видам деятельности.

**Медицинская и техническая деятельность в службе (отделе) ранней помощи.** Врач-невропатолог (психоневролог) обследует состояние нервно-психического статуса детей, назначает при необходимости лечение, следит за изменениями в состоянии каждого ребенка в процессе коррекционного воздействия. Врач педиатр, офтальмолог, сурдолог, врач ЛФК занимаются вопросами медицинского обследования, лечения и контроля за состоянием здоровья ребенка в соответствии с профилем своей работы.

Медицинская сестра обеспечивает медицинский контроль за состоянием здоровья детей группы и выполняет медицинские процедуры в соответствии с назначениями врача.

Медицинская сестра-ортоптистка осуществляет плеопто-ортоптическую стереоскопическую коррекцию зрения.

Сурдотехник обеспечивает техническое обслуживание стационарной звукоусиливающей аппаратуры, индивидуальных слуховых аппаратов неслышащих детей, консультирует родителей по вопросам приспособления бытовой техники к нуждам обучения и воспитания дошкольников с нарушенным слухом.

Специалист по ЛФК и массажу в зависимости от назначений врача проводит индивидуальную работу с ребенком, может осуществлять работу в малых группах, консультирует и обучает родителей приемам ЛФК и массажа.

Список основной литературы:

1. Малофеев Н.Н., Разенкова Ю.А., Урядницкая Н.А. О развитии службы ранней помощи детям с отклонениями в развитии и детям-инвалидам в Российской Федерации //Дефектология.- 2007. - № 6.

2. Разенкова Ю.А. Система ранней помощи детям с отклонениями в развитии – приоритетное направление специального образования// Специальное образование: состояние, перспективы развития: Тематическое приложение к журналу «Вестник образования». - 2003. – N 3.

3. Разенкова Ю.А. Становление службы ранней помощи детям-инвалидам в Российской Федерации // Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития российского общества и государства. Научная сессия академий, Москва, 5-6 октября 2006 года. – М.: Наука, 2007.

Основная литература:

1. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие.- СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 1999.

2. Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России: результаты исследований - как основа для построения программы развития // Дефектология.- N 4.- 1997.

3. Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л. Институт коррекционной педагогики РАО: наука - практике на рубеже веков //Инновации в Российском образовании: Специальное (коррекционное) образование 1999. - М.: Управление специального образования МО и ПО Российской Федерации, 1999.

4. Разенкова Ю.А. Региональная политика в области ранней помощи: проблемы и перспективы /Дефектология, 2003, N 4.

5. Проект Программы создания единой государственной системы раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии / сост.Ю.А. Разенкова, Н.Д.Шматко, Е.Л. Гончарова, О.И.Кукушкина,Н.А. Урядницкая//Дефектология, 2000, №6.С.3-9