

Т.Ю. Морозова, С.В. Довбня

ШАГ НАВСТРЕЧУ

ПРОГРАММЫ
РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
В ДОМАХ РЕБЕНКА



«Дети Наши»

Благотворительный фонд

Москва
2011

УДК 37.018.324
ББК 74.003
М 801

Создано в рамках проекта «Шаг навстречу» Благотворительного фонда «Дети наши»

Иллюстрации
Наталья Никифорова

Дизайн обложки
Татьяна Орлова

Морозова Т.Ю., Довбня С.В.

М 801 Шаг навстречу: Программы раннего вмешательства в домах ребенка. — М.: Генезис, 2011. — 168 с., ил.

Большинство детей, проживающих в домах ребенка, отстает в развитии. Причины этого отставания могут быть связаны как с особенностями самого ребенка (заболевания, врожденные нарушения в развитии), так и с особенностями его жизненной ситуации (недостаток индивидуальной заботы и внимания, тяжелый опыт проживания в асоциальной семье, переживание разлуки с родными и т.д.).

Данная книга посвящена программам раннего вмешательства, которые включают в себя рекомендации по организации обучения, общения, реабилитации детей от 0 до 4-х лет, оказавшихся на воспитании в сиротских учреждениях. Такие программы позволяют по-новому взглянуть на потребности малышей и на методы оказания помощи им.

Издание предназначено для специалистов, работающих в домах ребенка (врачи, медицинские сестры, логопеды, психологи, коррекционные педагоги).

УДК 37.018.324
ББК 74.003

Оглавление

Предисловие	4
От авторов	6
Глава 1. Развитие коммуникации у детей раннего возраста.....	8
Глава 2. Социально-эмоциональное развитие детей раннего возраста	23
Глава 3. Дети с двигательными нарушениями.....	43
Глава 4. Сенсорная интеграция. Программы помощи, основанные на теории сенсорной интеграции	80
Глава 5. Зрительные нарушения.....	92
Глава 6. Дети с нарушениями слуха	107
Глава 7. Важность кормления для развития детей раннего возраста	118
Глава 8. Самоповреждающее поведение у младенцев и детей раннего возраста.....	138
Глава 9. Влияние проживания в доме ребенка на здоровье и развитие детей.....	144
Глава 10. Привлечение волонтеров к работе с детьми в домах ребенка	158

Предисловие

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Разрешите представить Вам методическое пособие «Шаг навстречу. Программы раннего вмешательства в домах ребенка». Оно явилось продолжением проекта «Шаг навстречу» Благотворительного фонда «Дети наши». Деятельность нашего Фонда направлена на помощь детям-сиротам, воспитывающимся в домах ребенка или детских домах. Бóльшая часть этих детей — социальные сироты. Их родители или родственники отказались от них или были лишены родительских прав. В том, что эти маленькие человечки остались один на один с большим миром, их вины, разумеется, нет, нашей, возможно, тоже — вот так им не повезло в жизни. Но, безусловно, общество может и должно дать этим детям шанс расти и развиваться нормально, воспитываться в гуманных условиях, способствующих становлению у них общечеловеческих ценностей. Особенно это важно на первых этапах их жизненного пути. Младенец, попавший в дом ребенка, получает хороший медицинский уход, нормальное питание (гораздо лучшее, возможно, чем в родной семье, где ребенком пренебрегали), но он по-прежнему лишен самого необходимого — материнской любви, индивидуальной заботы и ухода. Поэтому в реализации проекта «Шаг навстречу» мы постарались в первую очередь подумать о том, как в условиях коллективного воспитания обеспечить это малышам. Кто кроме родных смог бы осуществлять постоянное индивидуальное взаимодействие с ребенком? Изучив положительный опыт многих стран в оказании поддержки детям-сиротам, мы увидели массу примеров привлечения к подобной деятельности волонтеров. Организация в домах ребенка служб добровольной социально-педагогической поддержки для оказания детям индивидуальной заботы и ухода стала одним из решений этой задачи.

Другой компонент проекта — ознакомление специалистов домов ребенка с современными эффективными практиками оказания помощи детям, имеющим функциональные нарушения или проживавшим в семьях социального риска. Не секрет, что в современном мире знания — залог профессионального роста. Путь формирования грамотного специалиста требует постоянного стремления к получению сведений о новых методиках, средствах, вспомогательном оборудовании. Многие разработки в области оказания поддержки детям раннего возраста приходят к нам из-за рубежа. Для их применения нужна адаптация и апробация в российских условиях. Это достаточно сложный процесс, подразумевающий хорошее финансирование. Поэтому подобный опыт может быть не всегда доступен для всех специалистов домов ребенка, особенно в регионах, отдаленных от областных центров. К участию в проекте «Шаг навстречу» мы привлекли одних из лучших российских экспертов в области помощи детям раннего возраста: детского невролога С.В. Довбня и детского психолога Т.Ю. Морозову. Они являются авторами-разработчиками программ по раннему вмешательству, имеют опыт работы за рубежом, в течение нескольких лет являлись одними из руководителей Института Раннего Вмешательства в г. Санкт-Петербург,

входят в состав его учредителей. Разработанный С.В. Довбня и Т.Ю. Морозовой в сотрудничестве с Фондом «Дети наши» курс семинаров для специалистов домов ребенка включил в себя самые эффективные, хорошо зарекомендовавшие себя методики оказания помощи детям раннего возраста. Этот курс получил высокие оценки участвующих в проекте специалистов домов ребенка и нашел практическое применение в повседневной работе персонала с детьми. Данное издание охватывает практически все темы семинаров. Кроме того, в книгу дополнительно были включены материалы, подготовленные по просьбе специалистов, — то, с чем сталкиваются логопеды, неврологи, врачи в своей работе с малышами, — особенности развития детей с синдромом Дауна, проявления фетального алкогольного синдрома, специфика работы с детьми со спинномозговыми грыжами, кривошеей, анализ самоповреждающего поведения у детей раннего возраста и многое другое. Мы будем рады, если в предлагаемой книге Вы найдете ответы на возникающие у Вас вопросы, или если рекомендации наших экспертов помогут Вам составить эффективную программу помощи малышам, в которых Вы вкладываете Ваш труд, профессионализм и заботу.

Если в книге Вы не нашли интересующую Вас тему, напишите нам на электронную почту по адресу: info@detinashi.ru и мы постараемся сделать все возможное, чтобы подобрать интересующий Вас материал.

Проект «Шаг навстречу» уже продемонстрировал начальные результаты — это положительные изменения в жизни малышей, участвующих в проекте. Почти все из них нашли приемные семьи или были усыновлены. Дети, имеющие физические или психические нарушения, получили хорошие навыки самообслуживания и выстраивания коммуникации с ухаживающим лицом и наверняка смогут лучше адаптироваться в новом месте проживания. У всех детей отмечена хорошая прибавка в росте и весе, а также в эмоциональном и психическом развитии.

От имени Благотворительного фонда «Дети наши» мы говорим СПАСИБО всем тем, благодаря кому произошли все эти изменения. В первую очередь благодарим всех частных доноров Фонда. Без их финансовой поддержки ни проект «Шаг навстречу», ни издание этой книги не было бы возможно. Также финансовую и идеологическую поддержку проекта оказали наши единомышленники, настоящие партнеры и друзья — американская некоммерческая организация «FORO (Friends of Russian Orphans)» и персонально Лиза и Филипп Вурстер, которые не понаслышке знают о проблемах усыновленных из домов ребенка малышей. И конечно, огромная благодарность всем волонтерам общественного движения «Милосердие» — за их постоянную бескорыстную помощь, человечность и умение дарить свою искреннюю любовь тем, кто в ней так нуждается!

Отдельную благодарность мы выражаем главным врачам домов ребенка, участвующих в проекте, за их профессионализм, энтузиазм в работе, искреннюю заинтересованность в будущем своих маленьких воспитанников и неоценимую помощь в реализации проекта и сбора материалов для данного издания.

С уважением,

Ольга Бахметьева
Руководитель проекта «Шаг навстречу»
Благотворительного фонда «Дети наши»

От авторов

Данная книга предназначена для специалистов, работающих в домах ребенка, и посвящена программам раннего вмешательства.

Программы раннего вмешательства появились в США и странах Западной Европы в 50–60 годах XX века. Причина появления и развития подобных программ — в понимании того, насколько важны ранние годы жизни ребенка для его дальнейшей жизни. Именно в первые годы жизни формируется личность ребенка, его представление об окружающем мире, закладываются особенности его отношения к людям. Известно также, насколько важными являются первые годы жизни для формирования мозга и развития сенсорных систем человека.

Программы раннего вмешательства предназначены для двух основных групп детей:

- дети, имеющие функциональные нарушения (сенсорные, когнитивные, двигательные);
- дети, которые не имеют собственных нарушений, однако проживают в семьях социального риска либо в домах ребенка. Особенности окружения таких детей (недостаток индивидуальных отношений, недостаток стимуляции и опыта) могут приводить к дальнейшим проблемам и отставанию в развитии.

Программы раннего вмешательства позволяют по-новому взглянуть на потребности детей и предоставить им необходимый опыт — опыт развития индивидуальных отношений, проживания в развивающей среде, получение помощи при обучении и т.д.

В отличие от программ реабилитации, создаваемых для детей школьного возраста и взрослых, в программах раннего вмешательства уделяется особое внимание обучению людей, которые непосредственно занимаются заботой о ребенке. И это неудивительно. В реабилитационных программах для школьников и взрослых помощь оказывается в основном профессионалами (врачами, логопедами, психологами, массажистами, специалистами ЛФК и т.д.). С детьми раннего возраста большую часть времени проводят их родители или воспитатели, поэтому поддержка и обучение этих людей является центральной частью программ раннего вмешательства.

Программы раннего вмешательства включают в себя помощь взрослым, которые заботятся о ребенке. Большая часть программ направлена на то, как устанавливать и развивать отношения с ребенком, каким образом кормить, как правильно подбирать положение тела, как и во что играть и т.д. В этой книге читатель сможет найти некоторые ответы на подобные вопросы.

Программы раннего вмешательства для детей, проживающих в домах ребенка — особый вид программ. Большинство детей, проживающих в домах ребенка, отстает

в развитии. Причины этого отставания могут быть связаны как с особенностями самих детей (заболевания, врожденные нарушения в развитии), так и с особенностями их жизненной ситуации (недостаток индивидуальной заботы и внимания, тяжелый опыт проживания в асоциальной семье, переживание разлуки с родными, в случае, если ребенок был временно помещен в дом ребенка и т.д.). Использование современных подходов к организации обучения, общения, физической реабилитации детей, проживающих в домах ребенка, особенно необходимо.

Данная книга может быть полезна и интересна не только специалистам домов ребенка (врачи, медицинские сестры, логопеды, психологи, коррекционные педагоги), но и воспитателям и волонтерам, которые проводят с детьми много времени.

Содержание книги отражает основные подходы к помощи детям раннего возраста и основано на образовательной программе, которая проводилась экспертами фонда «Дети наши».

Реализация проекта «Шаг навстречу» проводилась Благотворительным фондом «Дети наши» в течение двух лет. За это время удалось построить хорошие партнерские отношения с руководителями и сотрудниками домов ребенка Нижегородской области, а также установить доверительные отношения между сотрудниками домов ребенка и волонтерами из организации «Милосердие». Все участники проекта получили уникальный опыт совместного обсуждения потребностей детей и построения программ помощи конкретным детям. Благодаря этому опыту и совместной работе они смогли по-новому взглянуть на нужды малышей и оказывать им необходимую помощь.

Глава 1

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Коммуникация — это средство социального общения, которое включает серии обменов информацией между людьми. Коммуникация предполагает передачу информации от одного человека другому и получение этой информации другим человеком. Если сообщение не принято, коммуникации не происходит.

Коммуникация у детей раннего возраста

Дети рождены, чтобы общаться, они с самого рождения настроены на социальное общение, реагируют на голос человека, выбирая его из всех других слуховых стимулов. Самый интересный для новорожденного ребенка зрительный стимул — лицо взрослого, новорожденные младенцы задерживают внимание на лице взрослого гораздо дольше, чем на других визуальных стимулах. Малыши быстро понимают, что взрослый реагирует на их плач, и начинают использовать его как форму коммуникации. Они издают различные звуки, смотрят на взрослого, улыбаются, отводят взгляд, и все это является доступной детям формой коммуникации. Когда ребенок тянет руку взрослого к какому-либо предмету, он таким образом выражает свои желания, общается.

Язык — это специальным образом организованная группа символов, принятая для определенной группы людей. Таким набором символов могут быть знаки, жесты, картинки. Эти символы могут использоваться при чтении, письме, устной речи, при использовании речевых устройств¹.

Способность пользоваться языком помогает людям эффективно организовать окружение, дает возможность взаимодействовать с другими и, в частности, влиять на них. Язык также помогает человеку понимать окружающий мир и то, чего можно от него ожидать.

Рецептивный язык — это способность понимать то, что сообщают нам другие люди.

Экспрессивный язык — это способность выражать себя и сообщать информацию собеседнику. Это слова, жесты, выбор картинок, то, что мы сообщаем с использованием речевых устройств

Речь — это вербальный язык, слова, которые мы используем.

У типично развивающихся детей есть обычный цикл взаимодействия со взрослыми, который включает инициацию взаимодействия, его продолжение и окончание. Примерно в возрасте 12 мес. у типично развивающихся детей появляется речь, до этого они в основном используют невербальные средства коммуникации.

Однако у некоторых детей процесс коммуникации и взаимодействия нарушен. Они вступают в коммуникацию и отвечают не совсем обычным образом. Если взрослый в таком случае не понимает особенностей ребенка и его коммуникации, то процесс взаимодействия нарушается. Взрослый может стать более директивным, начинает говорить больше, чем это уместно, что делает для ребенка ситуацию еще более

¹ Речевые устройства — технические устройства, которые «говорят» за человека.

непонятной. В то же время взрослые не всегда адекватно реагируют на попытки ребенка вступить во взаимодействие, а это приводит к тому, что ребенок будет все реже это делать.

Коммуникация и поведение

Любое поведение выполняет определенную коммуникативную функцию (выражает намерение человека). Когда младенец голоден или испытывает дискомфорт — он плачет. Это его реакция на дискомфорт. Родители отвечают ребенку так, как если бы это была намеренная коммуникация. Со временем ребенок учится тому, что если он плачет, его родители ответят, помогут избавиться от дискомфорта. Вскоре ребенок понимает, что у него есть средство коммуникации — он плачет, если мама не подходит достаточно быстро, он может перестать плакать, как только услышит маму.

Дети, которые только учатся использовать речь, выражают свои желания в действиях. Ребенок не может сказать «дай игрушку» — вместо этого он может оттолкнуть другого ребенка и эту игрушку забрать. Маленький ребенок также не может пожаловаться, сказать, что испугался, вместо этого он бежит к взрослому и плачет. Малыш не может сказать, что ему надоело заниматься конкретной игрушкой, и он бросает ее.

Итак, малыши выражают свои коммуникативные намерения в поведении, но это поведение не всегда нам нравится. Для того чтобы просить игрушки, отказываться, просить о помощи социально приемлемым способом, малышу нужно научиться выражать это словами. А пока ему остается только толкаться, бросать предметы или плакать. Некоторые дети, которые не могут выразить словами то, что они хотят, могут кусаться или плевать.

Очень важно показать ребенку, что мы понимаем, чего он хочет, но нам не нравится то, *как* он это делает, и научить ребенка выражать свои желания более приемлемым образом. Важно также назвать, что чувствует ребенок (например: «Я знаю, что ты сердисься»), выразив при этом свое отношение к его поведению («но драться нехорошо»). Со временем, когда ребенок научится пользоваться речью, он сможет выражать свои желания более мирно.

Некоторые дети, у которых есть трудности с самовыражением, становятся пассивными. Поскольку другие люди их не понимают, то постепенно у них снижается мотивация общаться и исследовать новое. Это часто свойственно детям с функциональными нарушениями.

Для того чтобы помочь ребенку вести себя более приемлемым образом и стимулировать его к общению и исследованию, нужно помочь ему в освоении способов коммуникации. Такой помощью может стать использование дополнительных средств коммуникации (жестов, картинок, фотографий, специальных технических средств).

Основные коммуникативные функции

- Просить то, что хочешь.
- Делать что-то по очереди.
- Отказываться (от предмета, активности, помощи).
- Делать выбор.
- Вступать в коммуникацию/выходить из общения.
- Соглашаться/отрицать.

- Комментировать.
- Сопоставлять информацию.
- Спрашивать/отвечать.
- Делиться чувствами.

Коммуникация позволяет нам быть самими собой — просить, делиться, узнавать новое.

Стадии развития коммуникации

(по материалам программы «Каролина» — Джонсон-Мартин, Аттермиер, Дженс, Хакер, 2005)

Возраст	Область развития 10. Предсловарь/словарь
3 мес.	Сигнализирует определенным образом о состоянии голода, дистресса, удовольствия.
	Издает пять или более гласноподобных или согласноподобных звуков.
6 мес.	Смеется.
	Выражает голосом три или более чувства.
9 мес.	Лепечет сочетания из гласных и согласных.
	Использует два или более жеста, ассоциируемых с языковыми понятиями («не надо», «еще», «до свидания» и др.).
12 мес.	Использует два или более слова (или жеста) для обозначения объектов или названия людей.
15 мес.	Использует три или более слова (или жеста) для обозначения объектов или названия людей.
	Использует одно или более восклицаний или жестов в соответствующих ситуациях.
18 мес.	Использует семь или более слов.
21 мес.	Осмысленно говорит или показывает «нет».
	Правильно использует пятнадцать слов или жестов.
24 мес.	Называет три или более знакомых предмета на картинке.
	Область развития 11. Имитация: звуки и жесты
6 мес.	Успокаивается при звуках человеческого голоса.
	Смотрит на человека, который говорит или жестикулирует.
	Повторяет только что произведенные звуки, когда взрослый ему подражает.
	Продолжает движение, если взрослый его имитирует.
	Изменяет собственные звуки, имитируя звуки, предлагаемые взрослым.
	Имитирует действия после того, как их совершит взрослый.
	Имитирует интонацию (например, высоту голоса).

9 мес.	Пытается подражать новым звукам.
	Имитирует незнакомые движения.
	Имитирует знакомые слова из двух слогов (мама, папа, баба).
	Экспериментирует с артикуляционными движениями, пытаясь подражать взрослому.
12 мес.	Имитирует знакомые двусложные слова, состоящие из двух разных слогов.
15 мес..	Имитирует новые односложные слова.
	Имитирует знакомые слова, услышанные в беседе.
18 мес.	Имитирует звуки окружающей среды во время игры.
21 мес.	Имитирует предложения из двух слов.
24 мес.	Имитирует слова из трех слогов.
Область развития 12. Ответы на общение	
3мес.	Соответствующим образом реагирует на голос и на выражение лица.
6 мес.	Оборачивается, когда его зовут по имени.
	Прекращает деятельность, когда его зовут по имени.
	Делает заранее выученные задания по словесной или жестовой подсказке.
9 мес.	Отвечает правильными жестами на «иди сюда» и на «пока-пока».
	Реагирует на слово «нет» (прекращает действие).
12 мес.	Идентифицирует три названных предмета или человека.
	Реагирует на просьбу «дай мне».
15 мес.	Выполняет простые команды.
	Узнает наиболее привычные предметы, когда их называют.
18 мес.	Адекватно отвечает «да» или «нет» в ответ на вопросы.
	Идентифицирует две части тела, когда их называют.
	Приносит по просьбе предметы, находящиеся в той же комнате.
21 мес.	Узнает изображения (на картинках) по крайней мере четырех животных, когда их называют.
	Узнает 15 или более обычных предметов по их изображениям (на картинках), когда их называют.
24 мес.	Понимает два или более названия категорий.
	Идентифицирует пять частей тела, когда их называют.
	Правильно выполняет три состоящие из двух частей команды, касающиеся одного предмета.
	Выполняет три различные команды, состоящие из трех частей.

	Область развития 13. Разговорные навыки
3 мес.	Улыбается человеку, который говорит и/или жестикулирует.
	Голосом выражает протест или недовольство.
6 мес.	Повторяет вокализацию и/или жесты, которые вызывают реакцию взрослого.
	Выражает интерес к игрушке или предмету через пристальный взгляд, попытку дотянуться или вокализацию.
	Долго «просит» знакомую игрушку.
	Ждет, пока взрослый, в свою очередь, сделает что-то.
	Начинает слушать — координирует наблюдение со слушанием.
	Просит, направляя внимание взрослого.
9 мес.	Выражает «хватит» и «не нравится», отворачиваясь или пытаясь оттолкнуть.
	Замечает и издает звуки, когда родитель собирается уйти.
	Взглядом выбирает партнера по коммуникативному обмену.
	Меняет громкость производимых звуков в зависимости от силы желаний.
12 мес.	Поднимает руки, чтобы его взяли на руки.
	Способен каким-то постоянным способом, не крича и не нервничая, дать понять, что он хочет, чтобы его спустили с рук.
	Играет в игры, требующие взаимодействия (например, там, где надо играть по очереди, издавая звуки, хлопая в ладоши и т.д.).
15 мес.	Использует слова или жесты, чтобы выразить желание.
	С помощью звуков или жестов просит помощи взрослого, чтобы исследовать окружающую обстановку.
18 мес.	Использует интонационные образы вокализации (или использует жесты).
	Приветствует членов семьи и знакомых соответствующим звуком или жестом.
	Просит у взрослого нужную информацию с помощью вопросительного взгляда, изменения вокализации и/или словами.
21 мес.	Использует интонационные модели предложений из одного или двух понятных слов (или соединяет узнаваемые знаки с другими жестами).
	Экспериментирует с высказываниями из двух слов (или жестами из двух знаков), чтобы добиться своей цели (например, «Иди ко мне», «Подними мишку», «Сядь, папа»).
24 мес.	Самостоятельно приветствует и прощается или использует соответствующие жесты.
	Говорит (или показывает жестами) «нет», чтобы выразить протест, когда у него что-то забирают.
	Самостоятельно использует слова (или жесты) в ролевой игре.
	Использует комбинации слов (или жестов), чтобы описать недавно случившееся событие.
	Использует слова (или знаки), чтобы попросить о чем-то.
	Отвечает на простые вопросы словами, жестами или знаками.

Итак, мы видим, что коммуникация у ребенка развивается с самого рождения. Коммуникация — это не только речь, но и невербальные средства общения. Коммуникация также включает в себя способность имитировать, просить и выполнять какие-то действия по просьбе других людей. Важным аспектом коммуникации является желание вступать в контакт и понимание того, что ребенку сообщают или что он сам хочет сообщить.

Нарушения коммуникации у детей

Американская Ассоциация речи, языка и слуха (ASHA) определяет нарушение коммуникации следующим образом:

«Нарушение способности принимать, передавать, обрабатывать и понимать понятия или вербальные/невербальные или графические символические системы. Коммуникативное нарушение может проявляться в процессах, связанных со слухом, языком и/или речью. Коммуникативное нарушение может варьироваться по тяжести от легкого до глубокого. Оно может быть приобретенным или связанным с развитием. Индивидуум может демонстрировать один аспект или любую комбинацию всех трех аспектов нарушения коммуникации. Нарушение коммуникации может быть первичным или вторичным при других нарушениях» (ASHA, 1993).

В отечественной логопедической практике традиционно принято пользоваться клинико-педагогической и психолого-педагогической классификациями нарушений речи, которые позволяют не только точно установить причины и механизмы речевых расстройств у детей и взрослых, но и оказывать действенную помощь в индивидуальной и групповой формах. Перечисленные ниже нарушения представлены в соответствии с принятой в нашей стране Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), где они включены в раздел F8 «Расстройства психологического (психического) развития».

80. Специфические расстройства развития речи и языка

F80.0. Специфическое расстройство речевой артикуляции

F80.1. Расстройство экспрессивной речи

F80.2. Расстройство рецептивной речи

F80.3. Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау—Клефнера)

F80.8. Другие расстройства развития речи и языка

F80.9. Расстройства развития речи и языка не уточненные

Трудности в освоении речи могут возникать у детей со следующими нарушениями:

- двигательные нарушения (церебральный паралич, спинно-мозговые грыжи);
- отставание в умственном развитии (синдром Дауна, синдром Ретта, другие генетические синдромы, поражения ЦНС);
- приобретенные неврологические расстройства, например, в результате травмы или энцефалита;
- нарушения слуха;
- аутизм;
- множественные нарушения развития;
- расщелины твердого и мягкого нёба, расщелины верхней губы.

Коммуникация у детей с нарушениями развития, основные сложности

Дети с церебральным параличом

- Сложности с артикуляционным аппаратом (нарушение координации языка, губ).
- Моторные затруднения — сложно или невозможно использовать жесты.

Дети с нарушением слуха

- Невозможность использовать слуховой канал для получения информации.
- Трудности в формировании речи.

Дети с синдромом Дауна

- Проблемы с артикуляцией (низкий мышечный тонус, толстый язык).
- Нарушение слуха (трудности с фонетическим восприятием; лучше воспринимают зрительную информацию, чем слуховую).
- Отставание возникновения намеренной коммуникации (появляется только в 10 месяцев).

Дети с множественными нарушениями

- Ограничения возможностей и способности получения информации по всем каналам.
- Затруднения в возможности пользоваться речью вследствие двигательных нарушений.

Такие дети нуждаются в том, чтобы им помогали вступать в коммуникацию.

Основные виды зрительного подкрепления, используемого для дополнительной коммуникации детей с нарушениями развития

Под зрительным подкреплением коммуникации можно понимать всю визуально воспринимаемую информацию, получаемую не только от людей, с которыми вступаешь во взаимодействие (их мимика, жестикуляция, направление взглядов, расстояние между говорящими и т.п.), но и из окружающей среды в целом. Зрительное подкрепление коммуникации можно организовывать специально: путем расстановки или перемещения предметов в пространстве, созданием определенных печатных материалов (программ, календарей, расписаний) и пр. (Hodgdon, 1999).

В исследовании А. Меграбяна (Mehrabian, 1972 — цит. по Hodgdon, 1999), посвященном тому, каким образом люди воспринимают информацию, показано, что:

- 56% переданной в сообщении информации воспринимается человеком визуально (через восприятие облика человека, его движений, жестов, выражения лица и т.д.);
- 37% информации воспринимается на слух (через тембр голоса, громкость, интонацию);
- и лишь оставшиеся 7% — это смысл сказанных слов.

Итак, получается, что мы воспринимаем то, что нам сообщают, в первую очередь используя зрительные составляющие этого сообщения. Что же происходит, когда ребенок не понимает или не реагирует на то, что мы хотим ему сообщить? В таком случае взрослые начинают изменять свою речь (говорить больше или громче). Чем меньше понимает нас ребенок, тем больше мы говорим. Мы «бомбардируем» детей слишком большим количеством информации, что только снижает их способность понимать. В результате коммуникация нарушается, и оба партнера — и взрослый и ребенок — недовольны.

Что же следует делать в подобных случаях? Нужно уменьшить объем сказанного и дать ребенку зрительное подкрепление каждого сообщения. Это поможет ребенку понять, что мы хотим до него донести.

Зрительный (визуальный) способ предоставления информации:

- Помогает концентрировать и удерживать внимание.
- Представляет информацию в форме, которую дети с особенностями развития могут легко и быстро понять.
- Проясняет вербальную информацию.
- Дает возможность ребенку лучше понимать причинно-следственные отношения, последовательность событий, а также абстрактные понятия, например, время.
- Обеспечивает структуру для понимания и принятия сообщения.
- Помогает при смене деятельности или местоположения.

Использование зрительного подкрепления поможет взрослым:

- Тратить меньше времени на повторение требований и инструкций.
- Снизить степень помощи, которая нужна ребенку.
- Быть более последовательными в процессе обучения.
- Быть более логичными и последовательными при общении с ребенком и инструктировании его.
- Заранее планировать изменения.

Кроме того, использование зрительного подкрепления помогает справляться с нежелательным поведением ребенка.

Формы и способы зрительного подкрепления

А. Начнем с самого простого — *с организации пространства в комнате, где находятся дети.*

Есть дети, которые слишком много бегают и мешают другим детям во время занятий. Давайте посмотрим, как можно расставить мебель, чтобы возможностей бесцельно носиться и выбегать из комнаты стало меньше. Сделаем так, чтобы у ребенка не было возможности напрямую пробежать из одного конца комнаты в другой и выбежать в дверь, — расставим мебель соответствующим образом.

Яркая табличка «СТОП!» на двери помогает некоторым детям остановиться и не выбежать из комнаты. Малыши любят, когда все делается по правилам. Вместо того чтобы ловить ребенка и выговаривать, что не следует убегать из комнаты, ему можно несколько раз показать табличку и сказать, что из комнаты можно выйти только вместе со взрослым.

Прежде чем начать занятия с ребенком, следует обратить внимание на то, как выглядит его «рабочее место». Зрительная структура рабочего места должна быть четкой, показывающей то, что ребенок будет делать. Если ребенок будет рисовать, то перед ним должны быть только бумага и карандаши (или краски), если за одним столом занимаются несколько детей, то материалы для занятий надо разложить в отдельные контейнеры, чтобы дети не мешали друг другу. Если это место для еды, то ребенка не должны отвлекать игрушки или какие-либо другие посторонние предметы. Если дети сидят за одним столом и пытаются лезть в тарелку с хлебом, отнимая его друг у друга, лучше поставить для каждого ребенка хлеб на отдельную тарелочку или положить его на салфетку.

Очень важно, чтобы в группе было спокойная зона для отдыха — место, которое дает детям отдохнуть и успокоиться. Снизим зрительные отвлечения — убедимся в том, что в комнате нет открытых полок с игрушками и пособиями, свет не слишком яркий (и не слишком тусклый!), на стене и ковровом покрытии также не должно быть слишком много отвлекающих ребенка предметов или цветowych пятен.

Б. Использование зрительного подкрепления для структурирования пространства и установления правил и границ.

Давайте представим себе, что мы находимся в супермаркете или большом торговом центре. Пространство магазина организовано таким образом, чтобы мы лучше понимали, где можно найти необходимый нам товар, но даже при этом у нас от избытка товаров часто «разбегаются глаза», и нам порой бывает нелегко найти то, что нам действительно нужно. А если бы товары находились на полках без всякой структуры (вперемешку были бы представлены хозтовары, продукты, одежда, корма для животных, посуда и т.д.), то нам пришлось бы совсем плохо. А каково малышу, который находится в комнате, где много других детей и игрушек? Малыши только учатся следовать правилам. Иногда им бывает трудно контролировать себя, ждать других, убирать за собой игрушки. Зрительное подкрепление может помочь им в этом.

Собрать группу 2—3-летних малышей на прогулку бывает очень нелегко. Они уже довольно подвижны, но им трудно ждать. Кому-то еще помогают одеваться, а кто-то уже одет и вот-вот убежит, что не очень хорошо, особенно если ребенок пытается побежать на лестницу или за дверь на улицу. Воспитателям приходится постоянно прикрикивать «Стой! Подожди! Не бегай!». Малышам может понравиться стоять на нарисованных на полу следах (у каждого свои следы — «отпечатки ножек», см. рис.1). Вместо того чтобы кричать «Не бегай», взрослый может предложить игру: «А сейчас все, кто уже одет, встали на свои следочки», — это поможет детям дождаться, пока оденут других детей.

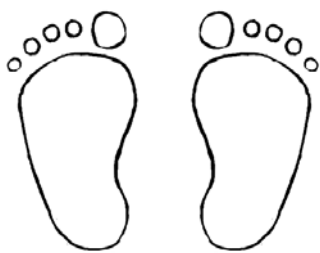


Рис. 1

Уборка игрушек — также нелегкое занятие. Ребенку будет легче, если игрушки одного типа (мячи, машинки, кубики и т.д.) будут находиться в отдельных контейнерах. На каждый контейнер желательно поместить картинку (фотографию) с изображением того, что в нем должно находиться. Помимо всего прочего, подобная организация материала может помочь детям в освоении категорий для классификации (мячики должны находиться в одном контейнере с мячиками, кубики с кубиками). Конечно же, воспитателям гораздо легче все делать за детей (например, в то время, пока дети спят). Однако не будем забывать, что дети учатся, когда делают что-то сами или выполняют задания с помощью взрослого, поэтому даже такая скучная вещь, как уборка игрушек, может стать полезной для развития игрой.

Контейнеры с соответствующими картинками можно также использовать и на специальных занятиях (с логопедом, психологом). Ребенку стоит давать больше самостоятельности, он должен быть максимально активен во время занятия. Очень хорошо, если ребенок по просьбе взрослого сможет достать контейнер с материалом, с которым будет заниматься, — это поможет ему лучше усваивать категории, которым его обучают («А где у нас лежат домашние животные?», «А где машинки?», «Где посуда, чтобы кормить куклу?» и т.д.)

В. Использование зрительного подкрепления для структурирования времени. Расписания.

Мы, взрослые, часто используем календари и еженедельники. Это помогает нам спланировать день, подготовиться к делам, лучше рассчитать время и ничего не забыть. Дети школьного возраста используют расписание (это часто просто школьный дневник) с теми же целями.

Расписания можно использовать и с детьми более раннего возраста. Это поможет им лучше представить структуру дня и следовать ей. Взрослые, работающие в группе, прекрасно представляют себе, что будет происходить в течение дня, однако это не означает, что дети также представляют себе, что и как будет происходить.

Конечно же, для детей дошкольного возраста и детей, имеющих функциональные нарушения, расписания должны выглядеть не так, как для школьников. Структура и вид расписания должны соответствовать уровню развития у ребенка восприятия и понимания изображений (рис. 2).

Написанные слова, картинки в расписании — это символы, которыми мы пользуемся. Символы могут быть более простыми и более сложными. Вначале дети осваивают простые символы. Вот иерархия символов от простого к сложному:

- реальные предметы (ложка, чашка, игрушка, зубная щетка и т.д.);
- фотографии с изображениями предметов;
- картинки, изображающие предметы;
- пиктограммы;
- напечатанные слова (для чтения).

Для самых маленьких детей и детей с серьезными когнитивными нарушениями имеет смысл использовать расписания, состоящие из реальных предметов. Зубная щетка обозначает умывание, ложка — еду, ботинки (лопатка или другой предмет, который берут с собой на улицу) — прогулку, маленькая подушка — сон и т.д.

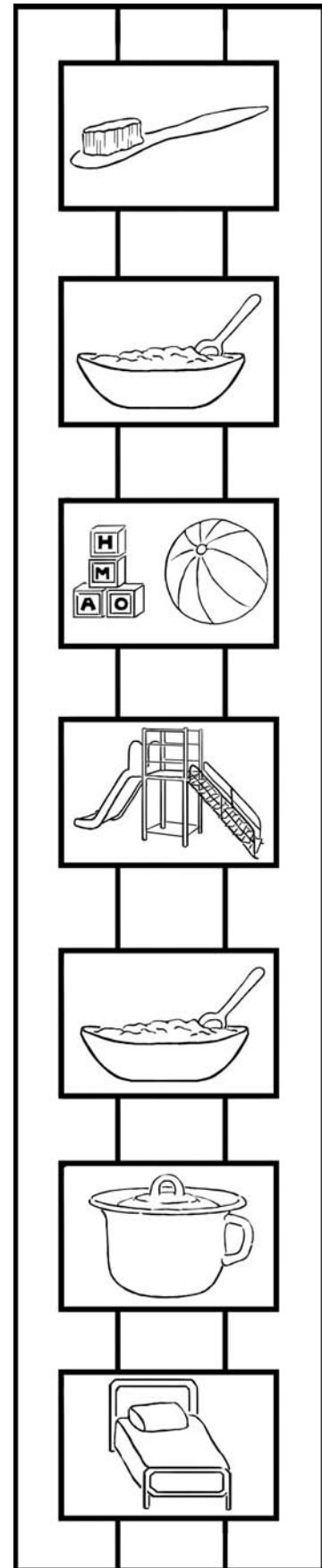


Рис. 2

Следующий уровень понимания символов — фотографии предметов, картинки — это уже бо́льшая степень абстракции. Выбирая фотографии или картинки, убедитесь в том, что на них четко отображен предмет, символизирующий тот или иной вид деятельности. Если вы символически изображаете процесс еды, то лучше предъявлять ребенку рисунок или фотографию тарелки или ложки, чем картинку, на которой дети сидят за столом и едят. Второе изображение ребенку понять труднее — слишком много дополнительных деталей.

Чтобы фотографии (картинки) можно было использовать в течение длительного времени, их стоит заламинировать. Для того чтобы прикрепить фотографию (картинку) на доску или стену, можно использовать липучки или двусторонний скотч.

В качестве подписей к картинкам (если они вам нужны) используйте те же слова, которые вы произносите при общении с детьми (если вы зовете детей есть, то поместите под соответствующей картинкой именно это слово, а не слово «еда», если вы говорите детям, что они сейчас идут на горшок, пишете «горшок», а не «туалет»).

Перед началом какой-то деятельности (например, перед едой) ребенку (группе детей) показывают предмет (картинку, фотографию), который символизирует эту деятельность, и говорят, например, что «сейчас мы будем есть». После еды предмет (фотографию, картинку) можно положить в специальную коробку, это будет означать — все, закончили.

Использование расписаний может помочь не только тому ребенку, у которого есть трудности с речью и (или) пониманием. Это поможет и другим детям — напечатают о том, что сейчас будет происходить, и поможет подготовиться к этому. Дети, которые уже говорят, смогут назвать тот вид деятельности, который им сейчас предстоит, а те, кто еще не освоил речь, еще раз услышат, что им предстоит делать. Кроме того, расписание позволяет не только информировать детей о том, что им предстоит делать, но и дает им возможность выбрать и показать то, что им хочется. При необходимости для отдельных детей создаются индивидуальные расписания.

Используя расписание как метод зрительного подкрепления, убедитесь, что:

- расписание расположено так, чтобы все дети могли его видеть;
- представленные в расписании действия каждый раз проговариваются с детьми;
- расписание готовит детей к действиям, в которых им предстоит участвовать.

Размер и расположение картинок в расписании. Для детей младшего возраста картинки (фотографии) могут быть довольно большими (1/4 листа формата А4), для более старших размер рисунков может уменьшаться. На начальных этапах работы лучше представить в расписании небольшое количество действий (например, только еда, игра, сон). По мере того как дети привыкнут к расписанию, добавляйте картинки, делая его более подробным. Можно составлять отдельные расписания — например, на первую и вторую половину дня. Чаще всего расписание располагается вертикально (сверху вниз), внизу помещают конверт (коробку), куда складываются картинки, символизирующие уже закончившиеся дела. Некоторым детям трудно проследить вертикально расположенную информацию, в этом случае можно расположить последовательность картинок слева направо.

Г. Использование зрительного подкрепления для развития способности делать выбор.

Возможность делать выбор — важная задача коммуникации. У детей с функциональными нарушениями, которые не пользуются речью, мало возможностей выбирать, за них все делают взрослые. Однако возможность выбора — это еще и важный

шаг для развития самостоятельности, мотивационной сферы, позитивной самооценки и интеллектуального развития.

Ребенку всегда можно предоставить возможность выбора — с какой игрушкой поиграть (мячик или машинка), какую книжку читать, что пить (сок или вода), какой хлеб есть (белый или черный) и т.д.

Здесь есть два важных момента. Во-первых, выбирать можно только из того, что есть в наличии. Во-вторых, даже если возможности выбора сильно ограничены, все равно важно предоставить ребенку это право. Сам факт самостоятельного выбора важен для него.

Можно начать с выбора из реальных предметов (еда, игрушки), затем переходить к выбору из плоских изображений (картинки, фотографии). Для детей, которые уже научились выбирать из двух картинок одну, можно начать составлять альбомы (подойдет обычный фотоальбом). На отдельных страницах размещаем картинки, соответствующие разным видам деятельности. Получится страничка, посвященная еде, игрушкам, книжкам, фотографиям детей в группе и т.д. Отдельную страничку можно посвятить картинкам с изображением чувств (радость, страх, грусть, скука и т.д.).

Дети могут выбирать картинку, указывая на нее глазами. Если ребенок в состоянии это сделать, он может показать на картинку рукой (пальцем). Существуют специальные указки, их можно, например, закрепить на голове (головном уборе) ребенка, который в силу своих нарушений не может использовать руки.

Размер картинки зависит от особенностей зрения ребенка. Для детей со зрительными нарушениями картинки должны быть более крупные и четкие.

Многие дети очень не скоро начнут говорить, однако они могут общаться и делать выбор прямо сейчас. Это особенно важно, например, для детей с двигательными нарушениями. Специалисты часто считают их малоперспективными только из-за того, что они самостоятельно не могут делать выбор и заявлять о своих желаниях. У некоторых детей при этом интеллект сохранен, они просто не могут выразить того, что хотят или чувствуют. Вспомним историю Рубена Давида Гонсалеса Гальего. Мальчик в советское время рос в интернате, где его считали необучаемым и ни на что не способным. У Гонсалеса Гальего — тяжелейшие двигательные нарушения, но это не помешало ему научиться пользоваться компьютером (он печатает одним пальцем). С 2003 года он живет в Испании, где написал книгу «Белое на черном», которая была переведена на многие языки и получила Букеровскую премию.

Отбор картинок. Выбирая, какие картинки давать ребенку, сделайте так, чтобы они отражали то, с чем ребенок сталкивается ежедневно, то, что ему интересно. Не имеет смысла давать ребенку картинки, отражающие абстрактные, не интересные ему понятия или что-то, чего ребенок никогда в своей жизни не видел. Конечно, расширять словарный запас ребенка очень важно, но в данном случае важнее то, что организованная при помощи зрительного подкрепления коммуникация дает ребенку дополнительные возможности для общения. А общаемся мы в основном по поводу того, что нас окружает, особенно когда речь идет об общении маленьких детей.

Картинки не должны находиться только в кабинете специалиста. Если нам за границей для общения необходим словарь, мы не станем оставлять его дома — иначе мы не сможем сказать то, что хотим. То же верно и для ребенка, который пользуется картинками для выражения своих желаний не только на специальных занятиях, но и во время еды, игры, прогулки. Поэтому словарик (альбом с картинками) должен быть всегда под рукой. Небольшой фотоальбом вполне подойдет для этой цели. В западных странах дети используют специальные технические устройства для коммуникации (коммуникативные доски, карты, приспособления, похожие на компьютер, речевые синтезаторы).

Поддержка ребенка при организации дополнительной коммуникации. Любые попытки ребенка вступить в коммуникацию нужно всячески поддерживать. Никто не станет использовать язык, непонятный окружающим. Значит, если в группе есть ребенок, который пользуется *дополнительной* коммуникацией, все взрослые, которые с ним общаются, должны понимать его язык (картинки, расписания или жесты). Если ребенок переходит из группы в группу, необходимо убедиться, что сотрудники понимают, каким образом он взаимодействует с миром.

Д. Использование жестов для *поддержки коммуникации*.

Все мы, общаясь, используем жесты. Мы машем или посылаем воздушные поцелуи друг другу, когда прощаемся; рассказывая о встрече с чем-то или кем-то, указываем на предмет, руками показываем его размеры. Жесты помогают нам лучше выразить то, что мы хотим сообщить, а нашему собеседнику — лучше понять то, что мы ему сообщаем.

Есть дети, для которых использование жестовой речи помогает начать пользоваться речью вербальной. Существуют специальные программы развития коммуникации с использованием жестов, применяемые для детей с синдромом Дауна, детей с нарушениями слуха, детей с нарушениями строения гортани и т.д.

Для детей с синдромом Дауна общение так же важно, как и для всех других детей. И они начинают общаться с самого раннего возраста — с помощью плача, улыбок и жестов. Но, несмотря на врожденное желание общаться, дети с синдромом Дауна зачастую обладают определенными физическими и когнитивными характеристиками, которые затрудняют им процесс освоения языка и речи.

Это могут быть частые инфекции среднего уха; нарушения или потеря слуха; низкий тонус мышц лица, мышц внутри рта, снаружи и вокруг него; сравнительно малый размер ротовой полости по сравнению с размером языка; повышенная или пониженная чувствительность к прикосновениям внутри и снаружи рта, а также когнитивные нарушения.

Исследования показывают, что развитие рецептивного языка (понимания речи) у детей с синдромом Дауна опережает развитие экспрессивного языка (умения сказать словами). Проще выражаясь — дети с синдромом Дауна понимают чужую речь лучше, чем формулируют собственные речевые высказывания. Некоторые из вышеописанных проблем устраняются медицинским путем (инфекции среднего уха, например), влияние других проблем можно снизить с помощью специальных занятий (например, улучшать тонус мышц, развивать орально-моторную координацию). Работа по развитию орально-моторной координации и повышению тонуса также важна и для решения вопросов, связанных с питанием (см. Главу 7). Однако чтобы общаться, не стоит дожидаться момента, когда ребенок будет способен произносить слова. Ребенок уже общается, и ему нужно в этом помогать.

Жесты, которые используются для детей с синдромом Дауна, отличаются от жестового языка, которым пользуются люди с нарушенным слухом. Вот некоторые примеры жестов для детей с синдромом Дауна (рис. 3а–3г — *Йоханссон, 2002*)

Поначалу ребенку, которого обучают пользоваться жестами для выражения своих чувств и желаний, понадобится физическая помощь (у детей с синдромом Дауна могут быть трудности с планированием и реализацией движений). Поэтому хорошо, если с ребенком работают двое взрослых — один сидит напротив ребенка и является его партнером по коммуникации, а другой находится позади ребенка и помогает ему правильно выполнить жест.



Рис. 3а. Кружка

«Как будто держа в руке стакан, поднести руку к губам»



Рис. 3б. Ложка

«Как будто держа в руке ложку, поднести руку ко рту»



Рис. 3в. Молоко

«Руками делать движения, как будто доите корову»



Рис. 3г. Бутерброд

«Ладонью одной руки проводить по ладони другой руки, как будто размазывая масло ножом»

Часто задаваемые вопросы

— Не вредно ли для дальнейшего развития речи использовать дополнительную коммуникацию (жесты и картинки)?

Использование дополнительной коммуникации не может навредить ребенку и затормозить развитие вербальной речи. Это не замена вербальной речи, а лишь дополнительная поддержка коммуникации. Ребенок все равно слышит обращенную к нему речь и начинает понимать ее, что является основным компонентом речевой способности.

Кроме того, вербальная речь — самый простой и быстрый способ передавать информацию, и как только ребенок почувствует, что он способен начать общаться «как все», он сразу же воспользуется такой возможностью, постепенно отказываясь от дополнительной коммуникации.

Исследования показывают, что использование жестов у типично развивающихся детей позитивно влияет на развитие у них речи. Однако есть дети, которые смогут использовать звуковую речь только в очень ограниченном объеме, и для них дополнительная коммуникация — единственный способ выразить себя.

— *С какого возраста надо начинать?*

Начинать использовать дополнительную коммуникацию нужно как можно раньше. Даже если вам кажется, что ребенок еще не воспринимает картинок, разве это не повод, чтобы дать ему возможность этому научиться?

— *Не препятствует ли интеллектуальное отставание использованию средств дополнительной коммуникации?*

Наоборот, использование дополнительной коммуникации способствует улучшению понимания и мотивирует ребенка с интеллектуальными нарушениями вступить в коммуникацию.

— *Что такое принцип избыточности в коммуникации?*

Принцип избыточности означает, что ребенку с задержкой (нарушениями) развития особенно важно предоставлять информацию по всем каналам одновременно: показывая на картинку, произносить слово. Тем самым мы помогаем ребенку развивать интеллект, сравнивать информацию, полученную по разным каналам. Дополнительная коммуникация, таким образом, способствует развитию интеллекта, так как составляет основу для символической деятельности.

— *Должен ли взрослый сопровождать свою речь показыванием картинок?*

Да, должен. Очень желательно, чтобы взрослый не только требовал от ребенка, чтобы тот общался с помощью картинок, но и постоянно показывал, как это можно делать, то есть сам обращался к нему с помощью картинок. При этом не надо забывать, что взрослый обязательно должен сопровождать свои действия речевыми высказываниями. Таким образом, взрослый демонстрирует пример, а ребенок осваивает новые способы коммуникации.

Литература

Гальего Р.Д.Г. Белое на черном. — СПб.: Лимбус-Пресс, 2006.

Джонсон-Мартин Н.М., Аттермиер С.М., Дженс К.Г., Хаккер Б.Дж. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями. — СПб.: Институт раннего вмешательства; КАРО, 2005.

Йоханссон И. Словарь жестов: Практическое пособие по обучению детей жестовой речи. — СПб.: Институт раннего вмешательства, 2002.

Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. — М.: Смысл; Академия, 2008.

Нет необучаемых детей! Книга о раннем вмешательстве. — СПб.: КАРО, 2007.

Hodgdon L. Visual strategies for improving communication. — Troy (MI): QuirkRoberts Publishing, 1999.

Mehrabian A. Nonverbal communication. — Chicago; L.: Adline Publishing Co.; Hodgdon, 1999.

Интернет-ресурсы

www.zygo-usa.com

www.AttainmentCompany.com

www.mayer-johnson.com

www.itaac.com

www.rehabmodul.se

www.asha.org/docs

Глава 2

СОЦИАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В диагностической классификации психического здоровья и нарушений в развитии младенцев и маленьких детей (Zero to Three, 2005) психическое здоровье ребенка определяется как способность переживать, регулировать и выражать эмоции, формировать близкие отношения с людьми, а также способность исследовать окружающий мир и учиться. Психическое здоровье развивается в первые три года жизни ребенка и неотделимо от того, что происходит в его семье, от культуральных особенностей его окружения и требований, предъявляемых к детям данного возраста в обществе. Психическое здоровье младенцев — это синоним здорового социального и эмоционального развития.

Стадии социально-эмоционального развития

От рождения до 3 месяцев

Малыши интересуются другими людьми и начинают различать людей, которые постоянно ухаживают за ними. Дети уделяют много внимания изучению собственного тела. В этом возрасте ребенок рассматривает свои руки, сосет пальцы, переводит взгляд на ту часть тела, к которой прикасаются. Малыш начинает осознавать, что он существует отдельно от других людей, и понимает, что руки и ноги — части его собственного тела.

Большинство детей в этом возрасте:

- Успокаиваются, если их утешает близкий человек.
- Положительно реагируют на прикосновение.
- Получают больше пользы от непродолжительного, но регулярного общения, чем от продолжительного, но нечастого.
- Улыбаются и выражают удовольствие, когда с ними общаются.
- Обращают внимание на лицо взрослого, это самый интересный для них зрительный стимул.
- Узнают голоса близких людей.

Взрослый, который заботится о ребенке, учится читать его сигналы (различать интонации плача, выражения лица и т.п.), регулирует состояние малыша (утешает, помогает успокаиваться). Вступая во взаимодействие, чувствующий взрослый старается подстраиваться под ребенка, меняя тембр голоса, интонацию, темп речи, прикасается к малышу, берет его на руки.

Взрослый привлекает внимание ребенка и ждет ответных реакций. Первые 3 месяца жизни — начало раннего диалога взрослого с младенцем. Общение чаще всего происходит через эмоциональный и физический контакт. Взрослый ловит взгляд ребенка, имитирует действия и звуки, которые тот произносит.

В диалоге всегда две стороны, два участника, и возникающие проблемы могут быть связаны как с наличием трудностей у ребенка, так и с трудностями взрослого. Вот некоторые причины, по которым отношения между младенцем и взрослым могут быть нарушены:

В семье

- *Послеродовая депрессия у мамы.* Ей трудно справляться с собственными эмоциями и реагировать на потребности малыша. (Депрессия может быть и у других ухаживающих за младенцем взрослых. Например, известно, что частота встречаемости клинически выраженной депрессии среди сотрудников домов ребенка намного выше, нежели в среднем по России.)
- *Наличие у мамы тяжелого опыта.* Женщины, чье детство и отношения с собственными родителями были трудными, часто не могут адекватным образом заботиться о своих детях. Это особенно характерно для выпускниц детских домов, у которых появляются собственные дети.
- *Отсутствие поддержки или стресс у матери.* Для того чтобы мама могла заботиться о своем малыше, кто-то должен помогать ей самой. Без такой поддержки молодой матери бывает очень трудно. Переживаемый стресс, который может быть связан с финансовыми трудностями, проблемами в отношениях с близкими, нестабильностью, болезнью, приводит к тому, что маме сложно заботиться о ребенке и строить с ним отношения.

В доме ребенка

- Окружающие взрослые изо всех сил стараются заботиться о детях, но их слишком много, и строить отношения один на один трудно. Сотрудники работают сменами, а значит, малыш не может видеть одного и того же воспитателя каждый день, что затрудняет для ребенка возможность установления близких отношений.
- Проблема «выгорания персонала». Так же как ребенку невозможно установить близкие отношения со всеми взрослыми, которые «мелькают» перед ним, так и воспитателю трудно установить контакт со всеми детьми, с которыми он работает. Это требует от воспитателя постоянного напряжения. Сочувствуя детским страданиям, он ощущает себя виноватым и, чтобы защититься, отгораживается от детей (по данным Р.Ж. Мухамедрахимова, депрессия фиксируется у 60% сотрудников домов ребенка).
- У воспитателя могут быть свои собственные психологические проблемы и конфликты, в таком случае ему трудно заботиться о ребенке и строить с ним отношения.
- Трудности, связанные с особенностями ребенка. У ребенка, обладающего заметными отличиями от других (ребенок с особыми потребностями, недоношенный ребенок, ребенок с «трудным темпераментом»), и «сигналы», которые он подает взрослым, отличаются от привычных (плач может быть более сильным или, наоборот, более слабым), и внешний вид отличается, и утомляемость другая (более высокая, как правило), и ухаживающему взрослому труднее понять потребности ребенка.

3–6 месяцев

В этом возрасте дети чаще сами становятся инициаторами общения. Они начинают:

- играть в прятки («ку-ку»);
- откликаться на свое имя;
- спонтанно улыбаться;
- громко смеяться.

У ребенка хорошо заметен «комплекс оживления», он активно радуется появлению взрослого, проявляя это движениями и улыбкой. Даниил Стерн назвал это время «медовым месяцем взаимодействия». Диалог между взрослым и ребенком уже довольно зрелый: инициация — ответ — продолжение. В диалоге у каждого есть своя роль, его ведет то один, то другой его участник, делаются паузы.

Взрослый следует за вниманием ребенка, отвечает, комментирует. Общаясь с малышом, взрослый ловит его взгляд, имитирует действия и звуки, которые тот произносит. Ранний диалог развивает способность ребенка слушать, смотреть и концентрировать внимание. Как и в предыдущие три месяца, общение во многом происходит через выражение эмоций и телесный контакт.

6–9 месяцев

Расширяется спектр эмоций ребенка. Дети явно предпочитают близких людей чужим. В это время большинство младенцев умеет:

- выражать несколько различных эмоций;
- отличать близких людей от чужих;
- активно реагировать на речь и жесты;
- выражать недовольствие при потере игрушки.

Взрослый, который заботится о ребенке, старается реагировать на его потребности: много разговаривает с ним, улыбается малышу, прикасается к нему. Обучает малыша простым играм («Ладушки», «Коза», «Сорока-ворона»). Хвалит ребенка, поддерживает его инициативы. Направляет и удерживает внимание ребенка, продолжая и развивая диалог, ловит его взгляд, имитирует действия и звуки, которые произносит малыш, комментирует его действия.

1 год

К концу первого года жизни дети осваивают большое количество двигательных навыков, начинают самостоятельно передвигаться, брать интересующие их предметы и играть с ними. Большое значение приобретают подражание и саморегуляция. В этом возрасте большинство малышей умеет:

- есть руками;
- держать чашку двумя руками и пить с помощью взрослого;
- вытягивать ноги и руки во время одевания;
- подражать простым действиям взрослых;
- выражать беспокойство при разлуке с человеком, который постоянно за ними ухаживает
- появляется так называемый «страх незнакомца».

Дети в возрасте до 9 мес. позитивно реагируют на всех взрослых. К 10–11 мес. появляется резко негативная реакция на всех незнакомых: дети плачут, не идут на руки. Страх незнакомца появляется у всех детей, независимо от этнических особенностей и особенностей культуры, в которой живет ребенок.

Взрослый поощряет проявление инициативы ребенка, все больше и больше комментирует то, что тот делает, имитирует его действия и звуки, которые произносит малыш, предлагает попробовать новые действия и звуки. Взрослый проговаривает вслух чувства ребенка (ты сейчас испугался, обрадовался и т.д.). Ребенку начинают показывать, что можно, а что нельзя.

Что может пойти не так на первом году жизни?

Взрослый не следует сигналам ребенка. Это может быть связано с трудностями самого взрослого (находится в депрессии, испытывает психологические проблемы, ощущает мало поддержки), а может быть, и с особенностями ребенка (взрослому трудно прочесть подаваемые им сигналы).

У ребенка нет возможности ответить (взрослый навязывает свой темп, который может быть слишком быстрым для малыша, и игнорирует инициативы ребенка или выполняет свою «программу действий», не следуя потребностям ребенка).

Однако маленький ребенок всегда подстраивается под взрослого, даже если тот недостаточно внимателен, враждебен, эмоционально недоступен или находится в депрессии. Дети вырабатывают паттерны поведения, более удобные для взрослого: например, перестают чего-либо требовать, становясь вялыми и пассивными, так как не ожидают получить ответа. Это приводит к трудностям в развитии малыша.

1–2 года

В этом возрасте дети очень активны, их самосознание расширяется. Малыши начинают понимать, что они многое могут. Продолжает расширяться спектр эмоций. Дети все чаще выступают инициаторами общения.

На данном этапе большинство детей:

- узнают себя на фотографии и в зеркале, улыбаются и строят себе рожицы;
- выражают сильную любовь к своим близким;
- могут инициировать игру и самостоятельно играть некоторое время. Очень привлекают «взрослые» вещи — посуда, мамина сумка и ее содержимое, папина электробритва, ключи и т.д.
- учатся играть — «понарошку» кормить или укладывать куклу, катать мишку в машине и т.д.
- играя, подражают взрослым (говорят по телефону, моют посуду, подметают и т.д.);
- выражают отрицательные эмоции, когда что-то не получается или нельзя;
- гордятся своими достижениями;
- начинают произносить первые слова;
- в общении используют много жестов;
- проявляют характер и упорство, указывая другим, что делать. Дети становятся довольно вредными и хотят, чтобы все было так, как решили они. Хотят все делать самостоятельно.
- проявляют интерес к другим детям, но пока часто просто играют *рядом* с ними.

Воспитывать ребенка в возрасте от 1 до 2 лет нелегко, он часто сопротивляется и капризничает, но взрослый должен проявлять уважение к чувствам ребенка. Взрослый продолжает поощрять инициативу и самостоятельность ребенка в том, что делать дозволено, комментирует действия и чувства ребенка (в том числе и негативные эмоции), расширяет опыт малыша. Взрослый учит ребенка ждать (это иногда бывает трудно для малыша). В этом возрасте задача взрослого состоит в том, чтобы помочь ребенку ощутить границы — понять правила и нормы. Важно проявлять уверенность и постоянство в следовании этим правилам.

Что может пойти не так?

Неуверенность и непоследовательность взрослого могут затруднить для ребенка освоение правил и норм поведения. Тревога и неуверенность приводит к тревоге или провоцирующему поведению ребенка. Некоторые взрослые считают, что ребенку позволительно делать все, в таком случае в паре ведет не взрослый, а ребенок. Отсутствие у взрослого способности управлять поведением ребенка, направлять малыша, а также эмоциональная недоступность взрослого приводят к тому, что ребенок становится излишне самостоятельным. Но это вынужденная самостоятельность, ребенок просто не верит в способность взрослого помочь и позаботиться о нем, поэтому и действует сам.

В то же время излишняя строгость может подавить любопытство и инициативу ребенка. Случается так, что взрослый не готов принимать самостоятельность и чувства ребенка, это затрудняет процесс формирования у него самоконтроля и может приводить к постоянным проблемам в отношениях (ребенок может стать либо слишком зависимым, либо слишком сопротивляющимся).

Плохо, когда взрослый не может помочь ребенку назвать свои чувства. Способность понимать чувства очень важна для того, чтобы научиться регулировать свое поведение.

Старше 2-х лет

Дети начинают осознавать свои силы и творческие способности, становятся «делателями». Они все исследуют, еще сильнее проявляют свой характер и учатся выполнять различные задания самостоятельно. Саморегуляция на данном этапе зачастую проблематична, многие дети в этом возрасте «закатывают истерики». Двухлетние дети обычно:

- осознают свою принадлежность к определенному полу;
- могут сказать, что им нужно в туалет;
- помогают взрослым одевать и раздевать себя;
- твердо заявляют о своих желаниях и могут сказать «нет» на просьбы взрослых;
- начинают оценивать себя, развивают суждения о себе («Я хорошая», «Я плохая», «Я красивая» и т.д.);
- выражают свои чувства, понимают, что чувствуют другие, и могут говорить о чувствах/переживаниях;
- подвержены частым переменам настроения и различным страхам (например, страх темноты);
- могут агрессивно вести себя со взрослыми, другими детьми, обижать домашних животных;
- играют рядом (но не вместе) с другими детьми. Наблюдают за другими детьми и лишь ненадолго включаются в их игру;
- проявляют жадность — не дают свои игрушки другим детям;
- используют различные предметы в символической игре (кубик вместо машинки и т.д.);
- участвуют в простых групповых активностях (пение, хлопанье в ладоши или танцы) вместе с другими детьми.

А что делает взрослый?

Взрослый, который занимается воспитанием ребенка, в это время предлагает ребенку альтернативу и компромисс. Очень важно, чтобы взрослый был последователен и уверен в правильности своей воспитательной стратегии.

Взрослый помогает ребенку строить отношения с другими детьми, помогает регулировать отношения с ними. Комментирует действия и чувства ребенка, даже если они не всегда приятны. Велика роль взрослого в когнитивном развитии малыша — он развивает и направляет интерес и внимание ребенка, указывает на особенности предметов и явлений, их сходства и различия, связывает прошлое, настоящее и будущее. Поощряет самостоятельность и любопытство, дает возможность помогать по дому и поощряет подобные действия.

Что может пойти не так?

Некоторые взрослые не готовы договариваться с ребенком, они мало объясняют, комментируют, не отвечают на вопросы.

Случается и так, что взрослый начинает применять физические наказания в ответ на непослушание. Непоследовательность в установлении границ и реакциях на поведение ребенка приводит к еще большей проблематичности поведения.

Когда взрослые ограничивают ребенка в общении со сверстниками либо, наоборот, «толкают» его к другим детям, начинаются проблемы с общением, развитием отношений с окружающими.

Близкие отношения и их роль в развитии детей раннего возраста

В начале главы мы уже писали о том, как развитие и поведение ребенка зависит от особенностей отношений, которые складываются у него с окружающими его взрослыми.

С самого рождения малыш настроен на социальное общение. Способности новорожденного к установлению контакта со взрослым основаны на биологических механизмах и необходимы для выживания малыша.

Младенцы с момента рождения обладают особой способностью выделять людей в окружающем мире. Они воспринимают лицо, голос, прикосновения и звуки, исходящие от человека, прежде всего матери, как уникальные и отличающиеся от других звуков, зрительных объектов и стимулов.

Также младенцы с первых минут жизни способны имитировать выражение лица партнера по взаимодействию (хмуриться, улыбаться, высовывать язык). Малыш начинает выделять «своего» взрослого среди других, радоваться, когда близкий человек приходит, и расстраиваться, когда он уходит.

Английский психиатр Джон Боулби — автор теории привязанности, считал, что привязанность имеет эволюционное значение и служит выживанию человека как вида. Боулби утверждал, что стабильные отношения со взрослым, который при необходимости может его защитить, необходимы младенцу не меньше, чем пища. Боулби считал, что формирующаяся привязанность дает ребенку возможность развиваться и познавать окружающий мир. Она позволяет малышу учиться доверять другим людям, различая при этом в своем окружении близких и чужих.

Привязанность между матерью и младенцем формируется не сразу, а постепенно, в процессе непосредственного длительного взаимодействия. Мама, которая забо-

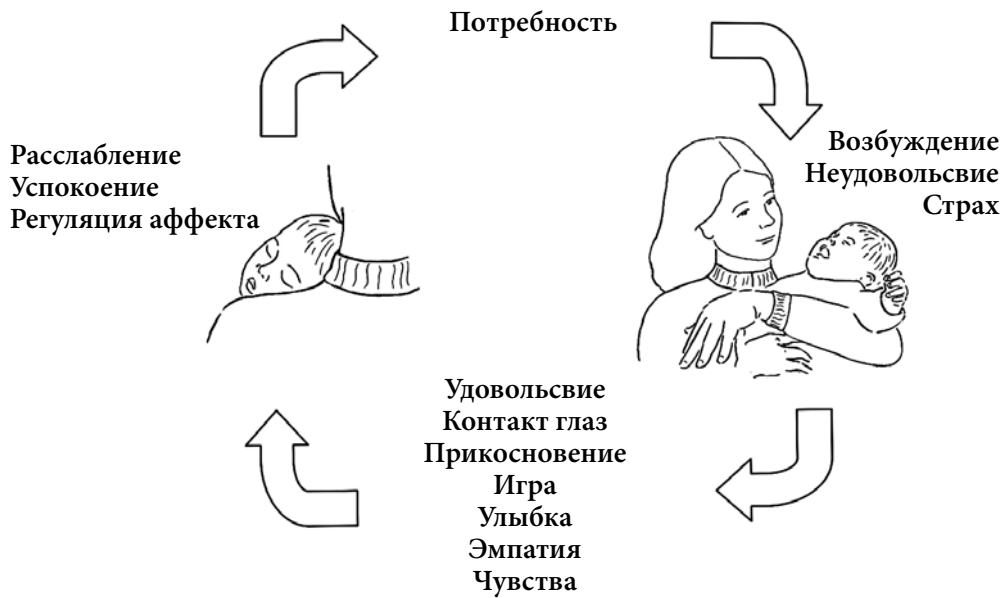


Рис. 4. Цикл привязанности на первом году жизни

тится о своем ребенке, ничего не делает специально для того, чтобы привязанность формировалась. Мама или человек, который заменяет ее, просто находится рядом с ребенком в течение длительного времени, заботится о нем, разговаривает, знакомит его с окружающим миром, старается понять, в чем нуждается ребенок, и дать ему это, защищая ребенка от переутомления, страха, боли, голода и т.д. (рис. 4).

Чувствительность взрослого и способность отвечать на потребности ребенка — вот ключевые элементы формирования безопасной привязанности.

Иногда начинает казаться, что для формирования привязанности необходимо, чтобы взрослый обладал целым рядом необыкновенных способностей, полностью посвящал себя только ребенку, не хуже профессионалов знал особенности его развития и т. д. Это далеко не так.

Английский педиатр и психоаналитик Дональд Винникотт ввел очень важное понятие — «*достаточно хорошая мать*». Винникотт писал, что все самые важные знания, необходимые для воспитания малыша, у мамы уже имеются на уровне интуиции. Это то, что мама делает и знает «просто благодаря факту материнства». По словам Винникотта, даже профессионал, имеющий подготовку в области медицины, будет восхищен «интуитивным знанием матери, способной заботиться о своем ребенке, специально не учась этому». При этом «фактически главная ценность интуитивного постижения кроется в его естественности, не искаженной обучением».

Неверно утверждать, что единственным объектом для формирования у ребенка привязанности может быть мать. Привязанность формируется и к отцу, к бабушке и дедушке, старшим братьям и сестрам, если они участвуют в воспитании и заботе о ребенке и проводят с ним значительную часть времени.

Это могут быть и приемные родители, и усыновители, и опекуны, и воспитатели в доме ребенка — в данном случае важно, чтобы присутствие другого человека было надежным и постоянным, чтобы он был готов позаботиться о малыше. Этот человек также должен обладать определенным набором того, что считается традиционно материнскими свойствами: умение создавать для ребенка ощущение безопасной и эмоционально-теплой обстановки, сохранять ее и отвечать на малейшие эмоциональные и физические потребности ребенка.

Надежный, постоянно находящийся рядом взрослый помогает ребенку справиться с трудностями повседневной жизни. И чем меньше ребенок, тем сильнее его потребность в поддержке взрослого.

В процессе развития отношений на первом году жизни ребенок формирует свое представление о себе и об окружающих его людях. «Я такой, как обо мне заботятся», — писал Джон Боулби.

Если материнская забота была последовательной и направленной на удовлетворение потребностей ребенка, ребенок, вырастая, начинает ощущать себя ценным и достойным заботы. Окружающих людей он начинает воспринимать как безопасных и способных помочь. Это называется *надежной привязанностью*.

Надежная привязанность невероятно важна для дальнейшего развития ребенка, его социализации, формирования отношений с другими взрослыми и детьми.

У 60% детей, живущих в семьях, развивается надежная привязанность. В то время как у детей, живущих в домах ребенка, надежная привязанность развивается крайне редко, таких случаев всего около 2% по данным российско-американского исследования, проведенного в домах ребенка Санкт-Петербурга (Влияние изменения..., 2009).

Причина этого — отсутствие индивидуальных отношений, частая смена сотрудников, заботящихся о ребенке, переводы детей из группы в группу.

Если забота о ребенке была непостоянной или непоследовательной, он привыкает к тому, что не достоин заботы, а окружающим его людям не стоит полностью доверять. Это называется *ненадежной привязанностью*.

Существует два типа ненадежной привязанности:

- Ребенок почти не ожидает от взрослых помощи, предпочитая успокаивать себя сам (*избегающая привязанность*).
- Ребенок ведет себя двойственно — он требует заботы, но при этом не очень доверяет своему воспитателю (*амбивалентная привязанность*).

Ненадежная привязанность ведет к трудностям в адаптации в детском саду и школе, сложностям в развитии отношений с детьми, а также к трудностям в обучении, ведь обучение во многом построено на отношениях доверия с педагогами и воспитателями. Ненадежная привязанность также приводит к трудностям в адаптации к новой семье, если таковая у ребенка появится.

Однако наибольшее опасение вызывает так называемая *дезорганизованная привязанность*.

Такая привязанность развивается, если заботы взрослого катастрофически недостаточно, если взрослый эмоционально или физически недоступен или даже враждебен, находится в тяжелой депрессии или на него нельзя положиться.

Постоянная смена заботящихся о ребенке людей приводит к тому, что он не понимает, кто и как будет за ним ухаживать и насколько ему можно доверять. дезорганизованная привязанность проявляется в двух типах поведения.

- *Излишняя недифференцированная дружелюбность*: дети не проявляют особых отличий при взаимодействии со знакомыми и незнакомыми людьми, они тянутся к любому взрослому. Однако при этом они от взрослого ничего и не ожидают, быстро теряют интерес к нему.
- *Отсутствие доверия и отгороженность*: дети не проявляют стремления к контакту, напротив, избегают его. Кажется, что отношения с человеком их сильно утомляют, приводят к истощению. Такого ребенка очень трудно утешить, у него много аутистимуляций, часто встречается самоповреждающее поведение.

В дальнейшем дети с дезорганизованной привязанностью часто демонстрируют неспособность контролировать свое импульсивное поведение и регулировать свои эмоции, что ведет к таким формам поведения, как склонность к лжи, кражам, уничтожению собственности, нанесению вреда себе и насилию над другими.

Они демонстрируют неспособность испытывать эмпатию, проявлять теплые чувства по отношению к другому. Такие дети обычно не очень хорошо понимают свои чувства и соответственно не могут словами сказать о том, что переживают.

Они не способны проводить различия между теми, кому можно доверять и кому нельзя. Им трудно строить близкие доверительные отношения — случайных знакомых они воспринимают как лучших друзей, а любящие и заботящиеся люди могут восприниматься ими как подавляющая угроза. Некоторые дети воспринимают других людей только как ресурс, который можно использовать, они могут быть беспощадны.

Дезорганизованная привязанность часто регистрируется у детей, проживающих в домах ребенка. Когда такие дети попадают к усыновителям или опекунам, им бывает невероятно трудно адаптироваться в новой семье. Ребенок не позволяет заботиться о себе: ведет себя так, будто не доверяет приемным родителям, постоянно провоцирует их. Он старается сохранять контроль над ситуацией и людьми, командует, сердится, приходит в ярость, бывает агрессивным и беспощадным. Новые родители чувствуют себя беспомощными, рассерженными и отвергнутыми. К сожалению, это нередко приводит к отказу от ребенка.

Дезорганизованная привязанность в домах ребенка в среднем встречается в 85% случаев. В домах ребенка, в которых проводились серьезные структурные изменения и обучение сотрудников, картина лучше, но не сильно (61,5%) (Влияние изменения..., 2009).

Нарушения привязанности по МКБ-10 обозначаются диагнозом «Расстройства привязанности».

С медицинской точки зрения можно утверждать, что у многих маленьких детей, которые живут в государственных учреждениях, имеются определенные нарушения или проблемы в эмоциональном и психическом развитии. Такие дети бывают слишком доверчивы и готовы пойти на руки к кому угодно. Подобное поведение может оказаться небезопасным для ребенка, так как у него не вырабатывается необходимая осторожность, и он может оказаться не в состоянии защитить себя.

Ранее в российской клинической практике для обозначения подобных проблем использовались диагнозы «Синдром детского дома/дома ребенка» и «Институциональный (учрежденческий) синдром». В современной же практике для постановки диагноза используется Международная Классификация Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, принята ВОЗ и утверждена РФ в 1994 году).

МКБ-10 квалифицирует подобные проявления как следующие диагнозы: «Реактивное расстройство привязанности в детском возрасте» (F94.1) или «Расстройство привязанности в детском возрасте по расторможенному типу» (F94.2). В классификации отмечается, что эти синдромы диагностируются у детей, воспитываемых в учреждениях с младенчества, но данные нарушения могут быть и результатом проявления родительского пренебрежения, жестокого обращения или серьезных ошибок в воспитании.

Данная классификация используется в РФ, равно как и в других странах, для постановки и регистрации медицинских диагнозов врачами разных специальностей, в том числе детскими психиатрами, неврологами и педиатрами. Однако подобные

диагнозы очень редко ставятся детям в российских домах ребенка. Чаще всего доктора ограничиваются констатацией «отставания в развитии» или «наличием симптомов госпитализма». Это затрудняет ведение статистики подобных нарушений.

Индивидуальные особенности детей, влияющие на развитие привязанности

Все дети разные — у них разный темперамент, разные способности, поэтому каждый по-своему формирует свои отношения с людьми. Некоторым детям трудно привлекать и удерживать взрослого, их попытки общения более слабые, а демонстрируемые сигналы более непонятные. Часто это свойственно детям, родившимся недоношенными, с неврологическими нарушениями, внутриутробно подвергавшимся воздействию алкоголя и других вредных веществ, а также детям с нарушениями развития (сенсорного, когнитивного, двигательного). У этих малышей потребности в общении не меньше, чем у других, просто им труднее общаться, а значит, от взрослых требуется гораздо больше терпения и постоянства в общении с ними.

На способность завязывать отношения, формировать привязанность и доверять другим людям также влияет и ранний опыт, полученный ребенком. Если ребенок долго находился в больнице, его потребностями длительно пренебрегали, он пережил дурное обращение или множественные разлуки, ему гораздо труднее доверять людям.

Социально-эмоциональные нарушения, часто встречающиеся у детей в домах ребенка

Современные исследования показывают, что нарушения психического здоровья у детей, живущих в домах ребенка, встречаются гораздо чаще, чем у детей, живущих в своих биологических или приемных семьях (Handbook..., 2009).

Нарушения психического здоровья описаны в соответствии с подходом, представленным в Диагностической классификации психического здоровья и нарушений в развитии у младенцев и маленьких детей (Zero to Three (0—3), 2005).

Использование Классификации «0—3» эффективно, потому что в ней не только описаны специфические особенности проявления нарушений психического здоровья у детей раннего возраста, но также и потому, что данная классификация является многоосевой — отражающей самые разные составляющие психического здоровья ребенка от диагноза до стрессоров и состояния, в котором находится ухаживающий взрослый, вопросы психического здоровья маленьких детей невозможно рассматривать в отрыве от его отношений с близкими, а также не учитывая особенностей самого ребенка и его окружения.

Оси классификации 0—3:

Ось 1. Первичный диагноз.

Ось 2. Классификация нарушений отношений с близким взрослым.

Ось 3. Медицинские диагнозы и диагнозы, связанные с развитием.

Ось 4. Психосоциальные стрессоры.

Ось 5. Функциональный уровень эмоционального развития ребенка.

Ниже перечислены некоторые из нарушений, которые нередко встречаются у детей в домах ребенка. Они описаны в соответствии с Классификацией 0—3 и обозначены теми же номерами. Диагнозы отражают ось 1 (Первичный диагноз).

100. Посттравматические расстройства (Posttraumatic Stress Disorder).

Этот диагноз имеет ряд симптомов, которые могут наблюдаться у ребенка, пережившего отдельный травмирующий случай, серию связанных травмирующих событий или хронический стресс. Ребенок мог быть непосредственным участником травмирующего события, мог быть свидетелем случая, повлекшего за собой чью-то смерть, угрозу для жизни или серьезную травму ребенка или других людей.

Травмирующее событие может быть:

- внезапным или неожиданным (теракт, авария, нападение животного, болезненные пугающие медицинские процедуры);
- серией связанных событий (повторяющиеся авианалеты);
- длительной травмирующей ситуацией (хроническое избиение или повторяющиеся сексуальные домогательства).

Природа симптомов должна быть понятна в контексте травмы, индивидуальных особенностей ребенка и способности воспитателя (родителя) помочь ребенку справиться с проблемой, создавая у него чувство защищенности и безопасности.

В некоторых случаях воспоминания детей могут изменяться в результате попыток прожить травму. С течением времени представления ребенка о травмирующем случае могут изменяться, но это вовсе не означает, что какие-то из его представлений являются только плодом его фантазии и не отражают реально происходящих событий.

Если произошло травмирующее событие, то *очень важно как можно раньше провести диагностику и начать работать с ребенком и его близкими. В большинстве случаев без эффективного вмешательства у ребенка останутся реакции на травматический стресс.*

Симптомы посттравматического расстройства:

1. Проигрывание травмирующего события, проявляющееся в следующем:
 - Посттравматическая игра с введением каких-то аспектов травмы.
 - Повторяющиеся воспоминания и/или вопросы о травмирующем событии, при этом внешних признаков страдания может не наблюдаться.
 - Повторяющиеся ночные кошмары, особенно если содержание снов связано с травмой.
 - Стресс при упоминании травмы.
 - Неадекватное поведение, вызванное «вспышками» в памяти отдельных эпизодов травмы.
2. Снижение реакции или откат в развитии, появившиеся после травмирующего события. Это может проявляться следующим образом:
 - усиление социального отчуждения;
 - ограничение эмоциональных реакций;
 - временная потеря ранее приобретенных навыков;
 - пониженный интерес к игре по сравнению с уровнем интереса до травмирующего события.
3. Симптомы повышенного возбуждения:
 - ночные страхи: ребенок просыпается с криком, у него учащенное дыхание и сердцебиение, потливость (появляются в первой трети ночи и длятся от 1 до 5 минут).

- отказ от перехода ко сну (ребенок отказывается идти спать);
 - повторяющиеся ночные пробуждения, не связанные с ночными страхами;
 - снижение концентрации внимания;
 - сверхбдительность;
 - реагирует на все с преувеличенным страхом (более интенсивно реагирует).
4. Не проявлявшиеся ранее симптомы (страх или агрессия):
- агрессия по отношению к ровесникам, взрослым и животным;
 - появление новых страхов (например, боязни темноты);
 - пессимизм или поведение, провоцирующее наказание (мазохизм);
 - сексуальное и агрессивное поведение, не соответствующее возрасту;
 - другие реакции, появившиеся в результате травмы (соматические симптомы, боли).

150. Депривация. Последствия дурного обращения (*Deprivation/Maltreatment Disorder*)

Нарушения, вызванные насилием, пренебрежением, дурным обращением с ребенком: постоянным игнорированием основных эмоциональных потребностей (в комфорте, стимуляции и формировании привязанности) и основных физических потребностей ребенка, постоянной, мешающей формированию привязанности сменой взрослых, ухаживающих за ребенком.

Дети проявляют значительное отставание в развитии, в том числе и в социальном. Последствия депривации/дурного обращения проявляются у детей следующим образом:

Тип 1. Серьезные трудности в социальном взаимодействии — подавленность, невозможность вступать в социальное взаимодействие, амбивалентное реагирование (например, реагирование на воспитателя с одновременным проявлением избегания, сопротивления и попыток получить утешение, сопротивление попыткам утешить ребенка, замораживание).

Тип 2. Диффузная привязанность — социальная неразборчивость. Дети тянутся ко всем взрослым без разбора, но часто быстро теряют интерес к общению. Готовы вступить в контакт с незнакомым человеком и даже уйти с ним.

210. Переживание горя (*Prolonged Bereavement/ Grief Reaction*)

Этот диагноз ставится детям, переживающим потерю близкого человека.

Это может происходить как в ситуациях смерти основного ухаживающего за ребенком взрослого, так и при изъятии ребенка из семьи (взрослый может дурно обращаться с ребенком, но при этом у него все равно формируются отношения привязанности, эти отношения могут быть небезопасными и дезорганизованными, однако ребенок может все равно переживать серьезный стресс в результате разлуки).

Дети, живущие в доме ребенка, могут переживать горе, если их переводят из одной группы в другую (особенно если ребенок успел привязаться к кому-то из взрослых) или при переводе в другое учреждение.

Эта диагностическая категория основана на предпосылке, что потеря «самого главного человека» почти всегда является серьезной проблемой для маленького ребенка. Кроме того, другие близкие ребенку люди могут также переживать утрату и не способны оказать ему помощь.

Это состояние может выражаться как протест, отчаяние и проявления отчужденности в любой степени.

1. Ребенок может плакать, звать и искать отсутствующего родителя (близкого взрослого), отказываясь от заботы другого человека.

2. Возможно явное эмоциональное отчуждение, вялость, грустное выражение лица и отсутствие интереса к игре.

3. Может быть нарушен сон и питание.

4. Возможен регресс или потеря ранее достигнутого уровня развития — например, ребенок может снова начать мочиться в кровать или говорить на «детском» языке.

5. Ребенок может проявлять суженный диапазон эмоциональных реакций.

6. Отчужденность может принять форму кажущейся индифферентности по отношению к напоминанию об отсутствующем родителе (фотография или упоминание его или ее имени), а может выглядеть как избирательная «забывчивость» с кажущимся неузнаванием.

7. И наоборот — ребенок может стать крайне чувствительным к любым напоминаниям о родителе, резко показывая свое горе, когда предметы, принадлежащие родителю, трогает кто-то еще или их убирают. Такие предметы-ценности или напоминания могут быть источниками комфорта и счастливых воспоминаний до тех пор, пока ребенок еще не осознает неизбежность потери. Ребенок может также проявлять сильные эмоции по отношению к любой теме, даже незначительно связанной с разлукой и потерей, отказываясь, например, играть в прятки или плакать навзрыд, когда предмет домашнего обихода переставлен с его обычного места.

Симптомы должны присутствовать не менее двух недель.

Это нарушение необходимо дифференцировать от диагноза «Посттравматические расстройства». Специалисты должны обратить внимание на природу симптомов. При Посттравматических нарушениях наблюдается тенденция к навязчивым повторяющимся реакциям, при Реакции Горя можно наблюдать тенденцию к депрессии и апатии.

230. Депрессия у детей раннего возраста (*Depression of Infancy and Early Childhood*)

Диагностические критерии соответствуют критериям Классификации DSM-IV (наиболее часто употребляемой в США и странах Западной Европы). Для постановки соответствующего диагноза необходимо соответствие всем четырем критериям:

1. Нарушение аффекта и паттернов поведения по сравнению с обычными для ребенка проявлениями поведения и эмоций.

2. Подавленность/раздражительность присутствует большую часть времени — большую часть дня на протяжении не менее двух недель.

3. Симптомы проявляются постоянно — в течение дня и в разнообразных действиях. Если перечисленные симптомы проявляются лишь в отношениях с одним человеком, имеет смысл рассматривать вторую ось Классификации DSM-IV — «Нарушения отношений».

4. Проявление симптомов ведет к дистрессу, нарушению функционирования и замедлению развития.

Для постановки диагноза по классификации «0—3» требуется соответствие поведения ребенка пяти из нижеописанных критериев, которые регулярно наблюдаются в течение не менее двух недель, причем первые два симптома должны присутствовать обязательно.

1. Подавленное или раздраженное настроение большую часть дня, выражаемое самим ребенком («Мне грустно») или наблюдаемое другими людьми (ребенок выглядит печальным или испуганным).

2. Заметное снижение проявления интереса и удовольствия, а также активности и вступления во взаимодействие с другими людьми в течение дня.

3. Значительная потеря или набор веса — более 5% в месяц либо заметное снижение или усиление аппетита. Для младенцев и детей раннего возраста значительная потеря веса может быть главным симптомом депрессии.

4. Отказ от сна (бессонница) или слишком долгий сон.

5. Психомоторное возбуждение или замедленность (заторможенность).

6. Повышенная утомляемость.

7. Чувство своей ненужности или вины (самообвинения).

8. Снижение мыслительных способностей и концентрации внимания. У детей раннего возраста — трудности с выполнением задач, реагированием на ухаживающего за ним взрослого, удержанием внимания.

9. Повторяющиеся возвращения в разговорах, фантазиях к теме смерти, самоповреждения в мыслях или действиях.

232. Тип 2: Неспецифическая депрессия (*Depressive Disorder NOS*)

Для постановки этого диагноза по классификации «0—3» необходимо, чтобы в поведении ребенка проявлялись три или четыре симптома депрессии детей раннего возраста.

Симптомы должны проявляться в течение не менее двух недель. Первые два симптома должны присутствовать обязательно.

300. Нарушения адаптации (*расстройства приспособления*) (*Adjustment Disorder*)

Наличие легких, непродолжительных ситуационных нарушений, симптомы которых не соответствуют другим описанным диагнозам. Возникновение нарушений связано с каким-то изменением в жизни ребенка и уходе за ним (возвращение матери на работу после декретного отпуска, болезнь, перевод в другую группу дома ребенка).

В зависимости от возраста ребенка, его конституциональных характеристик, особенностей его окружения нормальная адаптация к изменившимся обстоятельствам может продолжаться несколько дней или недель, но не больше четырех месяцев.

У ребенка могут наблюдаться симптомы эмоционального характера (например, он становится замкнутым, подавленным) или поведенческого (например, ребенок сильнее обычного сопротивляется взрослому, отказывается идти спать, демонстрирует частые вспышки раздражения).

Описание данного нарушения соответствует классификациям DSM-IV и МКБ-10, но дано в терминах, более подходящих к маленьким детям.

Для данного нарушения принципиально обязательное наличие изменившегося привычного уклада жизни события и непродолжительность проявления симптомов. Этот диагноз не ставится, если симптомы появляются в результате хронически повторяющихся событий или при наличии в анамнезе серьезной психологической травмы. В подобных случаях стоит думать о тревожном расстройстве, нарушениях во взаимоотношениях, регуляторных нарушениях или посттравматическом расстройстве.

Качественная диагностика требует подробной междисциплинарной оценки, то есть учета не только видимых симптомов, но и особенностей отношений ребенка

с воспитателями, особенностей его здоровья и развития, анализа тех стрессоров, которым ребенок мог подвергаться. Если выясняется, что невозможно определить взрослого, имеющего индивидуальные отношения с ребенком, то одной из самых важных задач программы помощи должно быть выделение такого взрослого. Это может быть кто-то из воспитателей или работающих в группе специалистов, а может быть и волонтер, с которым ребенок получит возможность формировать близкие отношения, столь необходимые для его развития и благополучия. (Об опыте работы волонтеров с детьми, полученном в ходе реализации проекта «Шаг Навстречу», см. главу 10.)

Нарушения психического здоровья (посттравматические реакции, переживание горя, нарушения адаптации) могут возникнуть у любого ребенка, вне зависимости от того, имеются ли у малыша нарушения в развитии или нет. Ребенок с церебральным параличом или синдромом Дауна так же, как и типично развивающийся ребенок, переживает разлуку с близким, его поведение тоже может измениться в результате пережитой психической травмы или перевода в другую группу. Об этом необходимо помнить.

Клиническая иллюстрация

Катя, 2 года 3 месяца

Катя воспитывалась в семье. Ее мама — одинокая, нигде не работающая женщина. Отношений с родственниками, включая отца ребенка, практически не поддерживает. Проживает в коммунальной квартире. В семье есть серьезные финансовые проблемы: основной источник существования — пенсия по инвалидности на ребенка и пособие матери-одиночки. Несмотря на все трудности, мама заботится о Кате, старается заниматься с ней. Три месяца назад Катина мама серьезно заболела, и ей пришлось лечь в больницу. Поскольку никто из близких не мог позаботиться о девочке, было предложено временно (пока мама находится в больнице) поместить ее в дом ребенка. Врачи также сказали маме, что во время пребывания в доме ребенка Катя пройдет курс реабилитационных процедур.

Катя родилась недоношенной (на 32-й неделе беременности). Ее диагноз, по заключению врачей дома ребенка, на сегодняшний день — органическое поражение мозга, последствия перинатального ишемически-гипоксического поражения мозга. ДЦП. Тетрапарез. Девочка может переворачиваться, сидеть с поддержкой, недолго удерживает предмет в правой руке. Может удерживаться некоторое время в положении на четвереньках. Отличает своих и чужих, очень привязана к маме. Произносит несколько слов (мама, дай, би-би, мяу), артикуляция нарушена. Внимательно слушает, когда взрослый читает книжку, пытается показать в книжке знакомый предмет (животное).

При поступлении в дом ребенка Катя вела себя очень беспокойно. Много (порой, казалось, беспричинно) плакала, отталкивала руку взрослого, который пытался ее кормить, выплевывала еду, плохо засыпала, часто просыпалась по ночам. Вздрагивала от любого шума.

Спустя 10 дней Катя немного успокоилась, перестала отказываться от еды, но ела без особого аппетита. При помещении в дом ребенка мама Кати говорила, что девочка хорошо жует твердую пищу, однако в доме ребенка Катю пришлось опять перевести на протертую пищу — она давилась и поперхивалась.

Девочка не тянется к детям, похоже, их присутствие рядом ей не нравится. Приходится помещать Катю в отдельный манеж либо в специальное кресло. На взрослых смотрит настороженно, во взаимодействие вступает неохотно. Катя довольно пассивна, практически не произносит никаких звуков, не интересуется игрушками. Единственное,

что вызывает у нее реакцию, — это музыка, которая звучит по телевизору: девочка внимательно прислушивается.

Прошла еще неделя. Проявления отчуждения нарастают. Девочка почти целыми днями лежит в манеже с безучастным лицом, может держать во рту игрушку. Стала хуже держать голову.

Что происходит с Катей? Невозможно объяснить потерю навыков только наличием у нее церебрального паралича, девочка глубоко переживает разлуку с мамой и демонстрирует явные симптомы эмоционального неблагополучия (отчужденность, вялость, нарушения сна и аппетита, потеря ранее приобретенных навыков). Мама будет находиться в больнице еще месяц, и необходимо составить программу помощи Кате, так как ее состояние требует немедленного вмешательства.

Итак, состояние Кати можно обозначить по Классификации «0—3» диагностической категорией 210 «Переживание горя» (Zero to Three (0—3), 2005).

Понятно, что мама не может выписаться из больницы и забрать Катю немедленно. Было бы хорошо, чтобы у Кати с собой были какие-то вещи из дома (любимое одеяло, игрушка или книжка, мамина фотография или какая-то мамина вещь, знакомая Кате). Такие вещи психологи называют «переходным объектом» — это что-то, что напоминает о близком человеке. Но в данной ситуации это невозможно: Катина мама находится в больнице, их комната закрыта на ключ, и близких людей, которые могли бы попасть в дом, — нет.

Кате необходим постоянный взрослый, который на время отсутствия мамы мог бы позаботиться о ней, утешить ее. В карантинной группе, где находится Катя, всегда есть взрослые — воспитатели, медицинская сестра, но они работают посменно и должны заниматься не только Катей, но и другими детьми. Было принято решение, что таким взрослым станет психолог, которая работает ежедневно. Психолог стала ежедневно приходить к Кате. Вначале казалось, что девочка не замечает психолога, которая находится рядом и пытается установить с ней контакт. Когда психолог предложила Кате поиграть в прятки (накрывая лицо платком), та не сразу отреагировала на эту игру, но внимательно наблюдала за тем, что делает взрослый. Итак, психолог приходила к Кате ежедневно, стараясь быть ненавязчивой, внимательно наблюдала за Катиными реакциями, старалась подстраиваться в общении под нее. Психолог регулярно говорила с Катей о ее маме, поначалу казалось, что Катя никак не реагирует на это, но психолог продолжала рассказывать Кате, что мама скоро вернется, что она очень любит Катю и скучает. Говоря о маме, психолог показывает это при помощи игрушек (большой мишка — мама, мишка поменьше — дочка). Катя гладит мишек, внимательно слушает. Психолог продолжает играть с Катей в прятки, прячет (накрывает тряпчочкой) не только себя и Катю, но и мишек. Катя явно радуется, когда мишка «находится», и требует продолжать игру. Психолог часто берет Катю на руки и просто сидит с ней, качая ее, как маленького ребенка. Поначалу Катя отстранялась, выгибалась на руках взрослого, но спустя некоторое время стала принимать такой физический контакт.

Катя стала выделять психолога среди других взрослых, в ее присутствии она более активна. Воспитатели в группе внимательно наблюдают за Катиными реакциями. Она стала чуть лучше есть, возможно, привыкла к тому, как кормят в доме ребенка.

Возвращение домой не сможет моментально решить Катини проблемы. Ей и ее маме потребуется профессиональная помощь, чтобы справиться с последствиями разлуки. Возможно, Кате будет нелегко принять маму и вновь научиться ей доверять. Психолог, которая занимается с Катей в доме ребенка, должна рассказать маме о том, что произошло с Катей, объяснить, каким образом реагировать на ее поведение, и посоветовать, куда можно обратиться за помощью.

Возникает вопрос: зачем строить с Катей индивидуальные отношения, если эти отношения все равно прервутся и Катя вернется домой к маме? Задумаемся: если взрослый переживает разлуку с близким человеком, нужна ли ему поддержка и сочувствие? Поддержка и сочувствие точно так же нужны и ребенку, для того чтобы он мог справиться со стрессом с минимальными потерями и не разучиться доверять взрослым окончательно.

Программы помощи детям с социально-эмоциональными нарушениями

На сегодняшний день в мире наиболее эффективными считаются программы с использованием видео. Таких программ довольно много в разных странах, это ICDP, Marte Meo, MISC, TheraPlay. Использование видео включено в программы «Зрелое родительство» (Mellow Parenting) и «Цикл безопасности» (Circle of Security) как важный элемент данных программ.

Доказано, что программы помощи с использованием видео приводят к повышению сензитивности воспитателя и к улучшению взаимодействия в паре взрослый — ребенок. У взрослого, который просматривает видеозаписи своего взаимодействия с ребенком, появляется возможность внимательно посмотреть, на что и когда лучше реагирует ребенок, какой темп взаимодействия ему больше подходит. Взрослый может осознанно менять свое поведение, что дает ребенку новый, более безопасный и позитивный опыт взаимодействия. При помощи видео можно эффективно решать проблемы с кормлением, обучением ребенка, находить способы, как справляться с трудным поведением ребенка.

Программы с использованием видео построены на новой для большинства специалистов идеологии. Фокус подготовки специалистов помогающих профессий (психолог, социальный работник, педагог) часто направлен на то, чтобы увидеть неправильное и переделать на «правильное». Новая идеология — это опора на сильные стороны, развитие и расширение позитивных аспектов взаимодействия.

Начало программы — это этап оценки. Обращается внимание на все аспекты взаимодействия (как взрослый общается с ребенком, комментирует, что тот делает, насколько следует за ребенком, является ли взаимодействие диалогом, а не монологом взрослого в присутствии ребенка и т.д.). Очень важно на этом этапе найти не только ошибки, но и те сильные стороны, который проявляет взрослый во взаимодействии. При построении программы акцент делается на нейтрализации негативных аспектов взаимодействия и развитие сильных сторон.

Доказано, что простые советы («Будьте внимательны к ребенку», «Следуйте за его инициативой» и т.д.) не всегда работают. Взрослый может просто не замечать, не осознавать, как он общается с малышом.

Для того чтобы понять, как общаться с ребенком, необходимо не только внимательно наблюдать за общением, но и понимать, из чего строится диалог, на какие мелкие части его можно разделить, что может быть нарушено или пропущено, на что следует обращать внимание, как можно отрабатывать отдельные части, чтобы выстроить диалог.

Разберем для примера программу ICDP (International Child Development Program — Международная программа детского развития).

Авторы программы — Хеннинг Рюэ, Шерстен Хундейде. Программа создана в Норвегии (Университет Осло), активно используется в Швеции, Финляндии, Израиле

ле, Германии. В России программа известна с 1997 года (стала применяться в одном из домов ребенка в Архангельске), с 1999 года программа начала работать в Санкт-Петербурге.

Данная программа применяется, если:

- родители (воспитатели) жалуются, что им трудно понимать ребенка и справляться с ним (кормить, одевать, успокаивать, у ребенка есть трудности в поведении и т.д.);
- наблюдается низкое качество диалога между взрослым и ребенком — мало эмоций, воспитатель нечувствителен к сигналам, которые подает ребенок, недостаточно физического контакта, родитель (воспитатель) ведет себя непоследовательно;
- родитель (воспитатель) испытывает психологические проблемы — под влиянием собственного опыта, депрессии, отсутствия опыта работы с детьми.

Этапы реализации программы:

- делается видеозапись взаимодействия (родителя или воспитателя просят поиграть, пообщаться, покормить ребенка так, как это происходит в обычной жизни);
- специалист, который ведет программу, просматривает запись, отмечает позитивные и негативные аспекты взаимодействия, фиксируя, в какой момент на видео можно это заметить;
- специалист просматривает запись вместе с родителем (воспитателем) индивидуально или в группе, останавливая видеозапись тогда, когда взрослый что-то делает хорошо в общении с ребенком (хороший физический или зрительный контакт, адекватный возрасту ребенка темп взаимодействия), отмечая позитивные аспекты взаимодействия;
- постепенно вводятся «принципы хорошего диалога», разработанные авторами программы;
- обсуждение (индивидуальное или в группе) видеозаписей взаимодействия ведется с учетом «принципов хорошего диалога»;
- воспитатель (родитель) имеет возможность увидеть то, как он общается с ребенком, и осознанно менять свое поведение;
- каждый раз делается новая видеозапись, для того чтобы воспитатель (родитель) пробовал применять на практике знания о построении позитивного диалога с ребенком;
- при разборе внимание взрослого обращается на конкретные аспекты взаимодействия (как взрослый посмотрел на ребенка, каким тоном обратился, как часто прикасался к ребенку, был ли контакт глаз, какие слова взрослого изменили поведение ребенка и т.д.). Важно, чтобы взрослому давались четкие комментарии, касающиеся конкретного момента на видеозаписи, а не взаимодействия вообще («Вы хорошо пообщались с ребенком»).

Принципы «хорошего диалога»

1. Проявляйте положительные эмоции — покажите, что вы любите своего ребенка.

Вопрос для обсуждения — как можно показать это ребенку, который пока не может разговаривать и недостаточно понимает обращенную к нему речь?

2. Подстраивайтесь под ребенка и следуйте за его действиями и инициативой.

Обратите внимание на следующее:

- Каков темп взаимодействия?
- Соблюдается ли при общении какая-нибудь очередность?
- Есть ли у взрослого и ребенка совместный фокус внимания?
- Имитирует ли взрослый действия и звуки ребенка?

3. Говорите с ребенком о том, что его занимает. Постарайтесь начать и поддерживать этот разговор. Такой «разговор» важен для формирования привязанности и развития внимания ребенка.

4. Хвалите ребенка и отмечайте то, с чем он справился. Это очень важно для развития уверенности в себе и желания действовать.

5. Помогите ребенку сконцентрировать внимание на каких-то предметах окружающего мира для изучения их вместе со взрослым.

Детям нужна помощь в привлечении внимания и развития способности концентрироваться. Укажите ребенку на предмет, привлечите его внимание или следуйте за фокусом внимания ребенка.

6. Придавайте смысл впечатлениям ребенка от окружающего мира, описывая то, что вы вместе переживаете, показывайте свои чувства и энтузиазм.

Ребенку очень важно, чтобы взрослый называл то, что видит, воспринимает и переживает ребенок. Придание смысла впечатлениям поможет ребенку лучше запоминать и действовать.

7. Углубляйте и давайте объяснения, когда вы переживаете что-то вместе с ребенком.

Для ребенка очень важна связь того, что он увидел сейчас, с тем, что он уже знает, что происходило раньше. Это важно для его интеллектуального развития.

8. Помогите ребенку научиться контролировать себя, ограничивая его позитивным образом: поправляя его, показывая альтернативы и совместно планируя действия. Это необходимо для развития самоконтроля. Формирование самоконтроля происходит в диалоге с воспитателем.

Использование видео помогает родителям и специалистам, работающим с детьми, получать больше удовлетворения от общения, что, в свою очередь, также позитивно сказывается на качестве взаимодействия с ребенком.

Литература

Борьесон Б., Бриттен С., Довбня С., Морозова Т., Пакеринг К. Ранние отношения и развитие ребенка. — СПб.: Питер, 2009.

Боулби Д. Привязанность / Attachment. (Серия «Psychologia universalis»). — М.: Гардарики, 2003.

Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. — М.: Класс, 1998.

Винникотт Д.В. Разговор с родителями. — М.: Класс, 1994.

Влияние изменения раннего эмоционального опыта на развитие детей в домах ребенка / Пер. с англ.; Под науч. ред. Р.Ж. Мухамедрахимова. — М.: Изд-во Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2009.

Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. — СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2003.

Програма «Зрелое Родительство» (рус. изд.) / Под науч. ред. Т. Морозовой, С. Довбня. — СПб.: Процвет, 2008.

Програма «Зрелые Младенцы» (рус. изд.) / Под науч. ред. Т. Морозовой, С. Довбня. — СПб.: Процвет, 2008.

Рюе Х. Когда ты и я вместе. Пособие для родителей / Пер. с норв. М. Никоновой. — СПб.: Институт раннего вмешательства, 1999.

Хундейде К. Направляемый диалог. Пособие для программы ICSP по развитию чувствительности / Пер. с норв. М. Никоновой. — СПб.: Институт раннего вмешательства, 1999.

Хундейде К. Восемь принципов хорошего диалога / Пер. с норв. М. Никоновой. — СПб.: Институт раннего вмешательства, 1999.

Handbook on Infant Mental Health / C. Zenah (Ed.). — N.Y. : Guilford Press, 2009.

Zero to Three (0—3). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition (DC: 0—3 R). — Washington (DC), 2005.

Глава 3

ДЕТИ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

В задачу данной книги не входит подробное рассмотрение всех медицинских проблем, приводящих к нарушениям в развитии, наша задача, скорее, заключается в обзоре трудностей, чаще всего встречающихся в практике сотрудников домов ребенка, и практических рекомендаций по их преодолению. Данные рекомендации могут использоваться для ребенка, имеющего общее отставание в развитии или трудности в освоении определенных навыков.

Двигательное развитие

Успешное двигательное развитие невозможно без контроля положения головы, конечностей и туловища. Развитие двигательных навыков происходит последовательно, однако у разных детей по-разному. Это нормальные индивидуальные различия, и они тем больше, чем сложнее навыки.

Так, например, новорожденный не умеет хорошо держать голову, но уже через год типично развивающийся ребенок умеет вставать и делать самостоятельные шаги, активно осваивает окружающий мир. Нормальный возрастной промежуток, в котором дети начинают ходить, составляет несколько месяцев, а промежуток, в котором дети начинают держать голову, всего несколько недель.

Двигательные навыки развиваются в двух направлениях:

1. Развитие навыков в цефало-каудальном направлении (от головы к ногам). Сначала ребенок учится держать голову, контролировать плечи, затем сидеть, вставать и т.п.
2. Развитие отделов от проксимальных к дистальным (от центра к периферии) — от туловища к конечностям. Сначала нужно стабилизировать туловище и плечевой пояс, а затем учиться навыкам мелкой моторики.

Кроме того, по мере развития двигательных навыков центр тяжести перемещается вверх и сужается площадь опоры (сначала ребенок лежит, опираясь практически на всю поверхность тела, затем начинает опираться на руки, отрывая грудь от поверхности, встает на четвереньки, потом начинает стоять у опоры с широко расставленными ногами, ходить самостоятельно и т.д.). Эти закономерности особенно важно знать при планировании программы занятий для детей с нарушениями.

Основные физиологические и биомеханические изменения, происходящие при совершенствовании двигательной активности ребенка

Новорожденный ребенок не может самостоятельно поднимать голову, лежа на животе. Центр тяжести расположен практически у поверхности, на которой лежит ребенок. Таз наклонен вперед. Ребенок может повернуть голову, чтобы освободить лицо, но в остальном его навыки в положении на животе сильно ограничены (рис. 5).

Постепенно у младенца появляется способность поднимать голову, и центр тяжести перемещается выше. Ребенок может видеть то, что происходит вокруг, но пока



Рис. 5

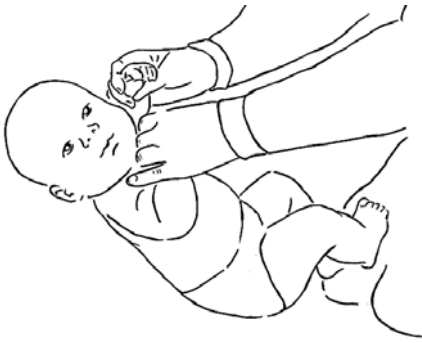


Рис. 6

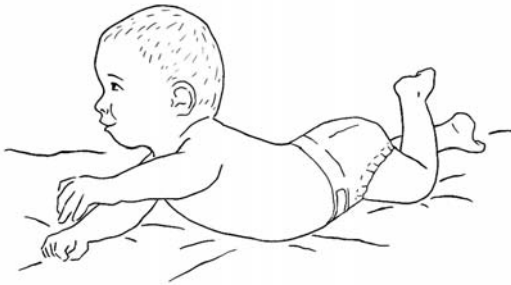


Рис. 7

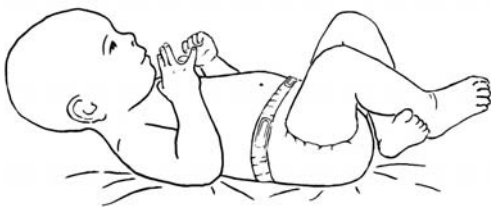


Рис. 8



Рис. 9

не может поднимать руки и использовать их для игры.

При поднимании за руки ребенок выводит голову вперед и удерживает ее в этом положении (рис. 6).

Постепенно ребенок учится опираться сначала на предплечья, все выше и выше поднимая грудь от земли, затем (обычно к 5—6 месяцам) он начинает отрывать грудь от поверхности и использовать руки для игры. Таз переходит в нейтральное положение (рис. 7). Появляется возможность активно двигать ногами, вес приходится на живот и колени.

В положении на спине ребенок начинает отрывать плечевой пояс и таз от поверхности опоры. Начинают формироваться основные физиологические изгибы позвоночника (рис. 8).

Все двигательное развитие ребенка направлено на достижение им способности самостоятельно передвигаться в пространстве. Младенец постепенно учится переворачиваться, крутиться, лежа на животе, потом ползать на животе, а затем ползать и на четвереньках.

Когда младенец встает на четвереньки, центр тяжести поначалу расположен довольно низко (рис. 9). Борясь с силой тяжести и постепенно развивая свою схему тела, баланс и силу мышц, ребенок научится ловко стоять на четвереньках, раскачиваться и тянуться одной рукой за игрушкой.

Начинает сидеть, сначала с поддержкой, а затем и самостоятельно. В положении сидя таз ребенка сначала наклонен назад, спина круглая, и руки служат опорой (рис. 10). Сначала сидеть ребенок может только при поддержке взрослого или в детском стульчике, обеспечивающем ему поддержку. Постепенно спина будет выпрямляться, исчезнет необходимость использовать руки для опоры.

Далее нужно научиться свободно пользоваться руками в положении сидя, что крайне важно для развития навыков мелкой моторики. Для этого ребенок должен уметь свободно балансировать телом в положении сидя, и нужны повороты плечевого пояса относительно таза.

Осваиваясь в положении на четвереньках, младенец совершенствует свой навык,

все выше отрываясь от земли. Появляется возможность свободных перемещений в пространстве — ребенок начинает ползать на четвереньках, поначалу используя симметричный образец (выбрасывая вперед обе руки одновременно и одновременно отталкиваясь двумя ногами), а затем переходя к ловкому асимметричному ползанию, поочередно переставляя руки и ноги. На пике развития этого навыка некоторые дети начинают ползать настолько быстро, что взрослым бывает трудно их догнать (рис. 11).

Наконец, ребенок пробует стоять! Для этого пока еще нужна опора, и отсутствует хороший баланс, но зато это формирует совершенно новый взгляд на мир. Площадь опоры остается достаточно широкой. Когда младенец только начинает осваивать положение стоя, ему требуется большое количество усилий для стабилизации тела и ног, поэтому он иногда может становиться на цыпочки, что в данном случае не является патологией.

Как только появляется способность удерживать свой вес в положении стоя с опорой — ребенок начинает осваивать передвижение в вертикальном положении, сначала вдоль опоры, а затем все более и более снижая степень поддержки, пока не сможет ходить самостоятельно (рис. 12).

Следующая задача (очень сложная!) — научиться менять положение тела и свободно вставать, стоя на одном колене и используя опору. Вместе с переходом к более совершенным видам передвижения тренируется способность контролировать баланс и выдерживать большее количество нагрузки на ноги в положении стоя.

Когда ребенок научится хорошо стоять, держась обеими руками, он начнет отпускать одну руку, чтобы поиграть с игрушкой. Сначала, держась только одной рукой, он будет пошатываться, и, возможно, для сохранения равновесия ему придется время от времени хвататься за выступающий край поверхности и другой рукой, но затем постепенно ребенок научится стоять без опоры.

А затем нужно научиться вставать без опоры! Для этого требуется хороший баланс и осознание собственной схемы тела (рис. 13).



Рис. 10



Рис. 11

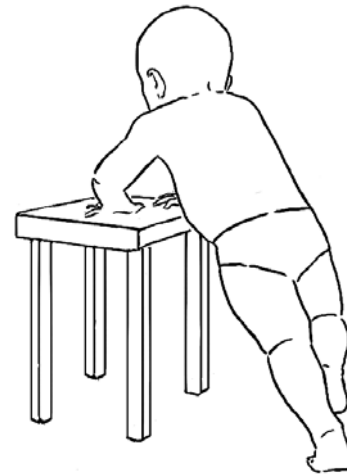


Рис. 12



Рис. 13

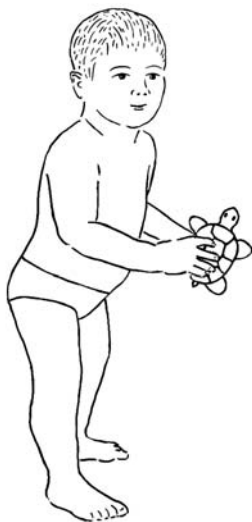


Рис. 14

Одновременно ребенок учиться ходить вдоль опоры, затем без опоры, держась сначала за обе руки взрослого, а потом за одну.

Ну и наконец, малыш начинает учиться ходить без поддержки на все более значительные расстояния (рис. 14). Ходьба — это сложный навык, который в своем развитии проходит множество этапов — от простого поочередного переступания широко расставленными ногами до совершенной ходьбы «перекатом» с пятки на носок, как делают взрослые. Для совершенствования этого навыка требуется много времени (в среднем от 5 до 7 лет).

От чего зависит двигательное развитие?

В современной литературе можно найти множество различных теорий двигательного развития, но все они отмечают важность рефлексов положения (постуральных рефлексов) для развития младенца.

Существует несколько разновидностей рефлексов положения, помогающих младенцу удерживать голову и тренировать баланс. Основные из них — это выпрямительные реакции, реакции равновесия, реакции сохранения положения и защитные реакции.

Общий смысл всех этих рефлексов заключается в следующем: у каждого типично развивающегося ребенка есть врожденные механизмы, которые срабатывают тогда, когда рецепторы получают сигнал о перемещении тела в пространстве. В ответ на этот сигнал тело и голова пытаются сохранить вертикальное положение.

Одних только врожденных механизмов недостаточно для обеспечения двигательного развития: они не могут заменить собственного двигательного опыта, в ходе которого у ребенка возникают разнообразные ощущения от своего тела, его положения и перемещения в пространстве.

Не все дети развиваются типично, и многим может потребоваться профессиональная помощь для стимулирования двигательного развития. Причины нарушений двигательного развития могут быть различны — от недостатка движения, сенсорных дефицитов и генетических синдромов, связанных с изменениями мышечного тонуса и нарушением осознания схемы тела, до церебрального паралича и вялых параличей вследствие спинномозговой грыжи.

Для того чтобы хорошо и скоординированно двигаться, нужно не только знать соответствующие движения, но и уметь поддерживать правильное положение тела. Любое наше движение начинается из определенной позы и заканчивается в другой позе, и если та поза, в которой началось движение, не является оптимальной, то и движение получится неловким и неправильным. Например, трудно потянуться вверх обеими руками из положения сидя на стуле с круглой спиной и низко опущенной головой.

Двигательные нарушения ребенка влияют на дыхание и на голосообразование, артикуляцию, мимику и жесты, которыми малыш пытается пользоваться для общения с окружающими. Например, ребенку с выраженной спастикой (повышением мышечного тонуса) может быть трудно произносить звуки, его вокализации тихие, мимика обеднена, он мало пользуется жестами, потому что ему трудно двигаться.

Раннее вмешательство при нарушениях двигательного развития

Чем бы ни было обусловлено отставание в двигательном развитии, программа раннего вмешательства должна разрабатываться с учетом ежедневных занятий и реализовываться в естественном окружении ребенка, а материалы и специальные приспособления должны быть доступны и для воспитателей в группе.

Программа раннего вмешательства должна обеспечивать ребенку ежедневный опыт игры и взаимодействия с воспитателем в различных положениях (на животе, на спине, лежа на боку, при переноске, сидя/сидя с поддержкой).

Ориентировочно определить уровень развития крупной моторики ребенка и поставить цели вмешательства поможет руководство «Каролина»:

Возраст	Область развития 24. Навыки крупной моторики: положение лежа на животе
3 мес.	Приподнимает голову так, что вы видите его нос; ручки и ножки согнуты.
	Поднимает голову под углом 45 градусов, руки и ноги частично согнуты.
6 мес.	Поднимает голову, вытягивает руки, туловище и ноги в положении лежа на животе.
	Переносит вес тела на локти в положении лежа на животе.
	Переворачивается с живота на спину.
	Опираясь на локоть одной руки, другую тянет вперед.
	Опирается на выпрямленные руки, голова приподнята.
Крутится вокруг своей оси в положении лежа на животе.	
9 мес.	Подтягивается вперед в положении лежа на животе.
	Подтягиваясь, становится на четвереньки.
	Раскачивается, стоя на четвереньках.
	Играет с игрушками в асимметричном полусидячем положении.
12 мес.	Продвигается (ползает) на четвереньках.
	Высоко поднимает одну руку, стоя на четвереньках.
15 мес.	Ползает вверх по лестнице.
	Сползает вниз по лестнице спиной вперед.
	Область развития 25. Навыки крупной моторики: положение лежа на спине
3 мес.	Поворачивает голову, реагируя на звуковой или зрительный стимул.
	Сгибает и выпрямляет руки и ноги.
	Подносит руки ко рту.
	Держит голову по средней линии тела, лежа на спине.
9 мес.	Протягивает руку, лежа на спине.
	Играя, держит ноги поднятыми.
	Переворачивается со спины на живот.

	Область развития 26. Навыки крупной моторики: вертикальное положение
3 мес.	Уверенно держит голову, находясь на руках у взрослого.
6 мес.	Уверенно держит туловище, когда его придерживают за бедра.
9 мес.	Садится из положения лежа на животе или стоя на четвереньках.
12 мес.	Сидит без поддержки.
	Подтягиваясь, встает.
	Держась за опору, шагает вправо и влево.
	Держась за опору, наклоняется, чтобы поднять игрушку.
	Отнимает руки от опоры и стоит самостоятельно.
	Шагает самостоятельно.
15 мес.	Из положения стоя на четвереньках приподнимается, опираясь на стопы и кисти, а затем встает.
	I. Поза и передвижение
18 мес.	Ходит боком.
	Ходит спиной вперед.
21 мес.	Сидит на корточках во время игры.
	Неуклюже бегают.
24 мес.	Хорошо бегают.
	II. Лестница
18 мес.	Поднимается по лестнице, держась за перила. Ставит обе ноги на одну ступеньку.
	Спускается по лестнице, держась за перила. Ставит обе ноги на одну ступеньку.
21 мес.	Поднимается по лестнице, не держась за перила. Ставит обе ноги на одну ступеньку.
24 мес.	Спускается по лестнице, не держась за перила. Ставит обе ноги на одну ступеньку.
	III. Прыжки
24 мес.	Подпрыгивает, отрывая обе ноги от пола.
	Соскакивает обеими ногами со ступеньки.

Общие принципы работы по улучшению двигательных навыков

Мотивация. Малыш, возможно, не будет стараться передвигаться, если это ему неинтересно или непонятно. Двигаться ради того, чтобы просто двигаться, — это не всегда интересно. Дети со сниженной мотивацией предпочитают оставаться в одном и том же положении. Для того чтобы ребенку захотелось попробовать новое движение, его нужно заинтересовать. Понаблюдайте за тем, что ребенок любит делать (стучать, нажимать на кнопки, стаскивать платочек с игрушки и т.д.), и стройте занятие

таким образом, чтобы оно давало ему новый опыт игры с любимыми игрушками, это будет стимулировать малыша пробовать новые положения.

Общение. В этой книге мы не устаем повторять, что дети созданы, чтобы общаться, это их неотъемлемая потребность. Говорите с ребенком, привлекайте его внимание, поощряйте совершать движения и не забывайте хвалить его за самые маленькие успехи. Ради того чтобы доставить удовольствие взрослому, дети готовы на многое.

Многие дети в домах ребенка пассивны и отстают в двигательном развитии не потому, что у них есть специфические нарушения или какие-то генетические синдромы, им просто не с кем или не для кого учиться передвигаться.

Пространство. Специальные занятия с ребенком, который отстает в двигательном развитии, очень важны, но пробовать новые навыки нужно не только на занятиях, и в течение дня малыш должен находиться в развивающем пространстве. Трудно учиться ползать и переворачиваться в небольшом манеже. Ребенку надо предоставить место и возможность за чем-то тянуться, вставать, ползти и т.д. А для того чтобы тянуться и передвигаться — малышам нужны интересные игрушки. В раннем возрасте дети любят, когда их действие с игрушкой приводит к какому-то эффекту (например, нажал кнопку — что-то открывается или игрушка издает звук). Целыми днями сидеть и собирать пирамидку ребенку не интересно.

Безопасность. Пространство, в котором малыш учится двигаться, должно быть безопасным. Малыш, осваивая новый навык (сидеть, садиться, стоять, вставать, ходить), не должен упасть и испугаться, после этого он может надолго перестать пробовать этот навык. Поверхность, на которой находится ребенок, не должна быть слишком твердой и скользкой, с другой стороны, эта поверхность не должна быть слишком мягкой, чтобы ребенок не проваливался, как в гамаке или на толстой перине. Желательно, чтобы ребенок носил удобную обувь, а не просто носки, в которых ноги разъезжаются и скользят.

Активность ребенка. У некоторых специалистов, работающих с детьми, отстающими в развитии, есть склонность многое выполнять за ребенка (передвигать его руки и ноги, делать что-то руками ребенка). Это обусловлено тем, что детей слишком много, они все делают слишком медленно, не сразу учатся и т.д. Однако, делая что-то за ребенка, мы лишаем его возможности попробовать навык самостоятельно, он не видит, что именно его собственные усилия приводят к интересному результату, и следовательно, не старается прилагать этих усилий. Некоторые навыки следует разбить на очень маленькие составные части, дав ребенку возможность самостоятельно попрактиковаться, добиваясь при этом успеха.

Основными задачами программы помощи при двигательных нарушениях являются:

- 1) Развитие двигательных навыков.
- 2) Развитие функциональной мобильности.
- 3) Развитие силы слабых мышц.
- 4) Растягивание спастичных мышц.
- 5) Создание мышечного баланса.
- 6) Стимулирование мышечной активности.
- 7) Обеспечение вертикализации (сидя и стоя)
- 8) Предотвращение контрактур, деформаций, пролежней, застойных явлений.

Далее будут описаны советы по развитию конкретных навыков и обеспечению полноценной программы двигательного развития для детей с различными нарушениями.

Программа помощи для детей с синдромом Дауна

Все дети с синдромом Дауна очень разные и не похожи друг на друга. Однако существуют некоторые врожденные физические особенности, которые присущи им в большей степени, чем типично развивающимся детям. Ниже приведена частота встречаемости этих особенностей среди детей с синдромом Дауна в % (Roizen, Patterson):

- брахицефалия (63—98%)
- поперечная ладонная складка (70—98%)
- промежуток между первым и вторым пальцами (44—97%)
- кожная складка на шее (17—94%)
- гиперподвижность суставов (47—92 %)
- деформации ушных раковин (28—91%)
- выступающий язык (32—89%)
- плоская переносица (57—87%)
- мышечная гипотония (21—85%)
- эпикант (28—79%)
- пигментные пятна по краю радужки (35—78%)
- короткий пятый палец (51—77%)
- клинодактилия 5-го пальца (43—77%)
- сравнительно короткие руки (38—75%)
- аркообразное («готическое») нёбо (59—74%)
- одиночная ладонная складка (42—64%)
- ВПС — полный открытый артериальный проток, тетрада Фалло (40—50%)
- транзиторная миелодисплазия новорожденных (10%)
- атрезия пищевода (5—8%)

Кроме того, на развитие детей с синдромом Дауна в значительной степени влияют медицинские проблемы (врожденные пороки сердца, желудочно-кишечные проблемы, респираторные инфекции, ушные инфекции и т.д.), которые снижают скорость освоения двигательных навыков. Из-за этих проблем дети быстро устают, недостаточно выносливы. Так, например, заболевания уха мешают развитию умения сохранять равновесие, особенно в положении стоя и при ходьбе. Вместе с тем освоение новых положений и навыков помогает в преодолении медицинских проблем (например: положения на животе (пронататорные) являются хорошей профилактикой частых респираторных заболеваний).

Другой важный фактор — это сниженное осознание движений (плохая схема тела и сниженная проприоцепция), свойственное людям с синдромом Дауна.

Что мешает двигательному развитию детей с синдромом Дауна?

Гипотония. Детям с синдромом Дауна присущ сниженный мышечный тонус. Особенно явно он проявляется в первые месяцы жизни ребенка. Если положить на живот младенца с синдромом Дауна, он не сможет поднять голову — она свалится набок, ручки и ножки раскинутся на кровати. Эта вялость объясняется пониженным мышечным тонусом. Низкий мышечный тонус вместе со сниженной силой мышц и меньшей выносливостью сильно затрудняет двигательное развитие.

Гипотония проявляется у разных детей в разной степени. У одних она выражена слабо, у других — очень заметно. С возрастом мышечный тонус несколько нормализуется, но все же остается сниженным на протяжении всей жизни.

Разные части тела малыша имеют разный мышечный тонус. Например, тонус мышц рук может быть ниже, чем тонус мышц ног; правая и левая части тела также могут иметь разный тонус. Пониженный мышечный тонус будет тормозить развитие навыков, которые требуют участия соответствующих мышц. Ребенку с низким тонусом мышц рук трудно научиться ползать на животе и подтягиваться, чтобы встать на ноги, поскольку руки в этих действиях принимают самое активное участие. Ребенку с низким тонусом мышц живота труднее сохранять равновесие в положении стоя, труднее научиться передвигаться на четвереньках.

Слабость связочного аппарата суставов тоже свойственна детям с синдромом Дауна. Связки, соединяющие кости, менее эластичные и более слабые, чем у типично развивающихся детей. Слабость связочного аппарата приводит к гиперподвижности суставов. У маленьких детей особенно заметна подвижность суставов бедер. Когда младенец лежит на спине, его ноги чаще всего согнуты в тазобедренных и коленных суставах, а колени разведены (поза «лягушки»). У детей постарше слабость связочного аппарата суставов видна по тому, как они ставят свои стопы: когда ребенок стоит, они выглядят плоскими, будто не имеют свода.

Слабость связочного аппарата характерна и для плечевого сустава. Не следует поднимать ребенка, беря его под мышки, это может стать причиной подвывиха плечевого сустава. По мере взросления ребенка и укрепления мышц рук плечевые суставы становятся стабильнее, и его можно так поднимать.

Низкая мышечная сила. У детей с синдромом Дауна мышцы слабее, чем у типично развивающихся детей, однако с помощью интенсивных занятий и многократных повторений упражнений можно их укрепить. Если этого не сделать, ребенок будет неосознанно стремиться к более легким движениям, в будущем это сослужит ему плохую службу. Например, ребенок в положении стоя из-за слабых мышц туловища и ног может стоять, только выпрямив ноги в коленях и жестко зафиксировав их. Нужно помочь ему укрепить мышцы, чтобы стоять правильно, не напрягая колени.

Короткие руки и ноги. Руки и ноги у детей с синдромом Дауна по сравнению с длиной туловища короткие. Ребенку труднее научиться садиться, поскольку он не может опереться на руки, пока не наклонится вперед. При падении на бок приходится дольше падать, прежде чем удастся руками задержать падение. Короткие ноги не позволяют забираться на стул или подниматься по ступенькам с той легкостью, с какой бы хотелось.

Зрительные нарушения. Чаще всего это снижение остроты зрения, из-за чего ребенку, чтобы разглядеть предмет, приходится подносить его слишком близко к глазам. Зрительные нарушения серьезно влияют на развитие двигательных навыков. Многие зрительные нарушения можно скорректировать, если с самого раннего возраста правильно подобрать ребенку очки. Понаблюдайте за тем, как ребенок смотрит, и при необходимости покажите его врачу.

На двигательное развитие влияет не только мышечный тонус, рефлекс и другие физические характеристики, но и *темперамент*.

Существует множество факторов, объясняющих, почему одни дети с синдромом Дауна развиваются быстрее, а другие медленнее. Всех детей с синдромом Дауна Патрисия Уиндерс (Patricia Winders) предлагает условно разделить на две группы по темпераменту: «Деятели» и «Созерцатели».

«Деятели»	«Созерцатели»
Любят перемещаться с места на место и лишь недолго остаются в одном положении.	Любят оставаться в одном и том же положении и довольствуются наблюдением, социальным контактом и игрой с игрушками, находящимися в пределах досягаемости. Чтобы переместиться в другое место, им необходима причина.
Терпимо относятся к новым положениям и движениям и идут на риск. Получают удовольствие от кратковременного пребывания на руках у взрослых, а затем предпочитают подвигаться, чтобы исследовать окружающую среду.	Осторожны, осмотрительны и легко пугаются новых движений и положений. Любят, когда их берут на руки, и могут оставаться на руках у взрослых долго.
Двигаются быстро.	Предпочитают двигаться помедленнее, чтобы чувствовать, что равновесие сохраняется и находится под контролем.
Любят поворачиваться, ползать на животе, на четвереньках, принимать разные положения, лазать, вставать и ходить.	Любят стационарные положения, например, сидеть и стоять.
Поначалу сопротивляются, когда их побуждают принять стационарное положение, то есть посидеть или постоять.	Поначалу сопротивляются, когда их побуждают проползти на животе, встать на четвереньки, походить, принять новое положение или выйти из него.

Стимуляция двигательного развития у детей с синдромом Дауна (по Уиндерс, 2003)

1. Возможная проблема: Ребенок с синдромом Дауна не умеет поддерживать симметричную позу лежа

Пути решения: Возможно, сейчас ребенку легче всего играть, лежа на боку, поскольку его голова при этом находится в положении, позволяющем ему смотреть прямо перед собой; его ручки вместе, и он может видеть их, ножки тоже вместе. Удерживать голову, руки и ноги в этом положении помогает сила земного тяготения.

Положение лежа на боку малыш будет использовать только в течение нескольких месяцев. Научившись поворачиваться со спины на животик и наоборот, он не будет больше пользоваться им.

Другое важное положение — лежа на животе с валиком под грудью. Для маленького ребенка положение лежа на животе — самое трудное, ведь для того, чтобы поднять голову и приподняться на руках, ему придется преодолеть силу земного тяготения. Трудно одновременно выполнять две нелегкие двигательные задачи, но использовать это положение важно для развития мышц шеи, плеч и предплечий.

2. Возможная проблема: Ребенок с синдромом Дауна не умеет садиться

Дети с синдромом Дауна часто используют неадекватные двигательные паттерны, которые могут мешать им развиваться и даже приводить к осложнениям. Так, многие из них садятся следующим образом: в положении лежа на животе широко расставляют ноги и садятся на шпагат. Делая это, они выпрямляют и жестко фиксируют ноги в коленных суставах. Некоторые дети с синдромом Дауна в состоянии

проделать такую комбинацию, потому что им присущи сниженный мышечный тонус и чрезмерная подвижность суставов. Если этот способ садиться станет у ребенка единственным, он будет и в положении стоя, и при ходьбе широко расставлять ноги и фиксировать их в коленных суставах. Он не научится при смене поз переносить вес тела с одной стороны на другую, поворачивать туловище и пользоваться руками.

Пути решения: Если ребенок не умеет садиться из положения лежа на спине, проще всего перейти в положение сидя из положения стоя на четвереньках. Когда ребенок научится вставать на четвереньки, помогайте ему садиться из этого положения.

Можно взяться руками за его бедра, отвести их в сторону, а потом опустить вниз, на пол. Зафиксируйте их в этом положении и подождите, пока он оттолкнется руками, чтобы сесть. Отрабатывая этот навык, он научится, стоя на четвереньках, наклонять бедра то в одну, то в другую сторону, а это одна из возможностей научиться переносить вес с одной стороны на другую. Со временем малыш сможет опустить бедра на пол без вашей помощи. Когда он сделает это, вам останется только зафиксировать их, чтобы он смог оттолкнуться и сесть. Со временем малыш научится все это делать самостоятельно.

Этот способ — самый легкий, так как ребенок может просто упасть на пол и окажется в чрезвычайно удобном положении для того, чтобы оттолкнуться руками и сесть. Если ребенок, стоя на четвереньках, держит колени вместе, это произойдет легко. Вам нужно следить за положением его коленей постоянно. Если колени малыша широко расставлены или расстояние между ними больше ширины бедер, он не перейдет из положения стоя на четвереньках в положение сидя.

Другой способ — это переход в положение сидя из положения лежа на животе. Сначала ребенок перевернется на бок так, чтобы можно было опереться на локоть. Помогите ему принять положение сидя. Позже малыш научится садиться из положения лежа на боку, отталкиваясь обеими руками. Когда он повернется на бок, вы можете зафиксировать его бедра, и тогда ему будет легче отталкиваться руками.

Еще один способ — садиться из положения стоя на коленях. Это поможет ребенку подготовиться к переходу в положение сидя из положения стоя на четвереньках.

Попробуйте помочь ребенку сесть из положения лежа на боку.

Уметь правильно садиться очень важно для освоения последующих навыков — переход из положения сидя в положение лежа, становиться на колени и переходить из этого положения в другое, подтягиваться и вставать, сохранять равновесие в положении стоя и ходить.

Когда малыш научится подтягиваться и садиться, пользуясь обеими руками, это означает, что он готов осваивать умение подтягиваться и вставать, поворачиваясь на бок. Лежа на спине, малыш одной рукой хватается за ваш большой палец, а вы поворачиваете его на бок и приподнимаете так, чтобы он мог опереться на ту руку, которая окажется внизу. Из этого положения надо помочь ему подтянуться и сесть прямо.

Поначалу нужно переводить его из одного положения в другое быстро, чтобы он понял, какие движения следует совершать руками и туловищем, чтобы сесть. Когда он уже будет знать, что делать, переводите его из одного положения в другое медленнее, и тогда ему придется контролировать движения рук и туловища самостоятельно. Если заниматься с ребенком так, как описано выше, он научится поворачиваться на бок, держась за ваш большой палец и подтягиваясь, опираться на одну руку и отталкиваться ею, чтобы приподняться, пользоваться мышцами живота для подъема туловища, а также подтягиваться вверх и поворачиваться в сторону, чтобы сесть и принять устойчивое положение.

Важно начать обучение, пока ребенок еще не садится самостоятельно. Он учится последовательности движений, повороту на бок из положения лежа на спине, чтобы после этого сесть. В этот период важно научить его правильному способу садиться из положения лежа.

Большинство детей с синдромом Дауна учатся садиться из положения стоя на четвереньках, а некоторые — из положения лежа на животе. Каждый ребенок садится так, как ему нравится.

3. Возможная проблема: Ребенок не умеет переходить из положения сидя в другое положение

Пути решения: Нужно научить ребенка переходить из положения сидя в положение лежа на боковой поверхности бедра.

Сначала ребенок учится ложиться на живот из положения сидя, поворачиваясь в сторону. Это самый простой способ, поскольку он может сделать это падая. Сначала ребенку нужно больше поддержки, чтобы опереться руками в пол сбоку, после чего он упадет вниз на живот. При отработке этого умения он учится поднимать голову, чтобы не удариться, и сползает медленно с помощью рук. Когда вы впервые поможете ребенку опереться в пол руками сбоку, его локти будут выпрямлены. Упражняясь, он станет сгибать руки в локтях, чтобы не падать, и медленно опускаться, контролируя свои движения. Позже он научится ставить руки на пол самостоятельно. Если вы сбоку от него положите игрушку, он поставит руки на пол сбоку и контролируемым движением опустится на живот.

Когда ребенок сможет стоять на четвереньках и передвигаться на них, он будет переходить из положения сидя в положение стоя на четвереньках. Сидя, он упрется обеими руками в пол с одной стороны от тела, а затем поднимет вверх ягодицы, чтобы встать на четвереньки.

4. Возможная проблема: Ребенок с синдромом Дауна не умеет стоять на четвереньках

Стоять на четвереньках ребенку с синдромом Дауна сначала достаточно сложно из-за того, что трудно установить ноги в нужное положение. Когда он опирается на руки, лежа на животе, его ноги широко разведены, а колени вывернуты наружу. Ноги ребенка недостаточно сильны, а сам он не понимает, как расположить их так, чтобы можно было встать на четвереньки. Нужно научиться сгибать их в тазобедренных и коленных суставах, сдвигать колени и удерживать в таком положении.

Пути решения: Для того чтобы ребенок был готов осваивать новое положение — стоя на четвереньках, — он должен уметь опираться на руки, лежа на животе.

Положение стоя на четвереньках поможет ребенку научиться ставить ноги близко друг к другу и удерживать на них свой вес.

Тренировать положение стоя на четвереньках с поддержкой лучше всего следующим образом. Положите на пол мягкий модуль, толщиной 15—20 см, поставьте руки ребенка на него, а колени — на пол. Таким образом, плечи окажутся выше таза, а значит, на ноги будет приходиться больший вес, на руки — меньший, и ребенок сможет ими манипулировать.

Когда ребенок впервые окажется в этой позиции, сдвиньте его колени и удерживайте их в таком положении, чтобы они оказались под животом, после чего опустите его ягодицы на пятки. При такой поддержке ноги ребенка будут согнуты в тазобедренных и коленных суставах, и он сможет удержать колени прижатыми друг к другу. Без поддержки его колени разъедутся в стороны, и он «съедет» на пол.

Постепенно толщину модуля можно уменьшить, пока ребенок не сможет встать на четвереньки так, чтобы и колени, и ладони были на одном уровне. Для того чтобы удерживаться в таком положении, ему нужно укрепить мышцы рук и ног и научиться использовать мышцы живота для сохранения равновесия.

После того как ребенок освоится с этой позой, он попытается принять это положение сам. Для того чтобы встать на четвереньки, ребенку необходимо подняться на руках и остаться в таком положении. Ему также необходимо согнуть ноги в тазобедренных и коленных суставах и свести колени вместе. Сначала ему придется правильно ставить руки, он обопрется на них и после этого приподнимет живот. Далее он сможет перевести в нужное положение ноги.

5. Возможная проблема: Ребенок не умеет вставать на четвереньки

Детям с синдромом Дауна трудно овладеть этим умением по нескольким причинам: из-за слабых рук, из-за того, что часто они держат ноги широко разведенными, и из-за слабых мышц живота.

Рано или поздно большинство детей все-таки освоят этот навык, но то, когда это произойдет, зависит от силы рук, ног и живота. Некоторым детям нравится лежать на животе, они учатся ползать, а передвижение на четвереньках оставляют «на потом».

Пути решения: Когда ребенок отталкивается от пола вытянутыми руками, приподнимите его бедра и отклоните немного назад, дождитесь, пока он подтянет свои колени. Прodelывайте это упражнение по несколько раз в день, когда ребенок играет на полу.

Овладеть этим навыком также помогают занятия на валике или на бедре взрослого, когда под грудью у ребенка есть некоторая опора, а взрослый помогает сводить колени при опоре на них.

Когда ребенок овладел этим навыком, помогите ему начать раскачиваться, стоя на четвереньках.

Когда ребенок с синдромом Дауна научится вставать на четвереньки, он освоит и многие другие навыки. Положение стоя на четвереньках — ключевая поза, из которой ребенок учится садиться, передвигаться, вставать на колени и на ноги. Положение стоя на четвереньках дает ребенку возможность пользоваться более эффективными способами перехода из одного положения в другое. Он сможет перемещаться из одного места в другое. Он будет переходить из положения сидя в положение стоя на четвереньках, добираться на четвереньках до дивана или стола, подтягиваться, чтобы встать на колени, а потом подтягиваться, чтобы встать на ножки.

Передвижение на четвереньках учит ребенка сохранять равновесие посредством работы мышц живота, сгибать ноги в коленях и передвигать их, не расставляя широко. Освоение этих движений подготавливает к умению ходить. В частности, это поможет ему научиться сгибать колени при ходьбе, держась за руку. Пока ребенок не научится передвигаться на четвереньках, он, вероятно, будет ходить с поддержкой, выпрямив и жестко зафиксировав ноги в коленных суставах.

6. Возможная проблема: Ребенок не умеет стоять с поддержкой

Если ребенок начнет стоять до того, как мышцы его ног приобретут достаточную силу, или не научится с самого начала стоять правильно, то у него сформируются неадекватные двигательные навыки. Он может стоять, широко расставив ноги, вывернув стопы наружу; при этом ноги будут выпрямлены и жестко зафиксированы в коленных суставах, а прислоняться к опоре он будет животом.

Для того чтобы правильно стоять, ребенку придется научиться:

- Держаться за опору.
- Удерживать положение, в котором колени и стопы располагаются под бедрами, а стопы при этом направлены вперед.
- Держать колени не выпрямленными до конца, а слегка согнутыми.

Пути решения: Важно, чтобы ребенок умел пользоваться мышцами живота для сохранения равновесия. Самый лучший способ научить его этому — помочь ему ухватиться за большие пальцы ваших рук. Таким образом, он располагает свои руки перед грудью, не выше плеч. В этом случае возможность возвращения в исходное положение при наклонах в сторону или назад целиком зависит от него. При обучении умению стоять у опоры, важно уделять особое внимание разгибанию и сгибанию ног ребенка в коленных суставах при движении вверх и вниз. Разгибание дается легче, чем сгибание. Тренировки позволят ему хорошо сгибать ноги в коленках.

Позже, после того как ребенок научится стоять, держась за ваши пальцы, он сможет стоять, держась за опору. В качестве такой поверхности могут быть использованы детский столик, край манежа и т.п.

Важно следить при этом, чтобы ребенок не отставлял назад таз и не выпрямлял ноги слишком сильно. Колени ребенка не должны быть выпрямлены и жестко зафиксированы. Они должны быть слегка согнуты или распрямлены так, чтобы их можно было легко согнуть. Если сзади поставить стульчик, он будет чувствовать себя увереннее и скорее согнет коленки. Кроме того, он сможет опуститься на стульчик, как только будет готов сменить позу. Следите за тем, чтобы стульчик был надежно закреплен и не скользил по полу.

Внимательно следите за положением ног ребенка и поправляйте их, как только он сдвинется с места. Нужно с самого начала учить малыша стоять при малой площади опоры, только тогда он сможет развить силу мышц и способность сохранять равновесие, необходимое в положении стоя с поддержкой.

7. Возможная проблема: Ребенок не умеет ползать на четвереньках

Ребенок уже умеет стоять на четвереньках и раскачиваться, но это еще не значит, что он готов двигаться вперед, он просто укрепляет мышцы и развивает умение сохранять равновесие, чтобы суметь удержаться в этом положении. Для передвижения на четвереньках требуются более сложные скоординированные движения, нужно уметь переносить вес и сохранять равновесие.

Пути решения: Когда ребенок стоит на четвереньках, покажите ему любимую игрушку на таком расстоянии, чтобы он не смог до нее дотянуться. В случае необходимости положите ему руку под живот, помогая ползти на четвереньках, а не ложиться на живот.

Ребенок, который способен раскачиваться, стоя на четвереньках, уже готов к тому, чтобы поползти.

Дети овладевают навыком ползания на четвереньках в разные сроки, в зависимости от того, когда они становятся достаточно сильными для этого и какая у них мотивация. Поощряйте ребенка тянуться к предмету перед ним, когда он стоит на четвереньках. Пусть сначала ребенок тянется за игрушкой, помещенной на уровне его плеча, затем постепенно передвигайте игрушку, чтобы она оказалась выше.

Если ребенок научится ползать на четвереньках раньше, чем ползать на животе, это и станет его главным способом перемещения. Если у него слабые руки, то он мо-

жет раньше научиться ползать на животе и, укрепляя мышцы рук, готовить себя к ползанию на четвереньках. Когда ребенок поймет, что подтянуться и встать на ноги будет легче, если на четвереньках добраться до соответствующего предмета мебели, на который можно опереться, то у него появится стимул научиться передвигаться на четвереньках.

Поначалу ребенок будет экспериментировать: передвигать на небольшое расстояние только руку или ногу, сначала его колени будут разведены, и расстояние между ними будет больше ширины бедер. Со временем малыш станет быстро и эффективно передвигаться на четвереньках, перемещая одновременно правую руку и левую ногу, затем левую руку и правую ногу.

Некоторые дети сначала учатся передвигаться, поставив одну ногу на колено, а другую на ступню, но позже начинают передвигаться на двух коленях. Иногда дети с синдромом Дауна могут быть очень изобретательны в поисках способов передвижения. Например, некоторые из них перемещаются задом наперед, сидя на полу и отталкиваясь руками. Другие, сидя на полу и упираясь ступнями, подтягивают себя вперед.

Важно также, на каком покрытии учится ползать ребенок. Линолеум и паркет имеют скользкую поверхность, по которой проще двигаться вперед. Ковер с длинным ворсом дает ребенку возможность цепляться за ворс руками, но по ковру с более коротким ворсом ребенку все же легче перемещаться.

8. Возможная проблема: Ребенок не умеет залезть куда-либо (на диван, кровать)

Для того чтобы успешно залезть наверх, ребенок должен воспользоваться всем своим телом. Ему нужно уметь подтягиваться с помощью рук или опираться руками, отталкиваться ногами и пускать в ход мышцы живота, чтобы продвинуться вперед.

Пути решения: Ребенок будет готов учиться лазать после того, как научится ползать на животе или передвигаться на четвереньках, независимо от того, какой из этих двух навыков он усвоит первым. Если он ползает, но не становится на четвереньки или не может на них передвигаться, лазание поможет ему научиться движениям, нужным для того, чтобы передвигаться на четвереньках.

Из-за того что у ребенка с синдромом Дауна ноги относительно короче, нежели у типично развивающихся сверстников, ему труднее забираться куда-либо.

Нужно начать практиковаться на мягких модулях, высотой не выше уровня бедер ребенка — на такую высоту он сумеет залезть. Поначалу и эту задачу нужно будет облегчить, положив еще один мягкий модуль толщиной 15—20 см на пол. Ребенок сможет вставать на него, как на ступеньку. Позже уберите подставку, чтобы ребенок мог попрактиковаться без нее. Затем начинайте учить ребенка карабкаться по ступенькам детской горки.

Поначалу, пока ребенок только начнет забираться на горку или модули, его колени будут широко разведены и вывернуты наружу, а отталкиваться он будет ступнями. Со временем он научится располагать колени прямее и пользоваться меньшей площадью опоры. Такое положение ног вырабатывается и во время передвижения на четвереньках, и при подъеме по ступенькам.

Затем нужно научить ребенка слезать с поддержкой. Поначалу нужно помочь ему проделать все действия, пока он не запомнит их сам. Его нужно научить сначала поворачиваться на живот, а затем соскальзывать вниз до тех пор, пока ноги не коснутся пола.

9. Возможная проблема: Ребенок умеет стоять, но не умеет садиться из положения стоя

Ребенок должен научиться не просто отпускать руки и падать на пол, а научиться переходить из положения стоя в положение сидя, сгибая колени.

Пути решения: Для того чтобы научиться садиться, ребенок должен освоить два важных умения:

- Умение держаться за опору.
- Умение сгибать колени по мере того, как он опускается на пол.

Практикуйтесь с ребенком в этих умениях, и вы увидите, как он научится держаться за опору и сгибать колени, садясь на стул. Однако сесть на пол — значит, проделать более длинный путь, и ему придется тренироваться, пока он не почувствует себя более уверенно. Оказывайте ребенку поддержку, пока он не научится выполнять все действия и при этом не подвергать себя опасности.

10. Возможная проблема: Ребенок с синдромом Дауна не умеет стоять, держась за опору, или упирается в нее животом и слишком широко расставляет ноги

Это не позволяет ему вовремя овладеть движениями, необходимыми для умения сохранять равновесие.

Пути решения: Ребенку нужно научиться стоять, держась за опору одной или двумя руками.

Сначала ребенок отрабатывает это умение, держась обеими руками за поверхность с выступающим краем (например, детский столик). Тем самым он учится сохранять равновесие с помощью мышц рук и живота. Если он отклоняется назад или вбок, ему приходится прилагать усилия к тому, чтобы вернуться в устойчивое положение.

Чтобы облегчить себе задачу, ребенок иногда упирается в опору животом, в этом случае передвиньте его руки к краю, а ноги поставьте на ширине бедер.

Когда ребенок научится хорошо стоять, держась обеими руками, он начнет отпускать одну руку, чтобы поиграть с игрушкой. Сначала, держась только одной рукой, он будет пошатываться, и, возможно, для сохранения равновесия ему придется время от времени хвататься за выступающий край поверхности и другой рукой. Тренировки позволят ему укрепить мышцы рук и развить способность лучше сохранять равновесие.

11. Возможная проблема: Ребенок с синдромом Дауна не осваивает навык ходьбы

Пути решения: Сначала нужно научиться ходить, держась за руки, и только потом самостоятельно. Для этого нужно развивать мышцы живота и ног, уметь сохранять равновесие, быть выносливым и иметь мотивацию, чтобы ходить.

Для того чтобы сделать шаг, ребенок должен перенести вес тела на одну ногу так, чтобы другая нога была свободна и могла двигаться. Поначалу его руки нужно поддерживать. Это поможет ему сохранять равновесие, когда он делает шаг. Шагая с поддержкой, ребенок научится пользоваться мышцами живота таким образом, чтобы переносить вес тела на одну ногу и получать возможность шагать.

Обычно навыки ходьбы формируются в следующей последовательности:

1. Ходит с поддержкой за обе руки.
2. Ходит, держась за игрушку-каталку.
3. Ходит с поддержкой за одну руку.
4. Делает первые самостоятельные шаги.
5. Ходит самостоятельно, вначале проходя более 2—3 шагов дома, затем свободно перемещаясь по улице.

11.1. Возможная проблема: Не умеет ходить даже когда его поддерживают за две руки

Пути решения: Ребенок будет готов к ходьбе с поддержкой за обе руки, после того как научится передвигаться вдоль мебели и сохранять равновесие в положении стоя, держась одной рукой за опору.

Для того чтобы научить ребенка ходить с поддержкой за обе руки, вам нужно побудить его ухватиться за большие пальцы ваших рук, при этом расположить его руки так, чтобы локти были согнуты, а кисти находились перед грудью на уровне плеч или ниже.

Держась за ваши большие пальцы, ребенок учится самостоятельно сохранять равновесие. Если же его держите вы, то у него нет нужды самому удерживать равновесие.

Для того чтобы малыш смог воспользоваться мышцами живота для сохранения равновесия, его кисти должны находиться на уровне плеч или ниже. Если они будут выше уровня плеч, то он выгнет спину, и тогда его живот выпятится. В таком положении он не сможет использовать мышцы живота и, если захочет удержать равновесие, будет вынужден рассчитывать на вас.

Ребенок лучше всего научится ходить, когда он держится за ваши пальцы и шагает к вам. Находясь перед ним, вы следите за его движениями и помогаете удерживать равновесие при наклонах вперед и назад. Когда малыш преодолевает расстояние более метра, отступайте назад.

Если у малыша не возникает желания шагнуть вперед, когда вы встаете перед ним, попробуйте встать сзади него. Возможно, мотивация шагнуть окажется сильнее, если он будет видеть, куда идет, или увидит впереди желанную игрушку. В этом случае вам необходимо правильно поддерживать его руки и склоняться над ребенком таким образом, чтобы помогать удерживать равновесие при попытке шагнуть вперед, а не наклонять его к себе назад.

11.2. Возможная проблема: Ребенок умеет ходить с поддержкой за обе руки, но не ходит, держась за каталку (тележку)

Пути решения: Выберите достаточно устойчивую каталку (тележку) с поперечной перекладиной или краем, за который можно держаться, подходящей для ребенка высоты, с широким основанием, чтобы ребенок мог поставить ноги между ее колесиков.

Лучше всего тренироваться на ковре, так как ребенок сможет толкать тележку только вперед. На кафельном полу, линолеуме или паркете колесики начнут сильно скользить, и ребенок будет чувствовать себя неустойчиво и некомфортно.

Когда ребенок только начинает учиться ходить с каталкой, он наклоняет тело вперед. Все свои силы он направляет на то, чтобы ухватиться и сделать шаг; он не знает, как выпрямить тело и удержать равновесие. Вам нужно взяться за каталку и толкать ее вперед, контролируя скорость и положение относительно тела ребенка. Каталка должна двигаться впереди ребенка и в то же время оставаться рядом с ним, чтобы он мог сделать шаг. Следите также за тем, чтобы она не уезжала от него слишком далеко, так как в этом случае ребенок почувствует себя менее устойчиво и слишком сильно наклонится вперед. Упражняясь, ребенок учится держать тело вертикально. Можно попробовать отпустить каталку, чтобы ребенок попытался толкать ее самостоятельно, удерживая при этом равновесие.

Не стоит нагружать тележку всякими предметами в попытке сделать ее более устойчивой. Дополнительный вес заставит малыша наклониться вперед к тележке, чтобы толкнуть ее, а это положение помешает ему научиться сохранять равновесие.

Когда навыки ребенка позволят ему быть более самостоятельным, он научится подтягиваться и вставать на ноги, держась за тележку, сначала с вашей помощью, потом без нее. Тогда он сможет пользоваться ею, когда захочет, а не только тогда, когда ему помогают. Он научится управлять игрушкой, огибать предметы мебели и освободить ее, если она застрянет.

11.3. Возможная проблема: Ребенок не умеет ходить с поддержкой за одну руку

Пути решения: Когда ребенок научится хорошо ходить с поддержкой за обе ручки, попробуйте отпустить одну из них. Сначала он будет сопротивляться вашим попыткам повести его за одну ручку, так как это положение будет восприниматься им как неустойчивое. Он почувствует, что сохранять равновесие и делать шаг, когда его поддерживают за одну руку, гораздо труднее. Ему захочется взяться за другую вашу руку, и он потянется к ней.

Для того чтобы идти с поддержкой за одну руку, ребенку необходимо соблюдать баланс между обеими сторонами тела.

При обучении этому навыку чередуйте два типа поддержки: за две руки и за одну. Можно, например, отправиться в путь, держа его за обе руки, но за 2—3 шага до конечного пункта одну руку отпустить. Или, наоборот, побудить его пройти 2—3 шага с поддержкой за одну руку, а потом сделать шаг в сторону вашей другой руки и дальше уже идти, держась обеими руками.

Правильное расположение очень важно для формирования умения ходить с поддержкой за одну руку. Вам лучше всего расположиться лицом к ребенку, чтобы держать его за предплечье и кисть на уровне груди и по центру. Это обеспечит ему более удобную поддержку для сохранения равновесия. Если же вы будете стоять сзади и смотреть в том же направлении что и он, вы будете вынуждены держать его за руку сбоку. И ему будет труднее сохранять равновесие и шагать.

После того как малыш научится хорошо ходить с поддержкой за одну руку, когда вы располагаетесь перед ним, усложните ему задачу и начните водить его за руку, передвигаясь рядом с ним. Когда его способность сохранять равновесие при ходьбе с поддержкой за одну руку достаточно разовьется, вы сможете упражняться в преодолении более длинных расстояний.

11.4. Возможная проблема: Ребенок не делает первых самостоятельных шагов

Пути решения: Для начала выберите в качестве цели, к которой будет шагать ребенок, горизонтальную поверхность, например, мягкий модуль высотой по грудь ребенка. Делая шаги по направлению к поверхности, ребенок учится наклоняться вперед и сохранять равновесие в положении, когда его корпус наклонен. Это поможет ему сохранять равновесие при самостоятельной ходьбе в будущем.

Когда ребенок делает первые шаги, позаботьтесь о его безопасности и по возможности уберите все твердые предметы с его пути, иначе ребенок может упасть и удариться.

Отрабатывая это умение, не позволяйте ребенку хвататься за ваши руки. Если он устремляется к вам, держите руки по швам или похлопывайте ими по тому месту, куда вы хотите привлечь его. Например, если вы стоите на коленях, похлопывайте по животу; если вы сидите на полу, похлопывайте по верхней части груди. Это покажет малышу, во что нужно опереться руками. Если вы выставите руки вперед, чтобы он за них ухватился, он будет зависеть от вас, зная, что вы поймаете его и поможете удержать равновесие. Не забывайте, что ваша задача — научить ребенка падать, упираться руками и сохранять равновесие самостоятельно.

11.5. Возможная проблема: ребенок не может ходить самостоятельно

К обучению ребенка самостоятельной ходьбе можно переходить, если он научился сохранять равновесие, делая несколько шагов по направлению к опоре. Вместо того чтобы наклоняться вперед и возвращать равновесие, опираясь на руки, он будет соблюдать равновесие при каждом шаге. Изменится его осанка: туловище выпрямится и уже не будет наклонено вперед.

Пути решения: Сначала ребенку нужно научиться ходить на короткие расстояния, а затем надо постепенно увеличивать дистанцию.

Побудить ребенка пройти первые шаги можно только с помощью очень мощного стимула, например игры. Если вы сидите перед ним на полу, позовите его к себе, чтобы поцеловать вас или дотронуться до вашего носа.

Можно положить в карман своего халата игрушку так, чтобы она выглядывала оттуда, и позвать малыша подойти и найти ее.

Малыша можно позвать подойти к кукле и потрогать ее. Игрушку всегда располагайте на уровне глаз ребенка или ниже. Тогда ему будет легче сохранять равновесие.

Когда малышу удастся сделать шаг, хвалите его, хлопайте в ладоши, всячески выражайте свое восхищение и радость.

Упражняйтесь в ходьбе по твердой горизонтальной поверхности. Попробуйте позаниматься на ковре, линолеуме, паркете и посмотрите, на каком покрытии ребенку будет проще.

Проверьте, нет ли на пути малыша каких-либо препятствий, о которые он может удариться, или предметов, которые могут отвлечь его. Если вы сидите на полу, а ребенок идет к вам, убедитесь, что ваши ноги не загродили ему дорогу и ему не придется перешагивать через них.

Упражняйтесь в ходьбе по горизонтальной поверхности в группе и физкультурном зале. Старайтесь отрабатывать этот навык, тренируясь на поверхности одного и того же типа, и только потом переходите к другому типу поверхности. Тогда он сумеет освоить каждую из них как следует. Когда ребенок только начинает осваивать новую поверхность, непременно внимательно следите за ним, пока он не почувствует себя в безопасности.

Не спешите учить его ходить по неровной поверхности на улице. Пусть сначала он научится ходить совершенно уверенно. Если он не будет успешно выставлять вперед руки всякий раз, когда падает, вероятность получения травм очень высока.

Когда ребенок научится хорошо ходить по горизонтальной поверхности, вашей следующей задачей станет научить его смотреть под ноги, чтобы при необходимости обходить препятствия и передвигаться по неровной поверхности.

В этот период занятий нужно специально создавать препятствия у него на пути, чтобы ребенок заметил их и попробовал обойти. Если ребенок не замечает препятствия, тогда вам нужно указать ему на них и помочь обойти.

Когда малыш учится проходить большие расстояния по ровной горизонтальной поверхности, побуждайте его ходить босиком или в нескользящих носках. Если он уже 1—2 месяца самостоятельно ходит, разрешите ему ходить в ботиночках. Подошва обуви, которую носит ребенок, должна быть мягкой и гибкой, чтобы при ходьбе ребенок легко сгибал ступню. Для проверки попробуйте согнуть подошву и посмотрите, насколько легко она гнется. Если обуть малыша в ботинки с жесткой и негибкой подошвой, движения его ног будут скованными, и неподвижность коленных суставов особенно сильно бросится в глаза. Кроме того, подошва должна быть из нескользящего

материала. Если она скользит, ребенок не чувствует себя в безопасности. Это ограничивает ходьбу и снижает мотивацию.

Даже если у вашего ребенка превосходные ботинки, удовлетворяющие всем вышеперечисленным требованиям, ему понадобится время, чтобы привыкнуть к ним. Чтобы приспособиться к ходьбе в обуви, он станет шире расставлять ноги при ходьбе, не сгибая их в коленях, а стопы будет выворачивать наружу. Он может сопротивляться вашему намерению обуть его, пытаться снять уже надетые ботинки.

Начинать ходить в ботиночках надо понемногу, постепенно увеличивая это время по мере привыкания ребенка к ботинкам и укрепления мышц ног, включая мышцы стоп. Когда малыш смирится с необходимостью ходить в ботинках, вам следует чередовать ходьбу в обуви с ходьбой босиком.

Особенности недоношенных детей

Особенно важно думать о правильном положении тела для детей, родившихся недоношенными. Недоношенные дети быстро истощаются, они могут не отвечать на попытки воспитателей вызвать их на контакт, не смотрят в лицо и не испытывают удовольствия от общения. Достаточно трудно определить, в каком состоянии они находятся — комфортно ли им или они испытывают стресс. А если у малыша имеются серьезные проблемы, то это может еще больше снизить его способности вступать в контакт.

Поддерживать позу так же, как и дети, родившиеся в срок, они не могут. Поэтому в положении лежа ребенок будет «распластан» по горизонтальной поверхности — голова повернута в сторону, плечи и таз находятся в положении ретракции, ноги максимально разведены в тазобедренных суставах («поза лягушки»). Такое положение не является оптимальным для сенсомоторного развития ребенка и его функционирования. Кроме того, длительное пребывание в асимметричных положениях с пассивным поворотом головы в сторону и избыточное разведение ног в тазобедренных суставах способствуют развитию таких деформаций, как асимметричная или долихоцефалическая форма головы, нарушение формирования тазобедренных суставов, сколиотические деформации позвоночника.

Обычное для недоношенного ребенка преобладание пассивного разгибательного мышечного тонуса над активным сгибательным в дальнейшем может привести к нарушению баланса между экстензорами и флексорами, что негативно влияет на последующее двигательное развитие такого ребенка.

Плохо контролируя положение тела, младенец не может выполнять изолированные движения конечностями — любое его движение охватывает все тело. Движения выглядят размашистыми или разбросанными, они неэкономичны, расходует слишком много энергии.

Таким образом, недоношенный ребенок, лежащий на твердой поверхности без дополнительной поддержки, будет более беспокойным, и ему будет значительно труднее научиться регулировать сон и бодрствование, ритм дыхания, процессы, связанные с приемом пищи, фиксировать взгляд и общаться с окружающими.

Лучшими положениями для недоношенных детей являются положения на животе и на боку. Напротив, следует избегать положения на спине. Так, в положении на животе — подушка подложена под живот, ноги согнуты в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах до среднего положения — уменьшалась частота гастро-

эзофагального рефлекса, снижалась частота аспираций, улучшалось дыхание за счет стабилизации грудной клетки, улучшения диафрагмального дыхания и облегчения дренажа дыхательных путей.

В любом положении ребенок должен лежать на нежесткой поверхности, в максимально симметричной позе, напоминающей позу эмбриона. Кроме того, необходимо, чтобы положение ребенка было стабильным — он не должен сползать по поверхности, на которой лежит. Существует множество способов, с помощью которых можно правильно уложить недоношенного ребенка, — от достаточно простых «гнезд», валиков или подушек до использования водяных матрасов и постоянно качающихся колыбелек. Безусловно, любое такое приспособление должно отвечать нескольким требованиям: во-первых, оно должно быть простым в использовании и легко модифицироваться в соответствии с размерами ребенка, а во-вторых, оно должно легко и надежно дезинфицироваться.



Рис. 15. «Поза эмбриона» во время игры или отдыха

Критериями правильного укладывания могут быть:

1. Симметричность положения.
2. Оптимальный угол поворота головы — угол между линией, проведенной через центры большого и малого родничков, и горизонтом должен быть не менее 15 градусов.
3. Сгибательная (флексорная) поза (поза эмбриона) с биомеханически правильным положением в суставах (см. рис. 15).
4. Комфортность положения для ребенка — отсутствие беспокойства, избыточных движений, учащения срыгиваний.
5. Улучшение физиологических характеристик состояния и эффективность оксигенации (усвоения кислорода).
6. В идеале недоношенный ребенок должен находиться в правильном положении в кювезе, кроватке, на руках у родителей или персонала в течение всех суток, во время сна, кормления, туалета, любых процедур.

Положение на боку с правильной поддержкой мягкими укладками является (рис. 16) достаточно удобным — в этом положении угнетается ЛТР (лабиринтный тонический рефлекс), а голова и туловище находятся в положении, предотвращающем возникновение АШТР (асимметричный шейно-тонический рефлекс), что дает хорошие возможности для расслабления ребенка, у которого есть спастичность и возможность ротационных движений туловища, что в будущем также будет способствовать снижению мышечного тонуса.



Рис. 16

Дети с церебральным параличом

Церебральный паралич (или детский церебральный паралич) — один из самых распространенных диагнозов, связанных с серьезными нарушениями в развитии у маленьких детей.

Это понятие объединяет большую группу состояний, при которых нарушаются движения и способность контролировать положение тела в пространстве.

Ребенок с церебральным параличом не может управлять своими движениями так же, как другие дети, ему мешают измененный мышечный тонус, сохраняющиеся тонические рефлексy, нарушения формирования схемы тела, проприоцептивные трудности и меньшее количество двигательного опыта. Поэтому у него не получается, например, дотянуться до игрушки, захватить ее и крепко держать, или он не может научиться самостоятельно садиться, ползать и ходить. Он часто не может лежать, сидеть или стоять в правильных симметричных позах. Иногда таким детям бывает трудно находиться в какой-либо позе из-за постоянных движений, которые они не могут остановить. Движения и походка такого ребенка всегда будут отличаться от движений и походки других детей.

При церебральном параличе сохраняются действия примитивных тонических рефлексов (асимметричный шейно-тонический рефлекс, симметричный шейно-тонический рефлекс и лабиринтный тонический рефлекс), которые в норме у ребенка старше 1—2 месяцев не проявляются.

Церебральный паралич развивается вследствие поражения центральной нервной системы, которая управляет работой мышц, отвечает за равновесие и произвольные движения, развитие схемы тела и чтение проприоцептивных сигналов.

Повреждение мозга происходит, когда развитие этих отделов нервной системы еще не закончено, во внутриутробный период развития, в процессе родов или в первые недели жизни ребенка. Это отличает церебральные параличи от параличей, возникших в старшем возрасте.

Возникновение церебрального паралича может быть связано с внутриутробными инфекциями, проблемами во время родов (тяжелая гипоксия или родовая травма), часто церебральный паралич является последствием ишемических поражений мозга (перевентрикулярной лейкомаляции) или тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных, также причинами могут быть генетические факторы и обменные нарушения.

Иногда церебральные параличи сочетаются с сенсорными и когнитивными нарушениями. Это важно учитывать при составлении индивидуальной программы реабилитации и развития ребенка. Однако необходимо помнить, что часто ребенок не может проявить свои способности из-за двигательных нарушений (особенно орально-моторных нарушений, мешающих развитию речи). Известно множество примеров, когда дети с тяжелыми формами церебрального паралича (например, тетрапареза) были ошибочно диагностированы, как имеющие глубокую умственную отсталость. Точное определение когнитивных способностей у детей с двигательными нарушениями возможно лишь при адекватно подобранной системе дополнительной коммуникации (см. гл. 1).

Формы церебрального паралича

В зависимости от вида двигательных нарушений выделяются следующие формы церебрального паралича:

- спастические;
- гиперкинетические, или дискинетические;
- атаксические;
- смешанные.

При спастической форме церебрального паралича мышечный тонус повышен (присутствует спастика), но вместе с тем снижена сила мышц, а мышцы, которые должны поддерживать позу (прежде всего мышцы туловища), гипотоничны.

Выделяют следующие формы спастического церебрального паралича:

- *спастическая гемиплегия* — двигательные нарушения возникают только на одной стороне тела, например, при правосторонней гемиплегии в правой руке и правой ноге. Нередко спастичность, то есть повышение мышечного тонуса, более выражена в руке, чем в ноге;
- *спастическая диплегия* — двигательные нарушения в ногах выражены сильнее, чем в руках. Эта форма часто встречается у недоношенных детей;
- *спастическая тетраплегия* — двигательные нарушения одинаково выражены и в руках, и в ногах. Иногда эту форму еще называют двойной гемиплегией или тетрапарезом.
- Очень редко встречаются формы, при которых двигательные нарушения возникают в трех конечностях (*триплегия*) или в одной конечности (*моноплегия*). Конечно, кроме спастичности мышц конечностей, нарушения движений у детей со спастическими формами церебрального паралича выражены и в мышцах туловища, поэтому ребенок значительно отстает в двигательном развитии.

При гиперкинетических формах церебрального паралича у ребенка возникают произвольные движения, которые он не может контролировать. Эти движения возникают постоянно, даже когда ребенок пытается неподвижно сидеть на стуле, и усиливаются при любых целенаправленных движениях.

При атаксии движения размашистые, нескоординированные и неловкие. Такой ребенок не может хорошо удерживать равновесие и часто падает, он промахивается при попытке дотянуться до игрушки и схватить ее.

При смешанных формах церебрального паралича у ребенка могут сочетаться спастичность и атаксия.

Церебральный паралич не является заболеванием, у которого есть начало и окончание в виде выздоровления или развития осложнений. Церебральный паралич на сегодняшний день рассматривается как не прогрессирующее состояние, с которым ребенку предстоит жить. Основная задача специалистов, оказывающих помощь ребенку, имеющему церебральный паралич, заключается не в попытках излечения (что на сегодняшний день невозможно), а в максимальной адаптации среды ребенка, развитии его навыков и повышении качества жизни.

Если малыш часто и подолгу находится в неправильном положении, например, сидит, согнувшись в не адаптированном детском кресле, или лежит в кровати, при этом его тело расположено несимметрично, конечности согнуты, а позвоночник искривлен, то под действием силы тяжести позвоночник и конечности деформируются.

Необходимо понимать, что контрактуры и деформации не являются обязательной составляющей церебрального паралича — это осложнение, которое можно и нужно предотвратить. При этом мы не только улучшаем развитие и качество жизни

младенца с церебральным параличом, но и избавляем его от необходимости ортопедических операций в будущем.

Понаблюдайте, сколько времени ребенок с тяжелыми двигательными нарушениями проводит в той или иной позе, и оцените, насколько велик для него риск развития деформаций. Для того чтобы такие осложнения не возникали, нужно постоянно поддерживать ребенка в правильном положении, независимо от того, держите ли вы его на руках или используете специальные стульчики, кресла, коляску или вертикализатор (приспособление для поддержания положения стоя — подробнее примеры вертикализаторов приведены в этой главе ниже).

Кроме того, наши мышцы устроены таким образом, что в течение дня им необходимо сокращаться и растягиваться в полном физиологическом объеме — только тогда движения в соответствующем суставе будут сохраняться, а мышцы нормально расти. Если в суставах малыша не происходит движений в необходимом объеме, то со временем у него начнут формироваться контрактуры. Именно поэтому так важно не давать ребенку с двигательными нарушениями быть пассивным и лежать без движения большую часть дня.

Основные приемы стимулирования двигательного развития

1. Возможная проблема: У ребенка серьезные двигательные нарушения, и он большую часть дня находится в кровати или манеже

Пути решения: Чтобы обеспечить пребывание в различных положениях в течение всего дня для такого ребенка надо разработать программу смены положения его тела во время сна, отдыха, еды, игры, занятий, прогулки и т.п., охватывающую все 24 часа в сутки.

Для того чтобы все люди, которые взаимодействуют с ребенком в течение суток (играют, занимаются, кормят, одевают, проводят процедуры, гуляют и т.п.) знали, в каком положении ребенок должен находиться в данный момент, в группе ребенка вывешивается график положений тела в виде бумажных «часов». Каждый промежуток времени на этих «часах» обозначается простыми символами — например, играет лежа на животе с валиком под грудью, затем занимается стоя в вертикализаторе, играет, лежа на боку, ест в специальном стульчике и т.п.

Применение данного подхода с использованием программы изменения положения тела ребенка в группе во время сна, отдыха, еды, игры, занятий, прогулки и т.п., охватывающей все 24 часа в сутки, позволяет эффективно предотвращать развитие контрактур и деформаций, также это способствует стимулированию развития, сокращает количество застойных явлений в мочеполовой и сердечно-сосудистой системах.

2. Возможная проблема: Из-за повреждения ЦНС сохраняется влияние одного или нескольких примитивных тонических рефлексов

У ребенка сохраняются примитивные тонические рефлексы:

- 1) Асимметричный шейно-тонический рефлекс (АШТР) (рис. 17а)
- 2) Симметричный шейно-тонический рефлекс (СШТР) (рис. 17б)
- 3) Лабиринтный шейно-тонический рефлекс (ЛТР) (рис. 17в)

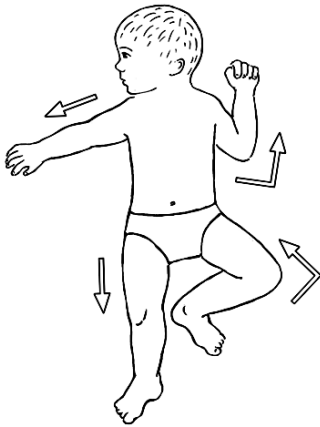


Рис. 17а

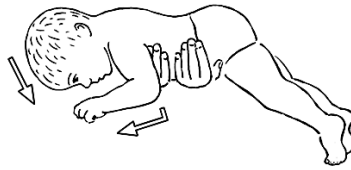


Рис. 17б

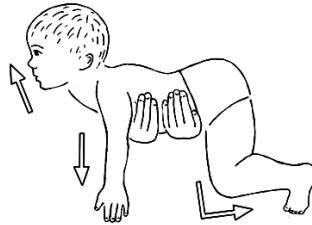


Рис. 17в

Сохраняющееся влияние примитивных рефлексов, с одной стороны, мешает развитию произвольных движений (например, при наличии АШТР ребенок не может согнуть руку, на которую смотрит), а с другой стороны, вызывает повышение тонуса в определенных положениях (например, ЛТР вызывает повышение тонуса разгибателей в положении на спине, а СШТР вызывает повышение тонуса в сгибателях рук и разгибателях ног при сгибании шеи, и наоборот).

Пути решения: Подбор антиспастических положений тела, предотвращающих возникновение примитивных рефлексов во время еды, игры и т.п.

«Поза эмбриона» — естественное положение тела, предотвращающее возникновение нежелательных рефлексов и нормализующее мышечный тонус. Голова и плечи выведены вперед, ноги и таз согнуты, нет вертикальной нагрузки на позвоночник — ребенок не сидит, а лежит (рис. 18).



Рис. 18. «Поза эмбриона» во время еды

3. Возможная проблема: У ребенка повышенный мышечный тонус (спастика)

Пути решения: При повышенном мышечном тонусе необходимо выполнение пяти основных задач:

- 1) Угнетение повышенного мышечного тонуса, насколько это возможно.
- 2) Дать ребенку ощущения от нормальной позы и нормальных движений.
- 3) Стимулировать нормальные двигательные образцы.
- 4) Развивать мышечную силу ребенка.
- 5) Растягивать спастичные мышцы.

Основные медикаментозные способы борьбы со спастикой заключаются в применении двух основных стратегий.

Первая — это общее снижение мышечного тонуса с помощью применения Баклофеновых помп, Занафлекса и т.п. Однако применение подобных препаратов для маленьких детей крайне ограничено в связи с тяжелыми побочными эффектами.

Вторая стратегия заключается в местном введении препаратов, блокирующих невральную передачу, что позволяет снизить мышечный тонус в отдельных группах мышц. Для этого используются препараты, изготовленные из ботулотоксина (Ботекс, Деспорт и т.п.), или применяются феноловые блокады. В России в основном используется метод местного введения препаратов, изготовленных из ботулотоксина, а метод феноловых блокад пока не нашел широкого применения, хотя он дешевле и его действие более длительное.

При употреблении Ботекса или Деспорта необходимо учитывать тот факт, что их использование не будет эффективным без применения методов физической терапии (обеспечение активности ребенка, использование специальных кресел, вертикализатора и т.п.).

Так как повышенный мышечный тонус сочетается с действием примитивных тонических рефлексов (АШТР, СШТР и ЛТР), важно стимулировать способность ребенка снижать их нежелательную активность. Необходимо прежде всего помнить о положениях головы и шеи, так как лекарства могут вызывать сильную рефлекторную активность и обеспечивать пребывание ребенка в антиспастических положениях (см. выше).

Быстрые движения, шумное окружение, тревога, стрессоры приводят к повышению мышечного тонуса. Наиболее сильное повышение тонуса вызывается запрокидыванием головы назад.

Ротационные движения туловища во время занятий и активных движений ребенка помогают лучшему выпрямлению ног, их абдукции и наружной ротации.

Полезна пассивная гимнастика, обеспечивающая медленное, стабильное растяжение плавными, ритмичными движениями, имитирующими нормальные двигательные образцы, помогает поддерживать полный объем движений в суставах и предотвращать контрактуры.

Медленная, спокойная вестибулярная стимуляция (например, качание) приводит к общему снижению мышечного тонуса так же, как медленные, ритмичные движения в положениях, когда необходимо удерживать вес собственного тела, с поддержкой: в кресле-качалке, на терапевтическом мяче, на нестабильной поверхности, в гамаке.

Ингибиторное давление собственным весом предотвращает гипертонус и активирует мышечные и тактильные рецепторы, способствующие нормализации тонуса. Для этого используются специальные приспособления для стояния (вертикализаторы) и сиденья (описание вертикализаторов и адаптированных кресел см. ниже). Также обеспечивается положение тела на четвереньках с выведенными вперед плечами (для ингибиторного давления на квадрицепсы и флексоры больших пальцев рук) (рис. 19) или на коленях с опорой перед грудью (рис. 20).



Рис. 19

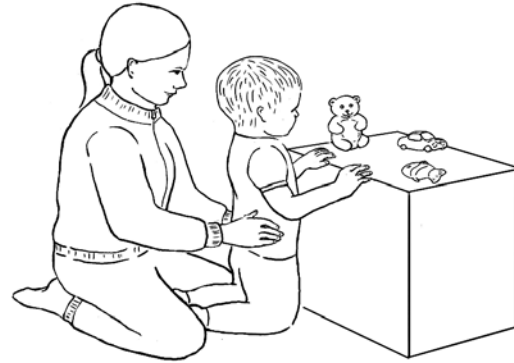


Рис. 20

4. Возможная проблема: Не выводит голову при подтягивании за руки (рис. 21)

Пути решения: Для помощи в развитии контроля за положением головы удерживайте плечи и аккуратно поднимите ребенка, затем опустите и повторите снова (рис. 22).



Рис. 21

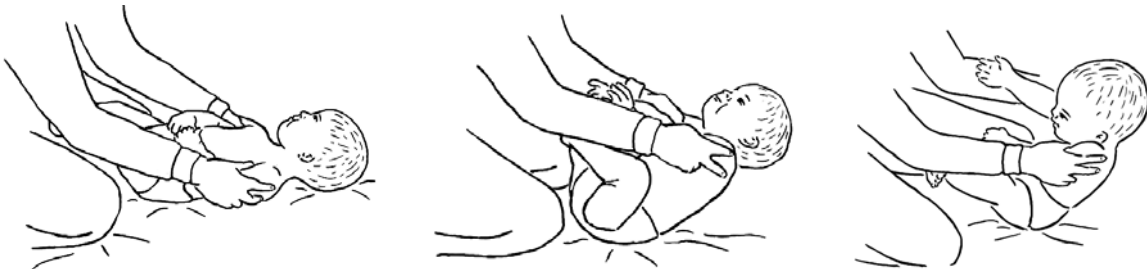


Рис. 22

5. Возможная проблема: Есть трудности в поднимании головы и выведении рук вперед в положении на животе (слабые экстензоры плеч и спины)

Пути решения: Положите валик или клиновидную подушку под грудь и плечи ребенка. Лягте перед ребенком и поговорите с ним или положите игрушку в поле досягаемости, чтобы стимулировать интерес и добиться движений. Так малыш будет учиться контролировать положение головы, удерживать вес на предплечьях или выпрямленных руках, пробовать дотянуться до игрушки, лежа на животе, у него усилятся экстензоры шеи и спины (рис. 23).



Рис. 23



Рис. 24

6. Возможная проблема: При перемещении ребенок не может удерживать голову, часто возникают патологические рефлексы и повышение мышечного тонуса (рис. 24)

Пути решения: Выберите подходящий вам и ребенку способ переноски, позволяющий сохранить правильное положение тела и препятствующий возникновению патологических рефлексов (рис. 25—27).



Рис. 25

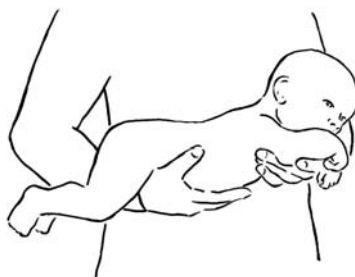


Рис. 26



Рис. 27

7. Возможная проблема: Слабая опора на руки, нет защитных реакций рук

Пути решения: Используйте терапевтический мяч или валик для стимуляции опоры на руки, это также развивает силу мышц живота и спины, улучшает контроль за положением головы. Тренируйте защитные реакции рук, наклоня ребенка на мяче вперед влево или вперед вправо (рис. 28).

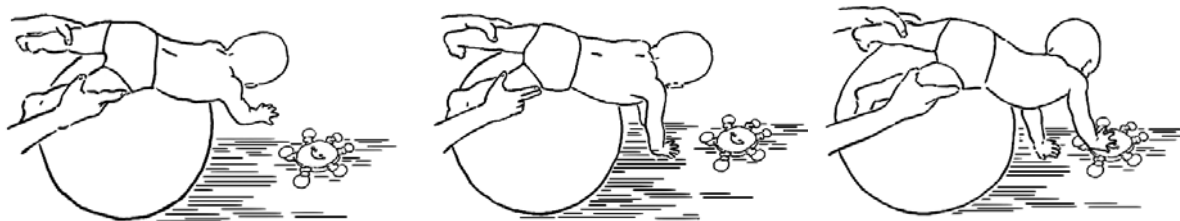


Рис. 28

8. Возможная проблема: Ребенок не переворачивается

Пути решения: Поверните одну ногу через другую. Нажатие руки помогает повороту таза. Плечевой пояс, а затем и голова поворачиваются, завершая переворот (повторяйте для левой и правой стороны).

9. Возможная проблема: Ребенок самостоятельно не садится

Пути решения: Помогайте ребенку перейти из положения лежа на животе в положение сидя, как это показано на рис. 29.

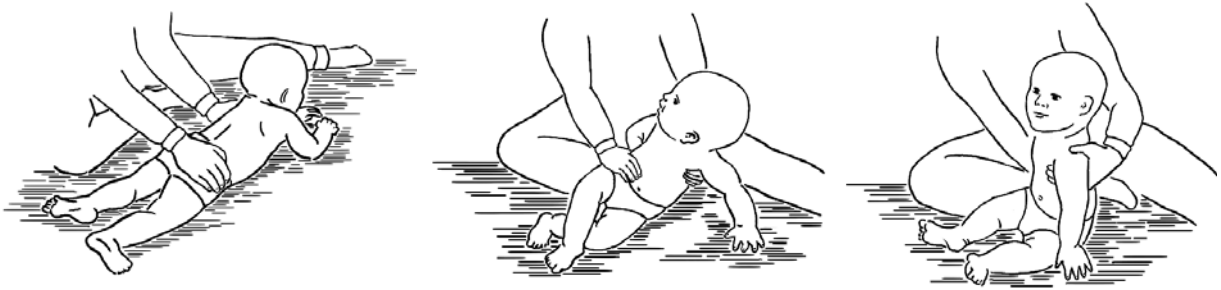


Рис. 29

10. Возможная проблема: Ребенок сидит с «круглой» спиной. Плохой контроль туловища. Вес приходится в основном на копчик. Флексия бедер и коленей

Пути решения: Попробуйте использовать пружинящий терапевтический мяч или валик. Плавными движениями наклоняйте ребенка вправо-влево и вперед-назад, тренируя его баланс и мышечную силу (рис. 30).

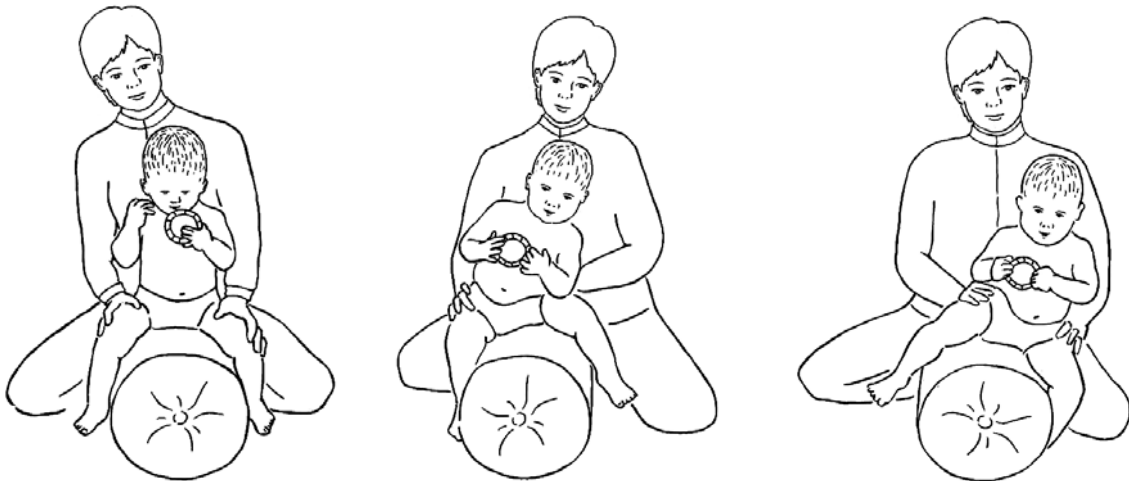


Рис. 30

11. Возможная проблема: Плохой баланс в положении сидя

Пути решения: Если ребенок падает из положения сидя, развивайте баланс, медленно двигая ребенка взад-вперед, влево-вправо на терапевтическом мяче или на коленях (рис. 31). Ребенок должен быть способен удерживать голову до того, как он начнет удерживать туловище.



Рис. 31

12. Возможная проблема: Нет ротационных движений плечевого пояса относительно таза в положении сидя

Пути решения: Посадите ребенка на валик, предлагайте ему интересные игрушки или что-то, заставляющее его тянуться в различных направлениях (рис. 32).

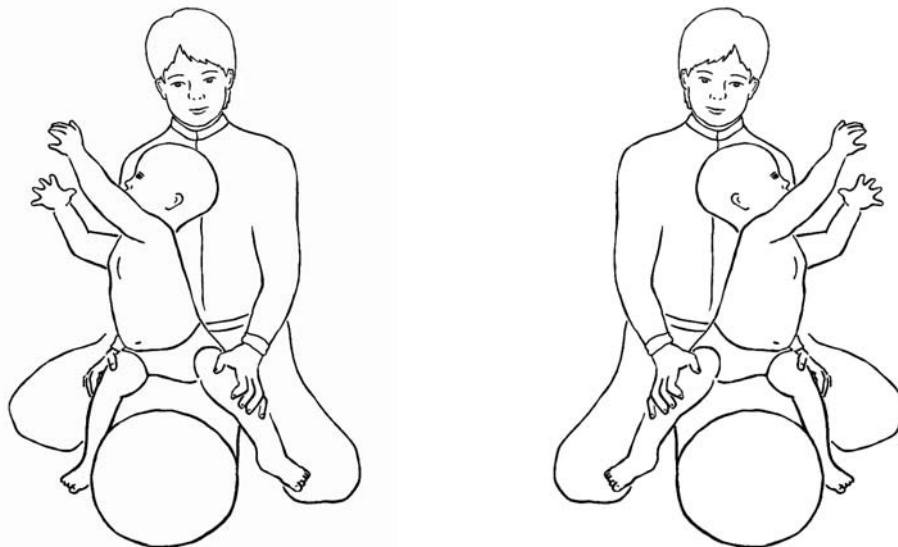


Рис. 32

13. Возможная проблема — ребенку уже больше года, а он не способен самостоятельно стоять и ходить

Пути решения: Подбор специального приспособления для стояния (вертикализатора).

14. Проблема: Ребенок не способен сидеть самостоятельно

Пути решения: Подбор специального кресла или адаптация обычного детского стульчика.

Ребенок должен иметь возможность правильно сидеть, поскольку в таком положении он может использовать руки и развивать навыки тонкой моторики, видеть предметы, которыми манипулирует. Во время еды правильное положение сидя обеспечивает защиту дыхательных путей от аспирации.



Рис. 33

Пример кресла для ребенка с двигательными нарушениями (рис. 33) — небольшой наклон кресла назад, угол в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах — 90°, между колен распорка, предотвращающая перекрещивание ног, ремни обеспечивают стабильность и безопасность. Данное кресло предназначено для игры и занятий.

Подбор подходящего стульчика или кресла — задача очень ответственная и не всегда легко выполняемая.

Одна из проблем, с которой придется столкнуться: таз наклонен назад, спина «круглая». На-

клон таза приводит к наклону туловища вперед, повышению мышечного тонуса и снижению степени контроля за положением тела (рис. 34).

«Круглая спина» может стать деформацией, которую будет трудно исправить. Одна из частых причин возникновения таких деформаций — чересчур мягкая задняя спинка или слишком большое кресло.

Поэтому сначала произведите измерение таза ребенка — кресло должно быть шире на 2—3 см, чтобы не сдавливать ткани тела и оставлять возможность двигаться (рис. 35).

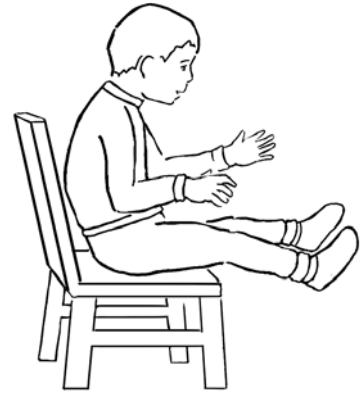


Рис. 34

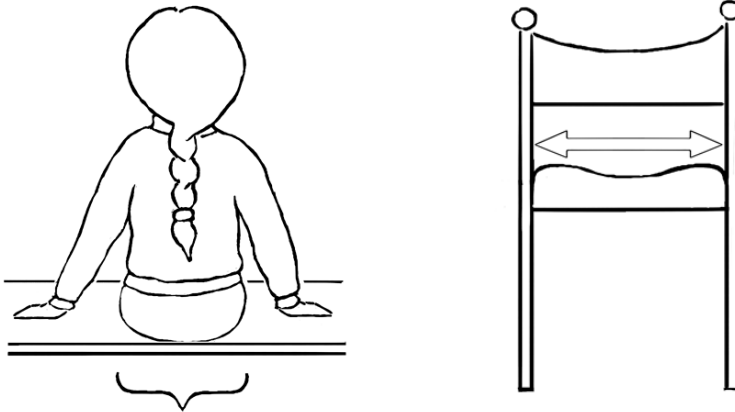


Рис. 35

Затем измерьте длину голени. Высота сиденья должна быть меньше длины голени на 2—3 см, для того чтобы ребенок мог опираться стопами об опору. Опора для ступней должна соответствовать высоте голени и быть регулируемой, так как ребенок будет расти и нужен некоторый запас для того, чтобы не пришлось заново адаптировать кресло через короткий промежуток времени.

Обратите внимание на длину бедра ребенка. Если глубина сиденья будет существенно больше длины бедра, то спина ребенка не будет доставать до спинки кресла, возникнет наклон таза назад и ребенок будет «соскальзывать» с кресла. Это вызовет нестабильность позы и затруднит возможность задействования рук, может привести к развитию деформаций позвоночника и развитию пролежней (рис. 36).

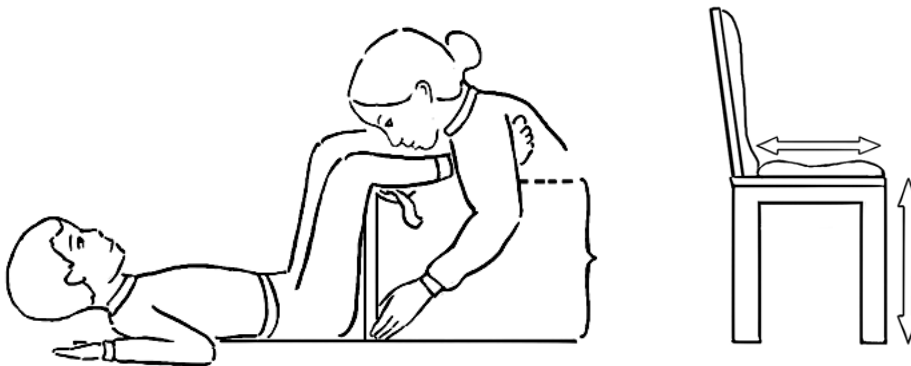


Рис. 36

Подобные измерения нужно повторять достаточно регулярно по мере роста ребенка, обычно не реже 1 раза в 3—6 месяцев в зависимости от возраста и от того, насколько интенсивно он растет.

Оптимальное положение в кресле характеризуется правильным углом наклона туловища, достаточно твердой опорой спины, бедер и стоп. Длина бедра должна соответствовать глубине сиденья. Угол в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах должен составлять 90° . Голова находится по средней линии. Есть поддержка для стоп и, если необходимо, для головы и туловища. Сиденье кресла должно быть настолько широким, чтобы позволять некоторую свободу движений, но при этом довольно узким, чтобы обеспечивать достаточную поддержку. Руки свободны для игры, еды и т.п. (рис. 37).



Рис. 37



Рис. 38

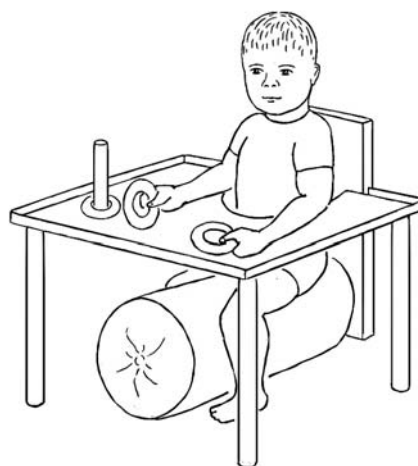


Рис. 39

Вот некоторые другие разновидности положения сидя.

Угловое сиденье (рис. 38):

- Позволяет обеспечить флексию бедер и коленей.
- Обеспечивает симметричную позу.
- Препятствует ретракции плеч.
- Обеспечивает свободу рук — помогает ребенку есть самому.
- Позволяет играть самостоятельно.

Обязательным условием при использовании сиденья является хороший контроль головы.

Поза «Сидя верхом на валике» полезна для детей, способных контролировать голову и верхнюю часть туловища. Дает хорошее разведение ног, позволяет тренировать баланс в положении сидя (рис. 39).

Оптимальное и безопасное положение во время кормления для детей с церебральным параличом: нейтральное положение бедер, ноги согнуты под углом 90° , голова в легкой флексии или в нейтральном положении по отношению к туловищу, плечи опущены, ноги на опоре (рис. 40).



Рис. 40

Почему не должно быть «лежачих» детей?

До того как ребенок начнет ходить, его тазобедренный сустав развернут вперед, и по мере того, как ребенок начинает двигаться (ползать, вставать, ходить), сустав переходит в правильное положение. Изменение угла и возможность вращения головки бедра связаны с активными движениями вытягивания бедра и наружного вращения, а также с весовой нагрузкой. В положении стоя головка бедренной кости «усаживается» в тазобедренном суставе, что приводит к повышению прочности структуры тазобедренного сочленения. Весовая нагрузка и ходьба также необходимы для правильного развития стоп и коленных суставов. Вертикальное положение и стояние предотвращают контрактуры и улучшают амплитуду движений, уменьшают спастичность, приводят к уменьшению болей, связанных со спастикой.

Недостаток весовой нагрузки приводит к снижению минерализации костей, результатом чего является остеопороз и повышение риска переломов. Статическая нагрузка на кости менее эффективна для развития костей, чем динамическая. Динамическая весовая нагрузка заключается в увеличении и снятии нагрузки на скелет, что обычно происходит при переносе тяжести тела во время ходьбы и стояния. При этом важно, чтобы нагрузка была привычной и регулярной, для того чтобы поддерживать рост и развитие костей.

Остеопороз у детей, которые не могут самостоятельно поддерживать вертикальное положение, не поддается лечению с помощью витамина D и кальция, так как возникает в результате отсутствия двигательной активности и физических нагрузок. Основным способом помощи — предоставить ребенку возможность стоять и сидеть с помощью специальных приспособлений (вертикализаторов).

В положении стоя таз наклонен вперед, а позвоночник выпрямлен, что приводит к увеличению пространства внутри брюшной полости, позволяя внутренним органам лучше функционировать. В вертикальном положении увеличивается дыхательный объем, улучшается опорожнение желудка и мочевого пузыря, уменьшается склонность к запорам и улучшается циркуляция крови.

Использование вертикализатора приводит к следующим результатам:

- Снижению спастичности
- Предотвращению застойных явлений
- Профилактике остеопороза, контрактур и пролежней
- Улучшению дыхания и сердечной деятельности

Обычно ребенка можно ставить в вертикализатор начиная с 1 года.

Как часто нужно использовать вертикализаторы? Программа по предотвращению контрактур нижних конечностей предполагает помещение ребенка в вертикализатор 2—3 раза в день по 45 минут. Для улучшения формирования костей надо ставить ребенка на 60 минут 4—5 раз в неделю.

Подбор приспособления для поддержания стояния осуществляется индивидуально, в зависимости от способности ребенка удерживать голову, плечевой пояс, выраженности тонических рефлексов и спастичности. Существуют следующие основные разновидности вертикализаторов:

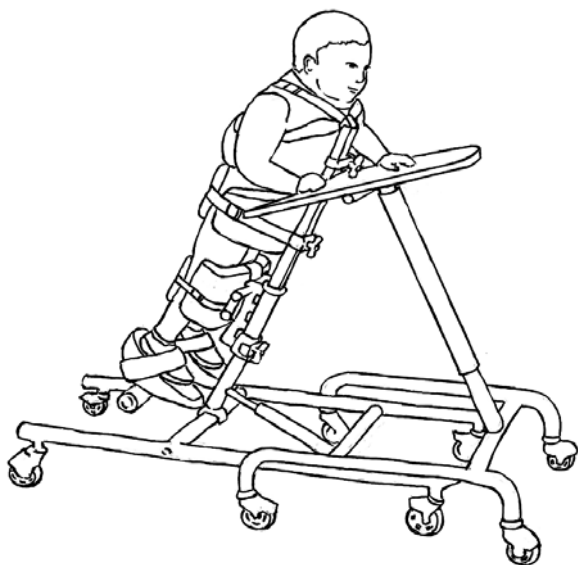


Рис. 41

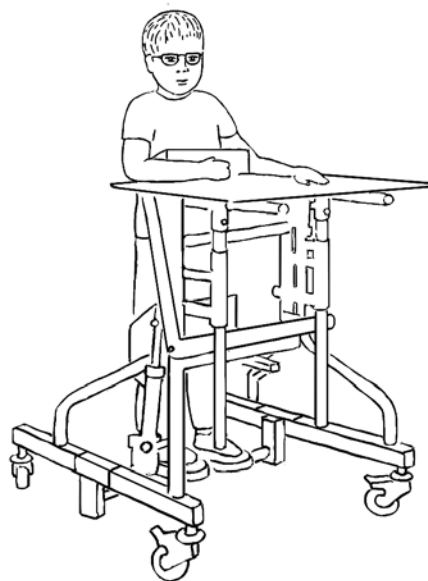


Рис. 42

- А) *Вертикализатор с наклоном вперед* (рис. 41). Стимулирует развитие контроля за положением головы, развивает мышцы живота и спины, активизирует работу рук. Может обеспечивать различную степень фиксации плечевого пояса, таза, коленей и стоп.
- Б) *Вертикализатор без наклона* (рис. 42). Подходит для детей, способных хорошо контролировать положение головы и плечевого пояса. Ребенок находится в вертикальном положении, что увеличивает весовую нагрузку и активизирует движения головы, тела и рук.

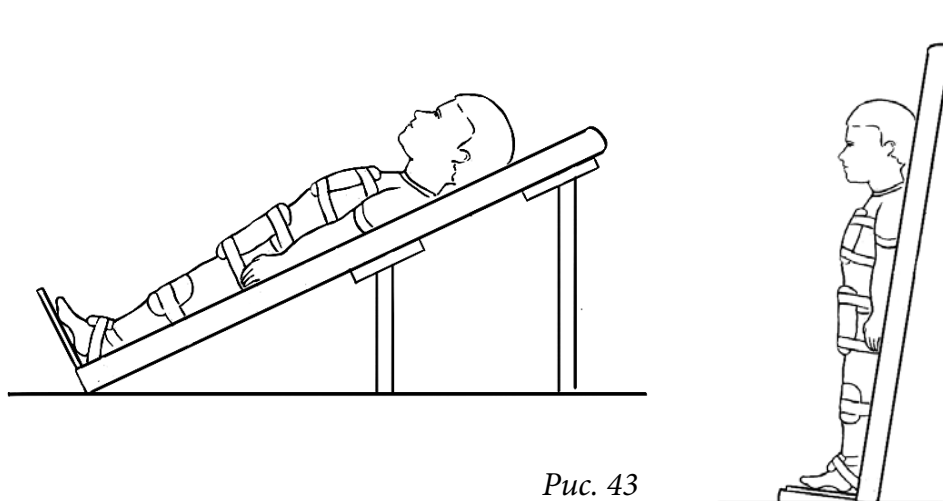


Рис. 43

- В) *Вертикализатор с наклоном назад* (рис. 43). Задняя часть тела опирается на оборудование. Используется у детей с наиболее выраженными нарушениями при ограниченном контроле головы. Способствует активности мышц живота, особенно при использовании рук. В зависимости от способности ребенка выносить нагрузку наклон может быть изменен.

Г) *Мобильный вертикализатор* (рис. 44). Сохраняя все преимущества пребывания ребенка в вертикальном положении, дает возможность самостоятельно передвигаться.

Для правильной установки стоп во время стояния, обучения ходьбе или сидения необходимо использовать специальную обувь или ортопедические приспособления.

Если ребенок самостоятельно не ходит, необходимо подобрать специальные приспособления для обучения его ходьбе и заставлять его ходить, используя эти приспособления. Это:

- способствует развитию суставов и костей;
- предотвращает контрактуры и улучшает амплитуду движений;
- улучшает функцию легких;
- улучшает функционирование кишечника и мочевого пузыря;
- уменьшает склонность к запорам;
- уменьшает спастичность;
- снижает риск пролежней;
- способствует лучшему когнитивному развитию в процессе исследования окружающего мира;
- оказывает положительный эффект на социально-эмоциональное развитие ребенка;
- способствует более активному образу жизни.

Для обучения ходьбе можно использовать *ходунки* — вспомогательное устройство, для того чтобы ребенок поддерживал себя сам с помощью рук, увеличивая степень баланса и самоконтроля во время ходьбы (рис. 45).

На рисунке 46 приведен пример того, как **не должны выглядеть ходунки**: ребенок «висит» в «трусах», закрепленных на раме, опирается на мыски и сгибает ноги. Нет обучения навыкам баланса, опоры и ходьбы.

В некоторых случаях более, чем ходунки, предпочтителен тренажер ходьбы, так как он

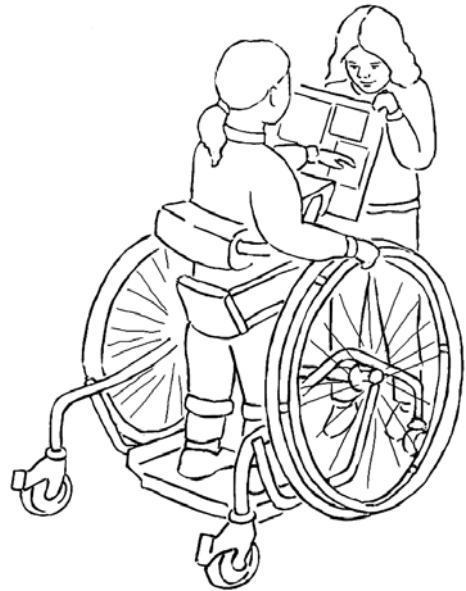


Рис. 44



Рис. 45



Рис. 46. В такие ходунки ребенка помещать нельзя!

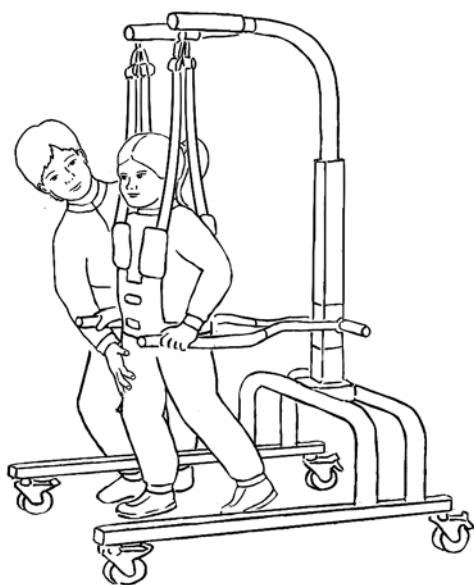


Рис. 47

предоставляет более серьезную поддержку ребенку, который не может держаться в ходунках или стоять без поддержки. Тренажер может обеспечивать поддержку торса, а также дополнительно рук и ног. Тренажеры ходьбы обычно крупнее и устойчивее, чем ходунки (рис. 47). Тренажеры с частичной весовой нагрузкой принимают на себя часть веса тела ребенка, для того чтобы научить его правильному положению при ходьбе. Многие из устройств с частичной весовой нагрузкой спроектированы для использования на беговой дорожке.

Выбирая ходунки или тренажер ходьбы, во-первых, определитесь с объемом необходимой поддержки: требуется ли поддержка туловища или головы, какого рода необходима поддержка для таза? Во-вторых, определите, как ребенок будет держаться в устройстве и в каком положении: нужны ли крепления

для предплечий, нужно ли наклонять верхнюю часть тела вперед, чтобы содействовать шаганию? Также нужно подумать о позиции и тонусе ног: есть ли скрещивание или контрактуры? Следите за тем, чтобы ребенок нес недостаточную весовую нагрузку на своих ногах. Ступни должны стоять на полу и держать 50 или более процентов его веса.

Литература

Бундонис Д. Преимущества мобильности в раннем возрасте: http://www.rehabmedical.ru/stati/preimushhestva_mobilnosti_v_rannem_vozraste/

Джонсон-Мартин Н.М., Аттермиер С.М., Дженс К.Г., Хаккер Б.Дж. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями. (The Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs). — СПб.: Институт раннего вмешательства; Каро, 2005.

Клочкова Е.В. Церебральный паралич. — СПб.: Институт раннего вмешательства, 2001.

Лаутеслагер П.Е.М. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. — М.: Монолит, 2003.

Нет необучаемых детей! Книга о раннем вмешательстве. — М.: Каро, 2007.

Уиндерс П.С. Формирование навыков крупной моторики у детей с синдромом Дауна: Руководство для родителей и специалистов / Пер. с англ. Н.С. Грозной. — М.: БФ «Даунсайд Ап» при участии ООО «Альварес Пабблишинг», 2003.

Arva J., Paleg G., Lange M., Lieberman J., Schmeler M., Dicianno B., Babinec M., Rosen L. RESNA position on the application of wheelchair standing devices // Assist Technol. 2009 Fall. Vol. 21(3). P. 161—168; quiz 169—171.

Barron W.B., Fasick M.P., Polinko P., Janosky J. Continuous intrathecal baclofen infusion for spasticity of cerebral origin // JAMA. 1993. V. 270. P. 2475—2477.

Gregory P.V., Isaacs L.D. Human Motor Development: A Lifespan Approach. 4th ed. — N.Y.: Mayfield Publishing, 1998.

Roizen N.J., Patterson D. Down's syndrome // Journal Lancet. 2003. 12 April. P. 361.

Sagar N. Spasticity and Physical Therapy Management: <http://www.scribd.com/doc/6130612/Spasticity-Management>

Schindler A.M., Hausman C.C. Do we need to reassess normal gross motor milestones? // Archives of Pediatric and Adolescent Medicine. 2001. V. 155. № 1. P. 96—97.

Shumway-Cook A., Woollacott M.H. Motor Control: Translating Research into Clinical Practice. 3d ed. — Hagerstown (MD): Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Werner D. Disabled Village Children. A guide for community health workers, rehabilitation workers, and families. — Perth (Western Australia): Hesperian Books, 2009.

Winders P. Gross Motor Skills in Children with Down Syndrome: A Guide for Parents and Professionals. — Bethesda, MD3: Woodbine House, 1997.

Глава 4

СЕНСОРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ, ОСНОВАННЫЕ НА ТЕОРИИ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Сенсорная интеграция — это способность человека интегрировать (объединять, организовывать) свои разнообразные ощущения для того, чтобы двигаться, учиться новому и вести себя в соответствии с принятыми социальными нормами. У маленьких детей с нарушениями сенсорной интеграции могут возникать трудности с едой, координацией движений, самообслуживанием, тонкой моторикой, способностью принимать участие в групповых упражнениях.

В развитых странах проблемами сенсорной интеграции занимаются эрготерапевты. Эрготерапия (английское название данной специальности — Occupational Therapy) — это медицинская специальность, целью которой является восстановление утраченного либо достижение человеком максимально возможного уровня функционирования и независимости во всех аспектах жизни (повседневной активности, продуктивной деятельности, отдыхе), несмотря на имеющееся нарушение, ограничение жизнедеятельности или ограничение участия в жизни общества. Как правило, эрготерапевт является членом междисциплинарной команды, в которую входят физиотерапевт, специальный педагог (логопед, дефектолог), социальный педагог и т.д.

Эрготерапевты также занимаются подбором специального оборудования и приспособлений, помогающих человеку с функциональными нарушениями быть максимально активным и независимым. Однако в данной главе мы остановимся лишь на программах помощи, в основе которых лежит теория сенсорной интеграции. Теория была изначально разработана Э. Джин Айрес (A. Jean Ayres), эрготерапевтом, работавшей в Калифорнии с детьми и взрослыми, имеющими неврологические нарушения, в начале 70-х годов XX в. Теория сенсорной интеграции объясняла взаимосвязь функционального состояния ребенка и развития его нервной системы. Основное допущение этой теории заключается в том, что, воспринимая поступающие извне раздражители, центральная нервная система отфильтровывает и систематизирует поступающую информацию, а затем формирует адаптационную ответную реакцию (Ayres, 1972). Книга Э. Джин Айрес «Ребенок и сенсорная интеграция» переведена на русский язык и издана в 2009 году (Ayres, 2009). В настоящее время готовятся к публикации и другие книги по сенсорной интеграции.

Если у ребенка наблюдается проблема с обработкой сенсорной информации, что подтверждается его измененной реакцией на проприорецептивные, вестибулярные либо тактильные раздражители, то ему, возможно, поможет программа, основанная на принципах сенсорной интеграции.

Проблемы сенсорной интеграции довольно распространены среди детей с такими нарушениями, как аутизм, фетальный алкогольный синдром, общая задержка развития. Проблемы сенсорной интеграции также наблюдаются у детей, воспитываемых в условиях сенсорной депривации, например, в домах ребенка.

Итак, сенсорная интеграция — это неврологический процесс, который организует ощущения от тела и окружающей среды и дает человеку возможность эффективно функционировать.

Перечислим наши ощущения:

- зрение — способность видеть;
- слух — способность слышать;
- обоняние — способность различать запахи;
- вкус — способность различать вкус;
- тактильные ощущения — способность ощущать и различать прикосновения;
- проприорецепция — информация от наших суставов и мышц;
- вестибулярные ощущения — ощущения, которые мы получаем от передвижения нашего тела в пространстве.

Такие ощущения, как зрение, слух и обоняние, нам понятны, и нет необходимости пояснять, что это. Остановимся более подробно на тех ощущениях, которые знакомы нам меньше.

Проприорецепция

Это бессознательное различение ощущений, приходящих от наших суставов, мышц, сухожилий и связок. Проприорецептивные ощущения дают мозгу следующую информацию:

- когда и как мышцы растягиваются и сокращаются;
- когда и как суставы сгибаются, разгибаются, растягиваются и сжимаются;
- где находится тело и его части, и каким образом тело двигается;

Вестибулярные ощущения

Вестибулярные ощущения — это чувства, возникающие от гравитации, регистрации движений головы, а также передвижения тела в пространстве. (Вестибулярные ощущения помогают нам координировать движения глаз, головы и всего тела.)

Тактильные ощущения

Тактильные ощущения являются очень важными для сенсорной интеграции. Они сообщают нам:

- о том, где, как и сколько раз к нам прикасаются;
- о размере и форме объекта, который мы имеем возможность тактильно исследовать.

Тактильные ощущения весьма важны для формирования схемы тела.

Сенсорная интеграция очень важна для функционирования человека в повседневной жизни — она влияет на его социальное взаимодействие, развитие двигательных навыков и способность воспринимать и понимать информацию. Сенсорные системы регистрируют получаемые ощущения, интерпретируют их, модулируют и помогают человеку реагировать (отвечать) на них.

У разных людей разные способности к сенсорной интеграции. Не бывает «совершенной» или «никакой» сенсорной интеграции. Если представить, что сенсорная интеграция — это некий континуум (от слабой до хорошей), то можно сказать, что все мы находимся на разных точках данного континуума.

Нарушения сенсорной интеграции

Нарушения сенсорной интеграции — это неэффективный неврологический процесс обработки сенсорной (получаемой от органов чувств) информации, приводящий к трудностям в обучении, развитии и поведении. Сами по себе мышцы и нервы могут работать нормально, но существуют трудности в организации или интегрировании информации в мозге.

Обычно первыми симптомами, на которые обращают внимание взрослые, являются поведенческие проблемы или моторная неловкость ребенка. Маленькие дети с нарушениями сенсорной интеграции:

- часто не очень успешно включаются в игру со сверстниками;
- могут испытывать трудности с некоторыми навыками крупной (например, езда на велосипеде, самостоятельное одевание или еда, раскачивание на качелях) или тонкой моторики (использование карандаша, мелков, ножниц).

У детей более старшего возраста могут быть трудности с занятиями спортом, концентрацией внимания и поведением в школе. С возрастом может наступать некоторая компенсация, но неврологическая картина не меняется (например, ребенок избегает трудных, неприятных для себя видов деятельности).

Основные проблемы сенсорной интеграции

1. Неэффективный сенсорный вход — мозг получает слишком много или слишком мало сенсорной информации, и человек затрудняется реагировать на нее осмысленно.

Сверхреакция на сенсорные стимулы называется *гиперсензитивностью*. Человек избегает сенсорных стимулов, которые его перевозбуждают (громких неожиданных звуков, резких движений и перемещений в пространстве, яркого света, сильных запахов и т.д.).

Недостаточная реакция на сенсорные стимулы — *гипосензитивность*. Человек старается искать дополнительные стимулы, чтобы быть готовым к действию. Сенсорная дисфункция происходит из-за проблем неврологической организации: мозг человека может не получать сенсорной информации из-за отсутствия необходимых связей или получает несовместимую информацию, либо мозг может получать информацию, но не обрабатывает ее осмысленным образом.

2. Недостаточный двигательный, языковый или эмоциональный ответ

Из-за неэффективной обработки информации мозг не может давать соответствующей обратной связи, отвечая на внешние раздражители осмысленным образом.

Рассмотрим нарушения обработки сенсорной информации разных модальностей более конкретно.

Тактильная дисфункция (нарушения в сфере тактильных ощущений)

Тактильные ощущения влияют на нашу повседневную жизнь. Они позволяют нам:

- определять физические свойства объектов без использования зрения;
- осознавать свое тело, что помогает двигаться легко и целенаправленно;
- овладевать новыми навыками, требующими ручных манипуляций;
- способность прикасаться к людям и объектам самому и адекватно реагировать на прикосновение других влияет на социальные навыки.

Тактильная дисфункция выражается в виде *гиперсензитивности* или *тактильной защиты* либо в виде *гипосензитивности* или *недостаточного реагирования*.

Проявления тактильной защиты (гиперсензитивности) у детей раннего возраста

- Эмоциональное или негативное реагирование даже на легкое прикосновение. Это может проявляться в виде агрессии по отношению другим детям — ребенок просто не может переносить, когда к нему прикасаются, и его агрессия на самом деле носит защитный (оборонительный характер).
- Тревога, постоянное ожидание от окружающих какого-нибудь «подвоха», что не дает детям чувствовать себя спокойно.
- Уход в себя; если прикосновение кажется ребенку скребущим и неприятным, ребенок начинает тереть то место, к которому прикасались.
- Негативная или слишком эмоциональная реакция на ситуацию, когда к ребенку прикасается кто-то, кого он не видит, или кто-то подходит к нему сзади.
- Непереносимость даже дружелюбно настроенных людей или домашних животных
- Сверхреакция на боль (дети делают трагедию из-за малейшей царапины).
- Раздражение на новую одежду, особенно жесткую и колючую, на воротнички рубашки, ремни, резинки на талии, шапки, шарфы, резинки в носках.
- Избегание игр, в которых можно испачкаться (песок, рисование пальцами, глина).
- Излишняя разборчивость в еде (дети предпочитают пищу определенной текстуры или температуры).

Дети с гиперсензитивностью часто используют определенные стратегии, чтобы защитить себя от слишком сильных и неприятных для них тактильных стимулов: отстраняются от сверстников, отказываются играть с детьми, во время групповых действий стоят в стороне, ожидая потенциальных или неожиданных «ударов» от других детей.

Суммируя вышесказанное, можно представить себе, как нелегко приходится взрослым, воспитывающим гиперсензитивного ребенка. Он кажется им слишком привередливым, раздражительным, капризным, агрессивным. С ним трудно как дома, так и на улице. Однако, если знать особенности ребенка с тактильной гиперчувствительностью, можно понять, что и ему нелегко. Самые обычные прикосновения, текстуры и поверхности кажутся ему небезопасными, и он ищет способы защититься.

Проявления недостаточного реагирования (гипосензитивности)

Дети с тактильной гипосензитивностью (недостаточной тактильной чувствительностью) могут:

- не замечать прикосновений, пока они не будут очень интенсивными;
- не обращать внимания на грязь на лице (например, ребенок не замечает, что вокруг рта еда или что у него течет из носа);
- очень слабо реагировать на боль;
- делать больно детям или домашним животным во время игры, не осознавая, что тем больно;
- не обращать внимания на то, что что-то уронили.

При наблюдении за таким ребенком у взрослого может сложиться впечатление, что ребенок:

- «не дружит со своими руками»;
- не способен выполнить довольно простые двигательные задачи без зрительного подкрепления — например, застегивание молний или пуговиц на одежде;
- не может самостоятельно одеваться, неопрятно одет — шнурки развязаны, ремень перекручен, носки и перчатки надеты небрежно или неправильно;
- испытывает трудности с удержанием в руках и использованием предметов — мелка, ножниц, вилки или ложки.

Некоторых детей с гипосензитивностью можно назвать «ищущими ощущений». Часто они:

- испытывают потребность постоянно прикасаться к поверхностям, которые дают успокаивающие тактильные ощущения, например, к любимому одеялу, мягкой одежде;
- стремятся все потрогать (других людей, мебель, стены, предметы, которые трогать не стоит);
- ищут «грязных» игр (постоянно что-то мнут в руках, любят пачкаться), причем могут заниматься этим на протяжении длительного времени;
- трут, чешут или кусают кожу;
- предпочитают есть очень острую или очень сладкую пищу;
- будучи старше 2-х лет, продолжают исследовать несъедобные предметы ртом.

С таким ребенком тоже непросто. Неопрятный, часто неуклюжий, постоянно лезущий в грязь малыш вызывает раздражение взрослых.

Вестибулярная дисфункция (нарушение обработки вестибулярных ощущений)

Вестибулярная дисфункция выражается в виде *гиперсензитивности к движениям (гравитационной неуверенности)* или *гипосензитивности к движениям*.

Гиперсензитивный к движениям ребенок, как правило:

- не любит играть на детской площадке (не любит качели, карусели, горку);
- медленно и осторожно двигается, часто просто сидит на месте;
- кажется безвольным и не сотрудничающим с другими детьми;
- испытывает дискомфорт в лифте, на эскалаторе, укачивается при езде в машине;
- боится упасть, даже если на самом деле такой угрозы не существует;
- боится ходить по лестнице (подниматься и спускаться по ступенькам);
- испытывает тревогу, когда теряет контакт с землей (например, когда взрослый из самых лучших побуждений берет малыша на руки, чтобы поиграть или поменять одежду);
- пугается, когда находится вниз головой.

И с таким ребенком тоже бывает нелегко справляться.

Гипосензитивность к движениям у детей может приводить к тому, что малыш:

- испытывает потребность в постоянном движении, сидеть спокойно ему трудно;
- все время совершает какие-то движения (раскачивается, подпрыгивает, двигает вперед-назад головой);
- постоянно куда-то лезет или несется сломя голову;
- любит очень высоко и долго раскачиваться на качелях, играть на детской площадке.

Влияние вестибулярных ощущений на повседневную жизнь

Дети могут иметь трудности с координацией движений и поддержанием баланса:

- легко теряют баланс, когда ходят по ступенькам, стоят на цыпочках, прыгают, скачут или стоят на одной ноге;
- двигаются нескоординированно;
- выглядят суетливыми и неловкими;
- имеют тенденцию сползать на стуле, ложиться на стол, предпочитают лежать, а не сидеть, кладут голову на руки;
- быстро утомляются;
- плохо осознают свое тело;
- часто спотыкаются, падают, бывают неловкими в спортивных занятиях;
- испытывают трудности в выполнении заданий, требующих билатеральной координации (одновременного использования двух ног или рук) — прыгать вверх-вниз, бросать и ловить мяч;
- не имеют предпочтения левой или правой руки в возрасте после 3—4 лет.

Такие дети имеют следующие трудности:

- им приходится поворачивать и наклонять голову, когда они разглядывают страницу книги;
- им трудно следить за движущимся объектом;
- затрудняются в определении сходств и различий в словах и картинках;
- им трудно складывать паззлы;
- путают право и лево;
- в дошкольном возрасте путают и переворачивают буквы при чтении и письме;
- могут быстро расстраиваться и сдаваться при выполнении трудного для них двигательного задания;
- сопротивляются всему новому.

Все это может снижать самооценку ребенка и мешает ему строить отношения со сверстниками.

Проприорецептивная дисфункция

Проявления гипосензитивности в этой сфере могут выглядеть следующим образом. Дети:

- умышленно врезаются в окружающие предметы и крушат все вокруг (любят спрыгивать с большой высоты, нырять в кучу листьев, с разбегу врезаться в людей);
- печатают шаг или шлепают ногами во время ходьбы;
- качаются на стуле;
- любят стучать палкой или другими предметами о стену или забор во время ходьбы;
- трут руки о стол, кусают и сосут пальцы, щелкают суставами;
- любят, когда их плотно заворачивают в одеяло, подтыкают одеяло во время укладывания;
- любят, когда шнурки, капюшоны и ремни плотно застегнуты;
- жуют несъедобные предметы — воротничок рубашки, манжеты, завязки капюшона, карандаши, игрушки.

Недостаточное осознание тела и трудности в двигательном планировании у детей приводят к тому, что им:

- трудно планировать движение и выполнять его;
- трудно понять расположение тела в пространстве, поэтому они часто падают, натываются на препятствия, людей, испытывают страх передвижения;
- трудно подниматься и спускаться по ступенькам.

Недостаточное градуирование движений у детей приводит к следующему:

- дети берут предметы, прикладывая усилий больше, чем нужно;
- берут предмет, прикладывая усилий меньше, чем нужно, и не могут удержать его вовсе;
- им трудно поднимать и удерживать предметы разного веса;
- могут иметь затруднения в понимании разницы между тяжелым и легким.

Постуральная нестабильность приводит к тому, что дети:

- плохо удерживают позу;
- сидя за столом, кладут голову на руки;
- соскальзывают со стула;
- сидят на краешке стула, ставя на пол одну или обе ноги для увеличения стабильности;
- не способны поддерживать баланс, стоя на одной ноге.

* * *

В целом нарушения сенсорной интеграции вызывают:

- снижение самооценки;
- фрустрацию из-за невозможности находиться среди других детей;
- чувство физической и психологической небезопасности;

- трудности с учебой (например, недостаточно сформированные навыки письма не позволяют ребенку успевать делать записи во время работы в классе);
- социальные трудности, снижение авторитета в группе, особенно у мальчиков, для которых важными являются спортивные достижения и участие в групповых спортивных занятиях.

Итак, перед нами встает вопрос — как же понять, что у ребенка имеются нарушения сенсорной интеграции? Эрготерапевты используют специальные оценочные шкалы для обследования детей, чье поведение или развитие вызывают волнения у родителей или воспитателей. Однако даже при отсутствии эрготерапевта в команде специалистов можно с определенной вероятностью заподозрить наличие у ребенка проблем с сенсорной интеграцией, если:

- ребенок часто расстраивается и впадает в стресс при выполнении ежедневных задач;
- у ребенка есть трудности с обучением и(или) он испытывает затруднения в социальных ситуациях;
- он часто жалуется, что не может чего-то сделать, или просит помощи в очень простых для ребенка его возраста ситуациях;
- ребенок с трудом принимает неожиданные изменения;
- имеются трудности с вниманием;
- есть трудности в игре и(или) в развитии навыков самообслуживания.

Помощь детям с нарушениями сенсорной интеграции

Организация пространства

Детям необходимо практиковаться в освоении двигательных навыков. Для этого желательно иметь специально оборудованное помещение (это может быть зал ЛФК).

Хорошо, если:

- это помещение довольно большое и безопасное (имеется покрытие или маты на полу, предотвращающие травмы при падении);
- есть возможность менять физическое пространство (двигать мебель, строить сооружения из мягких блоков);
- имеется оборудование, обеспечивающее сенсорные ощущения:
 - качели (стимулируют вестибулярные ощущения);
 - шведские стенки и прочий спортивный инвентарь, обеспечивающие возможность лазать, карабкаться, прыгать, толкать и тянуть (стимуляция проприорецептивных ощущений);
 - сухой бассейн, пена для бритья или мыльная пена, различные щетки, одеяла, контейнеры с бобами, желудями или семенами, пластилин (для стимуляции тактильных ощущений)
- есть оборудование для улучшения планирования движений (для преодоления препятствий);
- есть приспособления и оборудование для организации детских игр.

Требования к специалисту

Для успешного планирования занятий с детьми очень важно, чтобы специалист мог:

- понять, что привлекает ребенка;
- предлагать упражнения, постепенно увеличивая их сложность;
- поддерживать во время занятий доброжелательные, комфортные для ребенка игровые отношения;
- выбирать те упражнения, которые помогают ребенку справляться с его повседневными задачами.

Организация процесса работы

Для того чтобы помочь ребенку справляться с поставленными задачами, имеет смысл снизить сенсорную перегрузку — убрать или снизить воздействие того, что может отвлекать ребенка.

- Чтобы помочь ребенку удерживать внимание — не давать одновременно больше одного задания.
- Упростить задания и разбить их на более мелкие составляющие для детей, которым трудно справляться с заданиями.
- Постараться исключить возможность отвлекаться.

Возможные проблемы с тактильными ощущениями: Ребенок волнуется, что его могут ударить или толкнуть

Стратегия: найти для ребенка место, где он сможет чувствовать себя в безопасности, например, не в центре группы детей, а с краю.

Возможные проблемы со зрительными ощущениями: Перегруженные информацией стены, ковровые покрытия с очень ярким пестрым рисунком, открытые полки с пособиями или игрушками, наличие в комнате деталей, которые отражают свет (бликуют), мигающие осветительные приборы могут привлекать внимание детей и отвлекать их от занятий.

Стратегия: внимательно осмотрите комнату для занятий или игры. Постарайтесь убрать то, что может приводить к зрительной перегрузке.

Возможные проблемы со слуховыми ощущениями: Твердые, гулкие поверхности, шум аквариума (работающее радио, телевизор), открытое окно, осветительные или обогревательные приборы, которые издадут звук (гудят), мешают некоторым детям сосредоточиться на занятии.

Стратегия: внимательно осмотрите комнату для занятий или игры. Представьте себя на месте ребенка с гиперсензитивностью к звукам, подумайте, что в окружении может быть избыточным и приводить к слуховой перегрузке ребенка, и уберите эти вещи.

Возможные проблемы с обонятельными ощущениями: Запахи еды, медикаментов, краски, клетки с животными и т.д. могут раздражать некоторых детей.

Стратегия: устранить отвлекающие обонятельные раздражители.

Очень важно, чтобы мебель для занятий и еды была удобной и подобранной исходя из особенностей и потребностей ребенка.

В помещении, где дети находятся в течение дня (в игровой комнате), должно быть тихое место, где ребенок, который устал или расстроился, может отдохнуть и прийти в себя. Хорошо, если в комнате есть ширма, большие подушки или мягкий мат, пледы или одеяла, которыми можно накрыть ребенка.

Рекомендации для детей с разными особенностями сенсорной интеграции

Гипосензитивные дети, особенно дети, ищущие ощущений

Такие дети постоянно находятся в движении. Им трудно концентрировать внимание и сидеть на месте. Они действительно не могут это сделать. Несмотря на все наши указания («не вертись, сядь ровно» и т.д.), дети используют различные движения, чтобы помочь себе удержать оптимальное состояние работоспособности. Имейте в виду:

- Если обвязать эластичным бинтом ножки стула, чтобы ребенок мог отталкиваться от него ногами, это поможет ему дольше удерживаться в положении сидя, не вскакивать с места.
- Если использовать вместо стула терапевтический мяч или специальную упругую подушку (или почти сдутый легкий мяч, с которым играют на пляже и плавают), то дети более старшего возраста лучше удерживают внимание. Такие приспособления используют для детей, которые много двигаются (моторное беспокойство), чтобы давать им дополнительные ощущения.
- Можно дать в руки детям, которые постоянно что-то вертят в руках, предметы, которые они могут мять (занять руки, которые находятся в постоянном движении). Это может быть крупа, насыпанная в 2—3 воздушных шарика (шарик с крупой нужно крепко завязать и поместить его в другой шарик).
- Неожиданная смена активности (посещение группы большим количеством людей, открытые занятия и даже специально организованные праздники) может будоражить таких детей, выводя их из равновесия. Изменения в привычном расписании, например, отмена прогулки из-за дождя или слишком холодной погоды, могут также беспокоить детей. Постарайтесь подготовить ребенка к изменениям — расскажите о том, что будет происходить. Это очень важно в том числе и для детей, которые не пользуются речью.
- Очень полезным при работе с детьми является использование расписаний в виде предметов, картинок или фотографий. О том, как составить такое расписание, можно почитать в главе 1.
- Надо делать перерывы с использованием двигательных упражнений между обычными для ребенка занятиями и во время их выполнения.
- Упражнения, которые помогут слишком активному ребенку организовать и лучше концентрировать внимание, можно легко использовать в течение дня: просить его передвигать стулья, встать и выпрямиться, попрыгать у стола.
- Дети лучше обучаются, когда они двигаются и трогают предметы, а не просто слушают и смотрят.
- Ребенку надо давать время для обработки информации, упрощать инструкции.
- Для того чтобы ребенок лучше понял, чего от него хотят, очень важно установить с ним хороший контакт (зрительный и тактильный).
- Детям, которым трудно использовать столовые предметы или письменные принадлежности, можно утяжелить ложку (например, надев на черенок ложки кусок резинового шланга), давать более толстый карандаш, который проще удерживать в руке, или мелок (толстый маркер). Покажите ребенку, как надо держать карандаш (ложку), чтобы каждый палец находился в правильном положении. Повторяйте это несколько раз в течение дня.

- Не надо заставлять ребенка принимать участие в видах деятельности, которые вызывают у него тревогу или отвращение. Например: «Все дети любят рисовать красками, и ты тоже должен». Если ребенку неприятно или очень трудно рисовать кисточкой, дайте ему другой инструмент для рисования — губку, зубную щетку и т.д.
- Следует предвосхищать проблемы детей и помогать им. Например: в группе есть неловкий ребенок, который избегает групповых игр. Дайте ему другие упражнения, которые развивают навыки крупной моторики, не принося чувства отстраненности.

Гиперсензитивные дети

- Объясняйте все, что делаете. Дайте ребенку понять, что остановитесь в случае, если ему что-то не понравится. Учитывайте все сигналы, подаваемые ребенком, — как вербальные, так и невербальные.
- Если вы прикасаетесь к ребенку, то делайте это уверенно, всей ладонью. Помните, что легкое прикосновение обычно вызывает более сильную негативную реакцию (легкие прикосновения неприятны для ребенка).
- Не приближайтесь к ребенку быстро или незаметно, подходите к нему спокойно.
- Начав, не прерывайте контакта с ребенком.
- Находите время для прикосновений в ходе повседневных дел.

Вот некоторые приемы, которыми пользуются эрготерапевты на своих занятиях:

- Для того чтобы снизить тактильную защиту ребенка, можно тереть его руки и ноги тканями с различными текстурами или разными щетками.
- Для того чтобы улучшить тактильную дифференциацию, можно играть с тестом (терапевтической глиной), находить спрятанные игрушки в контейнерах с фасолью (горохом, крупой).
- Чтобы лучше развить понимание тела и улучшить постуральную безопасность, можно подвесить к потолку специальные качели или качающуюся наклонную плоскость.
- Чтобы улучшить равновесие — лежать и сидеть на больших надувных мячах.
- Для улучшения моторного планирования — организовать полосу препятствий.
- Для улучшения навыков тонкой моторики можно играть с магнитами: таким образом укрепляются мышцы рук, стабилизируются слабые суставы.
- Чтобы улучшать способность сопротивляться гравитации — кататься по полу или съезжать по наклонной плоскости головой вниз.
- Чтобы уменьшить гравитационную неуверенность — покачиваться на качелях, прыгать на упругой подушке.
- Для улучшения зрительного контроля и визуального различения хорошо играть с шариками, мешочками с фасолью и подвесными мячами.

Специалист должен уметь:

- всегда подчеркивать позитивное в поведении ребенка;
- хвалить ребенка за то, что он сделал правильно, вместо того чтобы замечать неправильное или недоделанное;

- стараться говорить тише (ребенку некомфортно, когда на него повышают голос);
- давать обратную связь, подбадривать ребенка;
- становиться на уровень ребенка и смотреть ему в глаза;
- прикасаться к ребенку, если тот не проявляет сверхчувствительности к этому

Существуют разные виды деятельности, которые либо приводят детей в состояние готовности к занятиям, либо, наоборот, успокаивают. В зависимости от поставленных задач можно использовать подобные упражнения для того, чтобы активизировать или успокоить детей.

Упражнения, которые помогают детям настроиться на работу:

- прыжки на терапевтическом мяче;
- прыжки на матрасе или батуте;
- прыжки «Руки-ноги вместе и в стороны»;
- быстрое раскачивание;
- поедание хрустящих продуктов (сухие хлопья, попкорн, яблоки, морковь, орехи, крекеры и т.д.);
- лазание по лестницам;
- перемещение тяжелых предметов (например, тележки с грузом)
- висение вниз головой;
- перетягивание каната;
- надевание жилета или ранца с утяжелением (не более 5—10% веса тела на 5—10 минут);
- игры с пластилином.

Упражнения, которые помогают ребенку успокоиться:

- отталкивание от стены;
- медленное раскачивание;
- обнимания (людей или большие мягкие предметы, например, подушки, игрушки).

Можно также глубоко надавливать ребенку на плечи.

Понимание особенностей и потребностей каждого ребенка может помочь в построении эффективной программы помощи. На сегодняшний день программы помощи, основанные на идеях сенсорной интеграции, являются очень популярными и востребованными во многих странах мира. Эти программы стали развиваться и в России. Мы надеемся, что наши читатели смогут найти в этой главе полезные для себя идеи и подходы.

Литература

Айрес Э.Д. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. — М.: Теревинф, 2009.

Ayres A.J. Improving Academic Scores Through Sensory Integration // *Journal of Learning Disabilities*. 1972. V. 5. P. 338—343.

Fisher A.G., Murray E.A., Bundy A.C. Sensory integration: theory and practice. — Philadelphia: F.A. Davis Company, 1991.

Kranowitz C.S. The out of sync child: Recognizing and coping with sensory integration dysfunction. — N.Y.: Perigee. 1998.

Глава 5

ЗРИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Зрительные нарушения возникают в случаях, когда появляются проблемы в работе какой-либо из частей зрительной системы. Это приводит к задержке развития зрительных навыков.

Последовательность развития зрительных навыков

(приводится по программе «Каролина» — Джонсон-Мартин, Аттермиер, Дженс, Хакер, 2005)

Возраст	Навыки
	1. Зрительное прослеживание и постоянство предметов
3 мес.	Смотрит на предмет в течение по крайней мере трех секунд.
	Следит за предметом, перемещаемым по горизонтали вправо и влево.
	Следит за предметом, перемещаемым по вертикали от уровня лба до уровня груди.
	Следит за предметом, перемещаемым по кругу.
	Смотрит туда, где скрылся предмет или человек.
6 мес.	Продолжает смотреть на человека, который накрывает свое лицо платком.
9 мес.	После того как его отвлекли, смотрит на тот объект, которым на его глазах накрыли предмет.
12 мес.	Смотрит именно на то место (из двух возможных), куда спрятали предмет.
15 мес.	Смотрит именно на то место (из трех возможных), куда спрятали предмет.
18 мес.	Смотрит на то место, где сейчас находится предмет, последовательно перед этим помещенный в три разных места.
	Смотрит последовательно на два скрывающих объекта, пока не находит предмет, незаметно спрятанный от него (для детей, чьи двигательные нарушения не позволяют им убрать то, под чем спрятан предмет).
	Систематически смотрит на три разных скрывающих предмета, пока предмет, исчезнувший из поля зрения ребенка, незаметно для него, не будет найден (для детей, чьи двигательные нарушения не позволяют им убрать то, под чем спрятан предмет).
	2. Постоянство объектов: двигательное и зрительное
6 мес.	Стягивает ткань с лица.
	Стягивает ткань с лица другого.
	Находит частично спрятанные игрушки.

9 мес.	Открывает полностью спрятанную игрушку.
	Находит игрушку, спрятанную под скрывающим предметом.
	Ищет игрушку под одним из двух колпаков, когда ее попеременно прячут то под одним, то под другим.
	Снимает скрывающий предмет, когда игрушка спрятана под одним из трех скрывающих предметов.
12 мес.	Находит игрушку, спрятанную под тремя наложенными друг на друга скрывающими предметами.
15 мес.	Находит игрушку после того, как ее последовательно перепрятывали (на глазах ребенка) в три разные места.
	Находит предмет после того, как его перепрятали невидимо для ребенка под один из двух скрывающих предметов.
18 мес.	Находит предмет под одним из трех скрывающих предметов после систематического поиска (предмет был спрятан невидимо от ребенка).
	3. Слуховая локализация и постоянство предмета
3 мес.	Успокаивается под воздействием шума.
	Ищет глазами источник звука.
	Поворачивает голову и ищет глазами источник звука или тянется к нему, если он рядом с ухом (ребенок лежит).
6 мес.	Поворачивает головку и тянется к источнику звука, расположенному на уровне уха (ребенок сидит).
	Поворачивает голову в сторону звука и смотрит или тянется по направлению к погремушке, когда звук производится на уровне плеча.
9 мес.	Смотрит в направлении источника звука или пытается его схватить, когда звук появляется сбоку (примерно на уровне его талии).
	Поворачивает голову и смотрит то на один, то на другой источник звука или пытается их схватить, когда два звука предъявляются с разных сторон.
15 мес.	Пытается достать предмет, если тот перестал издавать шум (для детей с нарушениями зрения).
18 мес.	Пытается достать предмет, расположенный с любой из сторон или посередине, выше или ниже уровня плеч, если тот перестал издавать шум (для детей с нарушениями зрения).
21 мес.	Пытается дотянуться в правильном направлении до предмета, который издавал шум в нескольких разных местах (для детей с нарушениями зрения).
	9. Зрительное восприятие
15 мес.	Кладет крупный предмет круглой формы в соответствующее по форме отверстие в коробке.

18 мес.	Кладет крупный предмет квадратной формы в соответствующее по форме отверстие в коробке.
	Строит «стул» из кубиков, подражая взрослому.
	Кладет круглые и квадратные предметы в соответствующие по форме отверстия.
21 мес.	Кладет треугольные предметы в соответствующие по форме отверстия.
	Кладет круглый, квадратный и треугольный предметы в отверстия, соответствующие по форме, когда эти предметы представлены ребенку одновременно.
	Собирает простейшие пазлы.
24 мес.	Строит из кубиков паровозик.

Часто проблемы со зрением сочетаются с другими нарушениями, например, с церебральным параличом, когнитивными проблемами, нарушениями слуха.

Причины нарушения зрения

Врожденные:

- различные вирусные и инфекционные заболевания (грипп, токсоплазмоз и др.), нарушения обмена веществ матери во время беременности;
- наследственные дефекты зрения (уменьшение размеров глаз, катаракта и др.);
- обусловленные врожденными доброкачественными мозговыми опухолями (такие нарушения проявляются не сразу).

Приобретенные:

- внутричерепные и внутриглазные кровоизлияния, травмы головы во время родов и в раннем возрасте ребенка;
- повышение внутриглазного давления;
- недоношенность детей с ретинопатией (снижение чувствительности сетчатки), при которой часто встречаются глубокие нарушения зрения.

Виды нарушений зрения

Атрофия зрительного нерва — это поражение нервных волокон, проводящих зрительные сигналы от глаза в зрительные центры коры головного мозга.

Основной причиной являются поражения головного мозга. Крайне редко атрофия зрительного нерва бывает полной, в случае частичной атрофии зрение сохраняется, и острота зрения определяется степенью и местом поражения зрительного нерва.

Катаракта — помутнение хрусталика, которое лечится чаще всего хирургически — удалением мутного хрусталика. Если не оперировать катаракту, то будет нарушаться прохождение света внутрь глаза, и это приведет к обскурационной амблиопии (существенной задержке развития зрения). После такой операции ребенку нужно носить специальные очки или контактную линзу, заменяющую хрусталик. В последнее время распространена методика ранней имплантации искусственного хрусталика.

Врожденная глаукома — заболевание глаз, которое характеризуется повышением внутриглазного давления из-за врожденных нарушений системы образования и оттока внутриглазной жидкости. В результате глаз ребенка растягивается и увеличивается в размерах, выдвигаясь вперед (вплоть до ограничения полного смыкания век). Также при глаукоме может отмечаться помутнение роговицы (бельмо). Поскольку это заболевание связано со структурными изменениями некоторых отделов глаза, то лечение в основном хирургическое. Цель операции — обеспечение нормального оттока внутриглазной жидкости из полости глаза. Если к моменту операции не затронуты роговица и зрительный нерв, то возможно сохранение и развитие полноценного зрения.

Нистагм — подергивание глаз в горизонтальном или вертикальном направлении, из-за чего у ребенка отсутствует фиксация взгляда и не формируется четкое зрение (глаз не может зафиксироваться на предмете и поэтому видит его детали «размытыми»). Причиной могут стать как различные заболевания глаз (высокая степень близорукости, поражения центрального отдела сетчатки и т. д.), так и поражение головного мозга.

Птоз (опущение) верхнего века — когда один или оба глаза не открываются полностью. Происходит это из-за поражения соответствующего нерва или мышцы, поднимающих верхнее веко (в результате кровоизлияний, родовых травм и т. д.). Возможность развития зрения в такой ситуации определяется степенью птоза. Если веко прикрывает зрачок, то ребенку требуется специальная пластическая операция. Если же такая проблема не мешает малышу, он способен рассматривать этим глазом игрушки на различных расстояниях и у него не возникает косоглазия, вопрос с оперативным вмешательством можно отложить на более поздний срок, поскольку хирургическая помощь в этом случае понадобится лишь с косметической целью. Для поддержания нормального функционирования глаза в таком случае необходимо проводить специальные тренировки.

Косоглазие (изменение правильного положения одного или обоих глаз в глазной щели). Оно возникает из-за нарушения зрения на одном или обоих глазах, изменений мышечного тонуса глазодвигательных мышц, поражений глазодвигательных нервов и др. Рассматриваемый предмет фокусируется не на центральный отдел сетчатки, а на соседний участок, где зрительная чувствительность существенно ниже, что создает угрозу формированию бинокулярного зрения у малыша. Бинокулярное зрение — зрение двумя глазами с соединением одновременно полученных ими изображений, позволяющее локализовать объекты по направлению и по относительной их удаленности. В этом случае необходимо начать лечение как можно раньше.

Ретинопатия недоношенных — заболевание сетчатки глаза, при котором нормальное развитие и рост ее сосудов останавливаются, и начинают развиваться патологические сосуды, не выполняющие своей функции по доставке кислорода к сетчатой оболочке. Стекловидное тело мутнеет и уплотняется, что вызывает натяжение и отслойку сетчатки, и при отсутствии адекватного лечения это может привести к безвозвратной потере зрения. К сожалению, внешне это заболевание никак не проявляется, и только на последней стадии, когда помочь ребенку уже не удастся, становится заметным серое свечение зрачка. Болезнь на ранних стадиях может диагностироваться только опытным офтальмологом. Легкие стадии ретинопатии могут оставлять после себя незначительные изменения, не оказывающие существенного влияния на зрение. Но при достижении 3-й или 4-й стадии заболевания ребенка необходимо срочно прооперировать.

Все вышеперечисленные нарушения часто сочетаются с нарушениями остроты зрения — *близорукостью* и *дальнозоркостью*.

Часто ли бывает тотальная слепота у детей? Зачем нужно выявлять и развивать остаточное зрение?

Нет, полностью слепых детей очень немного. По данным В.Д. Озерова, из ста человек, обучающихся в школах для слепых детей, 3—4 ребенка ничего не видят (тотально слепые), 5—6 детей различают светло—темно (имеют светоощущения), а остальные имеют остаточное зрение. Для одних все окружающие предметы, как в густом тумане — видны только контуры, но не различимы детали; другие видят как будто через маленькое отверстие; третьи ничего не видят прямо перед собой, но видят боковым зрением, и так далее. Таким образом, практически у всех детей (или по крайней мере у подавляющего большинства) можно найти и развивать остаточное зрение.

Если ребенок научился использовать остаточное зрение, то он будет самостоятельно ориентироваться в окружающей среде, обслуживать себя, сможет учиться, несмотря на то, что будет по-прежнему плохо видеть и, возможно, не узнает хорошо знакомого взрослого в нескольких шагах, если тот молчит.

Вот что пишет в своей книге «Зрение у детей: нормальное и с нарушениями» финский офтальмолог Леа Хювяринен: «Раньше считалось, что зрение у детей со зрительными нарушениями развивается и без тренировок настолько, насколько оно может развиваться у данного ребенка. Теперь, однако, известно, что зрение — это функция организма, поддающаяся обучению, и что оно может быть улучшено с помощью тренировки, осуществляемой в определенный (чувствительный к тренировке) период развития ребенка. Иногда дети, которые, кажется, не использовали свое зрение во время первого года жизни, учатся этому на протяжении второго года. Как только они начинают смотреть на предметы, зрительная функция быстро развивается. Поскольку количество связей между мозговыми клетками увеличивается в течение первого года, не исключено, что достаточная зрительная информация постепенно достигает высших ассоциативных зон и ребенок начинает осознавать свои зрительные возможности. Если это произойдет, он начинает использовать зрение и быстро обучается по мере созревания межнейронных связей» (Хювяринен, 1996, с.30).

Если есть подозрение на нарушение зрения, какими способами можно это проверить?

Для этого рекомендуется провести скрининг зрительных функций, а затем направить ребенка к окулисту.

Скрининг зрительных функций включает:

- проверку устойчивости бинокулярной фиксации с помощью свечки или фонарика (с целью выявления косоглазия);
- проверку характера и объема прослеживающих движений глаз (горизонтальное, вертикальное, круговое, конвергенция и дивергенция);
- проверку полей зрения по ориентировочной реакции ребенка на внесение зрительного стимула из-за спины ребенка;
- приблизительную оценку остроты зрения, эта оценка может быть произведена ориентировочно при помощи крупинки различного диаметра.

Невозможно точно узнать, как каждый отдельно взятый ребенок видит окружающий мир, потому что мы не можем посмотреть сквозь его или ее глаза. Часто

медицинский диагноз также не дает полного ответа на вопрос о том, что именно, как далеко, какого цвета и при каком освещении ребенок способен видеть.

Конечно, каждый ребенок должен быть осмотрен окулистом, но, как уже отмечалось, недостаточно только знать медицинский диагноз, необходимы данные функциональной оценки зрения в среде, в которой постоянно находится ребенок. Поэтому нам нужно наблюдать за поведением ребенка в группе и проводить функциональную оценку зрения. Она поможет нам приблизиться к пониманию специфики нарушений. Подносит ли ребенок предметы к глазам? Поворачивает ли голову, чтобы рассмотреть предмет одним глазом? Если да, то из-за того, что один глаз хуже видит, или потому, что нарушено поле зрения?

Многообразие возможных зрительных нарушений у ребенка огромно, и нам необходимо понять его индивидуальные особенности. Некоторые дети видят объекты мутно и нечетко, другие видят лишь части предметов. У одних центральное зрение сохранено, другие видят только краем зрительного поля. Кто-то реагирует на свет и светящиеся объекты, другие видят только тени причудливых очертаний или лучше видят движущиеся объекты, нежели стационарные.

Иногда поведение ребенка с нарушенным зрением может выглядеть странно, потому что он пытается использовать остаточное зрение. Задача взрослых — помочь использовать остаточное зрение как можно более эффективно — это единственный способ развивать остаточное зрение. Если ребенок не будет постоянно использовать остаточное зрение, его нельзя будет сохранить, или «законсервировать».

Какие точные методы оценки зрительных функций существуют, кроме классического офтальмологического осмотра?

В практике детские офтальмологи и педагоги, занимающиеся с маленькими детьми с нарушениями зрения, используют различные методы.

Для измерений остроты зрения используются решетки (полосы) разной пространственной частоты (решетки Теллер американской фирмы Vistech, решетки Леа американской фирмы Precision Vision или самодельные решетки). Последовательно предъявляя ребенку решетки все более высокой частоты, подбирают максимальную частоту, которую наблюдатель еще воспринимает как решетку и отличает от однородного серого поля той же средней яркости. Эта частота и будет соответствовать максимальной остроте зрения данного малыша. Метод базируется на автоматической реакции зрительных корковых нейронов и не требует речевого ответа, достаточно фиксации взгляда на решетке. По направлению взгляда ребенка врач определяет, с какой стороны расположена решетка (заранее он этого не знает и проверяет после проведения измерения). Считается, что ребенок различает те пространственные частоты, при наблюдении которых его поведение четко указывает на положение решеток.

У детей с низким зрением проверять базовые зрительные функции трудно. В таких случаях оценка зрения основывается на наблюдении врожденных зрительных реакций: фиксирует ли ребенок источники света, есть ли зрачковые реакции, есть ли фиксация и прослеживание изображений лица, полосатых и движущихся объектов. Проверяют также развитие зрительных представлений об окружающем мире (когнитивное развитие ребенка на основе зрительного восприятия): возможность предсказания прямолинейного и непрямолинейного движения и скорость обучения ребенка; различение и запоминание формы, размера и цвета видимых объектов; запоминание местоположения объектов; поиск спрятанного объекта; установление пространственных взаимоотношений между несколькими объектами; формирование зрительных

обобщений по форме, размеру и цвету и умение ребенка классифицировать объекты по этим признакам. Приемы оценки уровня развития каждого из этих навыков базируются на регистрации поведенческих реакций ребенка, например, реакции удивления младенца.

У детей более старшего возраста (с уровнем развития 1,5 года и старше) острота зрения вдаль и вблизи измеряется с помощью Леа-символьных тестов (автор — Леа Хювяринен, Финляндия) и тестов БАСТ с изображениями реальных объектов (автор — Эва Линдстедт, Швеция). В ходе тестирования дети могут называть изображения, показывать их по просьбе специалиста или находить соответствие картинок, картинок и предметов, картинок и фигурок, то есть речевой ответ не обязателен.

В каком возрасте ребенку можно подобрать очки?

Если врачи рекомендуют использовать очки, то это можно делать с 3–4-месячного возраста.

Как нарушения зрения влияют на раннее развитие?

Более всего у детей с нарушениями зрения страдает двигательное развитие. Зрение необходимо для того, чтобы легко и быстро научиться держать голову, тянуться за игрушкой, ориентироваться в пространстве и т.д. Снижение зрительной информации приводит к снижению двигательной активности ребенка. Зрячий ребенок при обнаружении на периферии поля зрения движущегося объекта инстинктивно поворачивает голову. Ребенок с глубокими нарушениями зрения обычно этого не делает, из-за чего задерживается развитие мускулатуры, он позже начинает держать голову, переворачиваться, сидеть.

Один из первых навыков — развитие координации «глаз-рука» и умение сводить руки по средней линии. Ребенок видит игрушку и пытается дотянуться до нее, постепенно совершенствуя эти навыки, удерживает игрушку и исследует ее двумя руками. У ребенка с нарушенным зрением координация руки развивается по другому принципу — ему нужно тянуться на звук игрушки, то есть развивать координацию «рука-звук», что намного сложнее и не всегда является адекватной заменой зрению.

Информация, получаемая незрячим ребенком с помощью слуха, начинает увязываться им с конкретными действиями или предметами только с 6—7-месячного возраста. Все это приводит к тому, что у незрячего ребенка по сравнению с его зрячим сверстником наблюдается снижение общей активности, а это, в свою очередь, приводит к задержке физического и психического развития.

Локомоция и свободное передвижение в пространстве — еще одна способность, тесно связанная с возможностью видеть окружающее и ориентироваться в пространстве с помощью зрения. Для того чтобы ребенок смог научиться свободно и независимо перемещаться в пространстве, требуется большая и кропотливая работа как его самого, так и людей, за ним ухаживающих.

Навыки мелкой моторики у детей с нарушениями зрения также отстают в развитии, поскольку совершенствование навыков мелкой моторики во многом основано на имитации. Вместе с навыками мелкой моторики отстает и самообслуживание — умение самостоятельно есть, одеваться и т.п. Сложности в развитии мелкой моторики у таких детей связаны не столько с когнитивными трудностями, сколько с отсутствием зрительной поддержки. Однако некоторые когнитивные навыки все же развиваются у таких детей с некоторыми трудностями. Яркий пример — концепция «постоянства объекта». Типично развивающийся ребенок видит, как предмет исчезает из поля зре-

ния, затем вновь появляется, видит, что это *тот же объект*, и так далее; ребенок же с серьезными нарушениями зрения не имеет такой возможности. Другой пример — формирование причинно-следственных связей: «Что случится, если...» Для формирования этих связей ребенку потребуется тем больше практического опыта, чем глубже его зрительные нарушения.

Формирование концепций, подобных вышеперечисленным, — важная часть когнитивного развития. На них основана классификация объектов и многое другое в развитии интеллекта человека. Многие когнитивные механизмы у детей с очень низким зрением или полностью слепых работают абсолютно другим, плохо изученным пока способом (например, зрительная память). Для того чтобы реализовать свой когнитивный потенциал и возможности для развития, детям с нарушениями зрения требуется серьезная помощь и поддержка.

Трудности в развитии речи и языка. В первые месяцы жизни ребенок с серьезными зрительными нарушениями практически не отличается от сверстников. Обычно он начинает гулить и имитировать первые слоги в том же возрасте. С началом речевой фазы часто появляется отставание, которое связано с трудностями разделения внутреннего и наружного мира: «Я» и «не Я». Иногда у слабовидящих и слепых детей возникают эхолалии (бессмысленное повторение слов), которые обычно не носят патологического характера, а просто отражают большую необходимость в практике и повторениях у таких детей.

Социальные навыки. Иногда детям, которые плохо видят, труднее формировать привязанность, выделять любимых взрослых, особенно если они одеты в одинаковую одежду (белые халаты или другую униформу) и часто сменяются. К возрасту 2—3 лет дети заметно отличаются от сверстников с нормальным зрением и по использованию социальных жестов, таких, как жест прощания («пока-пока»), кивок и отрицательное покачивание головой («да», «нет»), демонстрация внимания (взгляд в лицо говорящему с ребенком человеку) и т.п.

Другой важный социальный навык — умение играть. Ребенок с нарушениями зрения может *не знать, как играть*. Он не видел, как объекты используются другими, а также что моделирует объект (машина, дом, кукла). Примитивное исследовательское поведение (трясти, тянуть в рот, стучать и т.п.) может присутствовать у такого ребенка значительно дольше. Слепой или слабовидящий ребенок сможет играть «по-нарошку» только тогда, когда поймет, как функционирует объект, который он имитирует.

Часто у детей с тяжелыми нарушениями зрения появляются специфические самостимуляции, выражающиеся в том, что ребенок давит пальцами (согнутыми фалангами пальцев) на глаза. Часто встречаются и такие формы самостимуляций, как подпрыгивание на одном месте, ритмичные вращения головой и верхней частью туловища, размахивания руками или раскачивания туловища. Часто дети «уходят» в самостимуляции и начинают серьезно отставать в развитии.

Что делать, если в группе есть ребенок с нарушениями зрения?

Ребенок с нарушениями зрения — это прежде всего ребенок, он может быть симпатичным и не очень, сообразительным и стеснительным, агрессивным или тихим и т.д. И нужно ему в первую очередь то же, что и любому другому ребенку: индивидуальные отношения и возможности для игры и развития.

Тем не менее существует несколько рекомендаций, которых следует придерживаться при взаимодействии с такими детьми.

- Прежде чем что-то сказать ребенку с нарушенным зрением, назовите его по имени. Это привлечет его внимание и покажет, что вы обращаетесь именно к нему.
- Дотроньтесь до его/ее руки или плеча, если вам кажется, что обращения по имени недостаточно.
- Когда показываете вашу радость или, наоборот, неудовольствие другим детям в группе с помощью выражения лица или жестов, обязательно подкрепляйте их словами.
- Закрепляйте навыки слушания у ребенка с нарушенным зрением (например, читая ему книжку).
- Закрепляйте опыт ребенка повторениями с использованием всех сенсорных каналов (слуха, проприорецепции и т.п.), давайте разную сенсорную стимуляцию.
- Как можно реже оставляйте такого ребенка в одиночестве.

Как можно изменить окружающую среду в группе, в которой находится ребенок с нарушениями зрения?

Факторы окружающей среды, связанные со зрительным восприятием, включают в себя цвет, контраст, освещенность, структуру и объем помещения. Нам часто бывает трудно повлиять на нарушения, имеющиеся у ребенка, на его способность видеть, изменить же факторы окружающей среды, адаптировав их к нуждам ребенка, — вполне реально. Одним детям поможет окраска элементов помещения в более яркие, контрастные цвета, другие будут способны различить крупные черно-белые графические материалы. Многим детям нужна хорошая освещенность помещения, в котором они играют, едят, а тем более учатся.

Когда ребенок с нарушенным зрением учится ходить, главное, чтобы у него не появилось чувство страха перед огромным и непонятным окружающим миром. Каждый самостоятельный шаг — это шаг в неизвестность. Необходимо убедиться, что на него ничего не упадет сверху, если он наткнется на какой-либо предмет, что нигде нет острых углов, режущих кромок, не торчат гвозди и т.п. Вы должны предупредить всех сотрудников в группе, что все вещи в помещении должны иметь строго определенное место. Двери должны быть либо полностью закрыты, либо полностью открыты. В этом случае ребенок достаточно быстро освоится с расположением предметов и будет уверенно чувствовать себя в группе.

Надо внимательно изучить с ребенком дверные проемы и освоить открывание (закрывание) дверей и перешагивание порогов. Когда ребенок начнет ходить по группе самостоятельно, приучите его передвигаться, слегка касаясь стен, мебели, вдоль которой он идет, а при пересечении комнаты (свободных от предметов пространств) слегка выставлять вперед руки. Если ребенок наткнулся на какой-либо предмет, стукнулся или упал, то, утешая его, надо объяснить, с чем он столкнулся, помочь «увидеть» предмет на ощупь, дать возможность погладить его рукой.

Как развивать остаточное зрение ребенка?

Необходимо научить ребенка с ослабленным зрением фиксировать взгляд на предметах, используя для этого яркие и контрастные предметы. Воспитатели в группе и сами должны носить хорошо различимые вещи: например, яркие очки, заколки в волосах, пестрые косынки, одежду, хорошо выделяющуюся на общем фоне. Эффективно использование полосатых чехлов на бутылочки для молока, простых геомет-

рических фигур с закрепленными по углам или краям электрическими лампочками, которые периодически включаются и выключаются.

Все малыши любят чувствовать тепло, исходящее от взрослого. А поэтому чаще берите ребенка на руки. Это улучшает эмоциональное состояние ребенка, укрепляет его мускулатуру, расширяет число зрительных стимуляторов. Когда ребенок у вас на руках, ваше лицо находится рядом с его лицом, а это стимулирует его остаточное зрение, способствует развитию тактильных ощущений и звукоподражания.

Стимулирование развития ребенка с нарушенным зрением

1. Возможная проблема: Ребенок не тянется к игрушкам рукой

Пути решения. Подвесьте на расстоянии вытянутой руки издающую звук погремушку или небольшую пластиковую бутылку, наполненную небольшим количеством фасоли или гороха. Потрогайте ее руками ребенка. Ребенку понравится доставать рукой подвешенный предмет, который, отскакивая от руки, начинает шуршать над головой.

2. Возможная проблема: Ребенок с нарушениями зрения самостоятельно не переворачивается

Пути решения. Положите ребенка на одеяло, и пусть двое взрослых, натянув одеяло, перекатывают ребенка на нем.

3. Возможная проблема: Ребенок в 6 месяцев не сводит руки по средней линии

Пути решения. Незрячий ребенок координацию движений рук должен осваивать на основе информации от других органов чувств (осязание, слух, вестибулярный аппарат). Поэтому незрячего ребенка надо обучать «захватывать» и «отпускать» окружающие предметы. Когда он начнет это делать самостоятельно, необходимо помогать ему соединять руки, находить игрушки, лежащие в кроватке или висящие над ней. Учить захватывать и искать предметы надо не только одной, но и сразу двумя руками. Стимулируйте попытки ребенка ощупывать окружающие предметы, удерживать игрушки в руке, извлекать из них звук — стучать. Все ваши действия по помощи ребенку должны сопровождаться простыми пояснениями. Тогда у ребенка начнут формироваться ассоциативные связи между собственными действиями, ощущениями от контакта с руками взрослого, предметами и словами, обозначающими действия и предметы.

4. Возможная проблема: Ребенку скоро год, а он не умеет ползать

Пути решения. Дети с нарушениями зрения часто начинают ходить позже своих зрячих сверстников, а ползать учатся, как правило, после того, как освоят хождение. В этом нет ничего страшного, но если вы хотите, чтобы ребенок ползал, то этому его надо учить. Используя звуковые стимулы — голос, музыку, звук игрушки, а для детей, имеющих остаток зрения, световые стимулы — свет фонарика, яркие вспышки, цветомузыку, побуждайте ребенка тянуться к источнику звука или света. Помогайте ему удерживать равновесие, передвигать ноги и руки.

5. Возможная проблема: Ребенок начал подпрыгивать на одном месте, создавая шум и мешая другим детям

Пути решения. Надо понаблюдать и попытаться понять причину такого поведения. Одной из причин может быть желание вызвать звук и вибрацию окружающих

предметов. Через некоторое время после того, как незрячий ребенок встает на ноги и может стучать по полу и другим предметам ногой, звук и вибрация от удара ногой становятся у него средством исследования предметов. С помощью звука и вибрации незрячие дети находят удивительные способы исследования окружающего мира.

В этом случае следует несколько дней подряд обходить вместе с ребенком помещение, поощряя его трогать и обстукивать окружающие предметы. Это позволит создать у него более целостную картину окружающего мира и избавит от необходимости исследовать его с помощью социально неприемлемых методов.

6. Возможная проблема: Ребенок не понимает, как играть в мячик со взрослым

Пути решения. Насыпьте внутрь мяча или пластиковой бутылки немного гороха или фасоли, которые при перекатывании издадут шуршащий звук. Звучащий мяч, перекатываемый между взрослым и ребенком, сидящими на полу, позволяет ребенку по звуку почувствовать направление и дальность движения мяча.

7. Возможная проблема: Ребенок надавливает себе на глаза

Пути решения. Необходимо создать условия, в которых ребенок с нарушениями зрения во время бодрствования постоянно занят продуктивной деятельностью. Для защиты глаз от надавливания пальцами можно использовать очки. Полезно использовать методы поведенческого анализа для выявления возможных причин и путей решения.

8. Возможная проблема: Ребенок боится самостоятельно ходить

Пути решения. Для ребенка с нормальным зрением освоение процесса хождения основывается на подражании, — видя, как это делают другие, он пытается повторять их действия. Ребенка с нарушениями зрения необходимо учить удерживать равновесие, стоя на ногах, правильно переставлять ноги, использовать руки для опоры, приседать и т.п. Если его не учить этому, то он будет неустойчиво стоять, ходить мелкими шажками, переступать, приставляя одну ногу к другой, не уметь переносить вес тела с пяток на носки. Когда ребенок станет уверенно стоять, держась руками за ограждение кровати, манежа, нужно научить его ходить вдоль ограждения. Затем ребенок должен освоить хождение по комнате, квартире, на улице. Поначалу ему полезно держаться за ноги взрослого во время ходьбы. Затем ребенок, держась одной рукой за вашу руку, а второй рукой опираясь на окружающие предметы, учится обходить комнату, заодно знакомясь с окружающей обстановкой. При этом обязательно комментируйте все, что встречается вам на пути, пусть даже вам кажется, что на данном уровне развития ребенок вас не понимает, это будет ему полезно в будущем.

Когда начнете осваивать хождение по лестницам, наклонным поверхностям, а также преодоление мелких препятствий на пути (поребриков, канавок, ямок и т.п.), обратите внимание на то, как вы держите ребенка за руку. Обычно, боясь, что ребенок, не видя препятствия, может споткнуться и упасть, сопровождающий берет его крепко за руку и, вытягивая ее вверх, помогает делать шаги. В результате ребенок как бы «висит» над препятствием (например, ступенькой), едва касаясь его подошвами ног, что не только плохо, но и небезопасно для него. Ребенок, находясь в подвешенном состоянии, плохо учится контролировать свое тело при перешагивании препятствия или переходе со ступеньки на ступеньку. У вас из-за напряжения в руке (на ней висит ребенок) резко увеличивается время двигательной реакции. Ваша рука быстро устает, а если ребенок оступится, вам будет сложно помочь ему удержать равновесие. Помогать ребенку необходимо таким образом, чтобы при преодолении препятствий он использовал вашу руку в качестве опоры. Необходимо, чтобы ваша рука была рас-

слаблена и опущена вниз, а ребенок своей рукой опирался на вашу ладонь или держался за пальцы. В этом случае, если ребенок споткнется, вы сможете легко и быстро среагировать и, подтянув руку вверх, поможете ребенку удержаться на ногах.

О любом препятствии на дороге необходимо предупреждать ребенка: «Делаем шаг вверх (вниз). Поднимаемся (спускаемся) по лестнице. Переступаем камень, канавку, бордюр», и т.д. При такой помощи ребенок быстро почувствует, какие необходимо делать движения. Вскоре вы обнаружите, что ребенок, держась за вашу руку, сам будет чувствовать характер ваших шагов. Где надо, будет делать шаг шире, уже, притормаживать, поднимать ногу выше. В дальнейшем ребенок сам научится не только ходить, но и бегать по лестницам, слегка опираясь на перила или ограждения.

9. Возможная проблема: У ребенка с нарушениями зрения задерживается развитие мелкой моторики

Пути решения. У незрячего ребенка руки и пальцы являются важным инструментом познания окружающего мира. Для их развития, кроме обычных игрушек для зрячих малышей (пирамиды, колечки), хорошо использовать зашитые мешочки с горохом, фасолью, крупой, мелкой галькой, пуговицами. Перебирая сквозь ткань содержимое мешочка, ребенок не только развивает пальцы, но и учится воспринимать разнообразие форм. Использование ткани различной фактуры развивает тактильные ощущения.

10. Возможная проблема: Ребенок не понимает, как пользоваться ложкой

Пути решения. Взрослый вкладывает в руку ребенка ложку и, помогая ему удерживать ее правильно пальцами, обучает необходимым движениям, комментируя все действия. Размер и вес ложки должны соответствовать физическим возможностям ребенка. Не стремитесь научить ребенка всему сразу. Разделите действия на мелкие операции. Учиться правильно пользоваться ложкой незрячему ребенку достаточно сложно, этот процесс может продлиться несколько месяцев, и сначала нужно дать ребенку как следует обследовать ложку и тарелку с едой руками. Без этого ребенок не сможет соотнести свой рот, еду в тарелке и ложку. Ведь он их никогда не видел!

В дальнейшем ребенка необходимо научить самостоятельно приходить к столу и садиться на отведенный для него стул, находить на столе тарелку, кружку, ложку, брать хлеб, есть аккуратно и т.п. Все предметы, необходимые для еды, должны иметь четко определенное место на столе. Рядом с тарелкой можно поставить блюдце для хлеба, кружку с питьем. Расположение посуды, используемой ребенком при еде, должно позволять ему быстро ее находить и при этом не уронить (не разбить) при нечетком движении.

11. Возможная проблема: Ребенок с нарушениями зрения не умеет играть с игрушками, держит игрушку в руках, совершая с ней одни и те же повторяющиеся действия. Когда это надоедает, бросает игрушку и, не зная, где взять другую, начинает надавливать себе на глаза. Иногда ломает, давит игрушки ногами, стучит ими.

Пути решения. При выборе игрушек обращайте внимание на то, как они звучат. Игрушки, обладающие возможностью пищать, звенеть, шуршать, гудеть, становятся любимыми игрушками незрячих детей. При этом незрячие дети до 3–4 лет не любят мохнатые и меховые игрушки. Большую помощь в освоении игрушек может оказать зрячий ровесник, играющий вместе с ребенком в те же игрушки. Ребенок, слыша возню зрячего товарища, его возгласы, шум от игрушек, начинает тянуться к нему и, найдя его и почувствовав на ощупь движения, пытается повторять их. Постепенно он осваивает игровую деятельность и начинает получать удовольствие от игры. В этом возрасте для детей игровая деятельность становится ведущей.

12. Возможная проблема: Ребенок не умеет самостоятельно одеваться и раздеваться

Пути решения. Для освоения незрячим ребенком действий, необходимых для одевания, используйте тот же прием, что и при обучении пользованию ложкой. Обучают надевать трусы, колготки, штаны, обувь следующим образом: взрослый усаживает ребенка к себе на колени, спиной к своей груди, берет его кисти пальцами своих рук. Затем, помогая ребенку взять одежду пальцами, обучает его движениям, необходимым при надевании. Надевать майку, рубашку, кофточку и верхнюю одежду надо так же, только стоя на ногах или коленях за спиной ребенка. Все движения необходимо комментировать: «Берем штаны в руки. Находим пояс штанов. Надеваем левую штанину на левую ногу. Поджимаем правую ногу и надеваем на нее правую штанину. Подтягиваем штаны. Застегиваем молнию», и т.д. Таким же образом обучают ребенка раздеваться. Чтобы он хорошо освоил все движения, их придется не спеша повторять десятки, а может быть, и сотни раз.

У детей, особенно незрячих, возникают серьезные трудности с определением лицевой и изнаночной сторон, верха и переда многих вещей: трусов, колготок, носков, маек, рубашек. Для устранения этой трудности на всех предметах одежды нужно сделать хорошо различимые на ощупь метки. Их можно сделать из пуговиц или из кусочков материи с грубой фактурой. Метки на вещах делают в одном, четко определенном месте, например, справа на лицевой стороне вещи, в области пояса. Застегивание одежды на пуговицы в этом возрасте для ребенка затруднительно, поэтому лучше использовать неразъемные молнии и липучки.

Когда ребенок раздевается, его приучают класть (лучше вешать) одежду в месте, легко для него доступном. Одежда должна быть положена (повешена) в той последовательности, в какой ребенок будет ее надевать. Если какой-либо предмет одежды вы решили заменить, то ребенок об этом должен знать: «Твои носки стали грязными. Я их постираю, а тебе положу чистые».

Некоторые полезные идеи для игры и занятий с детьми с нарушенным зрением

Крупная моторика

- Ходим, прыгаем, передвигаемся по неровной поверхности.
- Катаемся на качелях, каруселях, горках, ходим по лабиринтам, прыгаем на батуте.
- Играем в кругу, при этом дети держат друг друга за руки.

Тонкая моторика

- Играем в пальчиковые игры.
- Месим пластилин, тесто и т.п.
- Играем с конструкторами (кубики, Лего и т.д.).
- Рисуем с помощью пальчиковых красок.
- Вырезаем, используя детские ножницы, контуры.

Сенсорные упражнения

- С использованием остаточного зрения:
 - Следим за контрастными, яркими предметами; за светящимися предметами в затемненной комнате.
 - Описываем предметы (размер, цвет, текстура и т.п.).

- С использованием слуха:
 - Слушаем книжки.
 - Поем песенки с действием («Мишка-мишка, где штанишки?»), помогая ребенку своими руками.
 - Слушаем звуки окружающего мира (например: пение птиц, звук машин, и т.п.).
- Ищем направления (начинаем с простого в знакомом помещении).
- С использованием прикосновений:
 - Сортируем (например, по текстуре).
 - Говорим, что чувствуем от прикосновения (например, мягкий, холодный жесткий, тяжелый и т.п.).
 - Используем мешочек с предметами.
- С использованием запаха:
 - Нюхаем и говорим о запахах.
 - Обращаем внимание на запахи на прогулке, проходя мимо кухни и пр.
- С использованием вкусовых ощущений:
 - Ощущаем контрастные вкусы (горький, сладкий, соленый и т.п.).
 - Пробуем разную по консистенции пищу.
 - Трогаем полуфабрикаты (сырые овощи, макароны, рис и т.п.), прежде чем они попадут в кастрюлю, и обсуждаем, каковы они на ощупь.

Тактильное изучение мира

- Обсуждаем:
 - таяние льда.
 - нагревание воды.
- Трогаем животных.
- Растворяем соль и сахар в воде.
- Подставляем ладошки под дождь, трогаем снег и говорим об этом.
- Одеваемся в одежду больших размеров.
- Залезаем в тесные пространства.
- Играем с песком и водой.

Литература

Джонсон-Мартин Н.М., Аттермиер С.М., Дженс К.Г., Хаккер Б.Дж. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями. (The Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs). — СПб.: Институт раннего вмешательства; Каро, 2005.

Кожевникова Е.В. Междисциплинарная оценка в раннем вмешательстве. Российский опыт // Провокационные записки. — СПб.: Институт раннего вмешательства, 2000. — С. 46— 67.

Куликова С.В. Опыт измерения остроты зрения у детей 1,5—3 лет с нормальным развитием и с отставанием в развитии // Актуальные проблемы социализации инвалидов по зрению. Материалы Всерос. юбилейной конф., посвящ. 70-летию кафедры тифлопедагогике. 4—5 ноября 1999 г. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 1999.

Невская А.А., Леушина Л.И. Влияние дефектов базовых функций зрения на формирование зрительных представлений у младенцев первого года жизни. Методы тестирования, возрастные нормативы // Тезисы докладов и сообщений VI международной конференции «Ребенок в современном мире. Открытое общество и детство». 21—23 апреля 1999 г. — СПб., 1999. — С. 81—84.

Озеров В.Д. Беседы с родителями незрячих детей: <http://community.kidsunity.org/topic534.html?mode=threaded&pid=3884>

Хартман А.-М. Поиграй со мной. — СПб.: Институт раннего вмешательства, 1998.

Хювяринен Л. Зрение у детей: нормальное и с нарушениями. — СПб.: Петербург-XXI век, 1996.

Bishop V.E. Preschool Children with Visual Impairments. — Texas: Texas School for the Blind and Visually Impaired, 1996.

Holbrook C. (Ed.) Children with visual impairments: A Parent's guide. — Bethesda (MD): Woodbine House, Inc., 1996.

Nuttall E.V., Romero I., Kalesnik J. Assessing and screening preschoolers: Psychological and educational dimensions. — Needham: Allyn & Bacon, 1992.

Глава 6

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Современные исследования проблем, связанных с нарушениями слуха у детей, показали, что тугоухость, возникшая до начала формирования речи, встречается чаще, чем предполагалось. С помощью аудиологического скрининга тугоухость разной степени выявляется в среднем у 1—3 детей на 1000 новорожденных. В США рождается 1 ребенок на 1000 с двусторонней нейросенсорной тугоухостью средней и тяжелой степени, включая 4 практически глухих ребенка на 10 тысяч населения. Врожденная нейросенсорная тугоухость встречается в 3 раза чаще, чем синдром Дауна, в 6 раз чаще, чем спинномозговые грыжи, и в 50 раз чаще фенилкетонурии.

Нарушения слуха в 82% случаев возникают на 1—2 году жизни ребенка, то есть в до-речевой период, поэтому выявление этих нарушений должно начинаться с периода новорожденности. Современное развитие компьютерной техники и создание соответствующей диагностической аппаратуры позволяют проводить исследования слуха в любом возрасте, даже у новорожденных. Любая степень тугоухости нарушает нормальное развитие ребенка, осложняет обучение, если не оказывается адекватная помощь. Тугоухость средней степени приводит к тому, что ребенок не слышит 50% того, что говорится в комнате. При этом, согласно исследованиям, до 90% обучения у детей происходит в результате усвоения случайно услышанной информации.

Любому ребенку, вне зависимости от возраста и выраженности сопутствующих нарушений (умственной отсталости, церебрального паралича и пр.), может и должна при необходимости проводиться проверка слуха. Доказано, что если программа раннего вмешательства, включающая адекватный подбор слухового аппарата и специальные занятия, начата до достижения ребенком возраста 6 месяцев, удастся достичь значительно лучших речевых навыков. При этом по-прежнему зачастую нарушения слуха выявляются лишь после 2—3 лет, когда ребенок начинает говорить. По данным Национального центра по исследованиям слуха Государственного университета штата Юта, США, каждый ребенок с патологией слуха, протезированный вовремя, позволяет сэкономить 400 тыс. долларов национального бюджета (отчет Национального центра по программе внедрения аудиологического скрининга, США, 2005).

Какой слух считается нормальным?

Слух считают нормальным, если ребенок воспринимает разговорную речь низких тонов на расстоянии не менее 5—6 м, высоких — около 20 м. У людей слуховая система устроена таким образом, чтобы быть максимально чувствительной к восприятию речевых сигналов, то есть тех сигналов, звучание которых обусловлено строением голосового аппарата человека.

Под звуковой волной понимается колебание частичек воздуха, а пространство, в котором распространяется звуковая волна, называется звуковым полем. Простая звуковая волна представляет собой синусоидальное колебание с определенной частотой. Любой звуковой сигнал характеризуется набором физических параметров, из них наиболее важными являются уровень звукового давления (интенсивность звука), набор частот (спектр), которые составляют данный сигнал, и длительность

звукового сигнала. При субъективном восприятии частота сигнала связывается с восприятием высоты звука (низкие — басы и высокие — сопрано), а интенсивность сигнала — с громкостью. Частоту сигнала измеряют в Гц или кГц (1 Гц составляет одно колебание в секунду, 1 кГц = 1000 Гц). Минимальное звуковое давление, на которое реагирует ухо человека, составляет приблизительно $p = 10^{-5}$ н/м², а максимальное звуковое давление, воспринимаемое человеком без ощущения боли, равно приблизительно 10^2 н/м².

Человек слышит звуковые сигналы от 20 Гц до 18 кГц, причем в диапазоне речевых частот (от 500 Гц до 4000 Гц) слух имеет наивысшую чувствительность.

Какие есть виды нарушений слуха?

В зависимости от места повреждения различают: кондуктивную тугоухость и сенсоневральную тугоухость. Когда имеются нарушения в обоих отделах, то такой тип называют смешанным.

В рамках сенсоневральной тугоухости различают повреждения, затрагивающие рецепторный отдел улитки, и повреждения, связанные с проведением нервных импульсов по слуховому нерву (слуховая нейропатия), при этом нарушается возникновение синхронного разряда.

В случае слуховой нейропатии слух ребенка может быть разной степени сохранности — от полной глухоты до нормального восприятия звука, но при этом типе нарушения затруднено или полностью невозможно понимание речи. Кроме нарушений слуха, связанных с повреждением периферического отдела слуховой системы, в ряде случаев можно диагностировать нарушения слуха в центральных отделах. Но, как правило, они определяются у детей старше 5 лет с помощью специальных тестов. Слуховое поведение детей также разнообразно, но в основном связано с недостаточным пониманием речи.

Могут ли повторяющиеся средние отиты привести к тугоухости?

Да, это может привести к снижению слуха, так как Евстахиева труба у детей уже и осложнения возникают чаще. Поэтому скрининговую проверку слуха необходимо повторять после каждого среднего отита у ребенка первых лет жизни (о методах скрининга см. выше в данной главе).

Каковы причины нарушений слуха и каковы факторы риска развития нарушений слуха?

Факторы риска развития нарушений слуха:

- Наличие в семейной истории случаев нарушений слуха у кровных родственников ребенка.
- Заболевание краснухой или даже просто контакт с больным краснухой, которые имели место у женщины во время беременности данным малышом.
- Острое заболевание женщины во время беременности (или обострение хронически текущих инфекций) — особое значение имеют токсоплазмоз, цитомегаловирусная и другая герпес-инфекция, сифилис, лечение женщины во время беременности антибиотиками из группы аминогликозидов (стрептомицин, канамицин, неомицин, гентамицин и др.), особенно в сочетании с мочегонными средствами типа лазикса.
- Рождение ребенка в асфиксии (оценка по шкале Апгар на 1-й минуте: 0—4 балла, на 5-й минуте: 0—6 баллов).
- Ребенок родился недоношенным, с массой тела менее 1500 граммов.

- Высокий уровень билирубина у ребенка (обычной причиной этого является резус-конфликт или другая иммунологическая несовместимость матери и плода).
- Тяжелые заболевания новорожденного, потребовавшие длительной (более 5 дней) искусственной вентиляции легких.
- Родовая травма, включающая переломы костей черепа и кровоизлияния в мозг.
- Лечение инфекционных заболеваний у ребенка аминогликозидными антибиотиками, особенно если последние назначались в сочетании с мочегонными средствами типа лазикса или этакриновой кислоты.
- Бактериальные менингиты.
- Врожденные пороки развития ребенка, особенно пороки развития наружного уха, черепа и лица.
- Черепно-мозговые травмы с потерей сознания или переломом костей черепа.

Кроме того, нарушение слуха часто ассоциируется с некоторыми генетическими синдромами — например, синдромом Дауна, синдромом Ушера, синдромом Тернера Коллинса, синдромом Крузона, синдромом Альпорта и т.п.

Более 50% нарушений слуха связаны с наследственной патологией (они передаются по наследству по рецессивному или доминантному принципам), поэтому такие нарушения часто остаются незамеченными на первых годах жизни ребенка, так как в его анамнезе специфические факторы риска часто не зафиксированы.

В настоящий момент существует система выявления детей с нарушениями слуха по *факторам риска*, однако, по мнению директора Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования Г.А. Таварткиладзе, при таком подходе дети, не вошедшие в группу риска, у которых также могут потенциально иметь место нарушения слуха или глухота, выпадают из поля зрения. Об этом свидетельствуют исследовательские данные, согласно которым у обследованных детей более чем в 50% случаев выявляется глухота неясной этиологии и, следовательно, они остались вне поля зрения действующей системы скрининга. Необходимо иметь представление о стадиях нормального развития слуха.

Стадии развития слуха (в норме)

0—4 месяца. Ребенок замирает, когда слышит речь человека или незнакомый звук. Поворачивает глаза в сторону звука. Просыпается от неглубокого сна при громком звуке. В спокойном состоянии в ответ на резкий звук может вздрогнуть всем телом, у него могут расшириться глаза.

Следует учитывать, что на втором месяце жизни возникает комплекс оживления, который состоит из ряда реакций: улыбки, активизации движений рук и ног, спокойных голосовых реакций. Он возникает в ответ на обращение взрослого к ребенку, когда ребенок видит лицо говорящего с ним человека. Комплекс оживления появляется у всех детей *независимо от состояния слуха*.

Дети этого возраста реагируют на звук с расстояния 2—3 метров.

4—7 месяцев. С трехмесячного возраста появляется реакция локализации, когда младенец становится способным повести сначала глаза, а затем и повернуть голову в сторону источника звука. В ответ на речь появляется улыбка, а после 6 месяцев возникает реакция на собственное имя.

Первые локализации появляются в ответ на голос ухаживающего за ребенком взрослого, звучащий сбоку. На другие раздражители ребенок начинает реагировать несколько позже. Еще позднее наблюдается локализация звука сзади.

В период с 3 до 6 месяцев появляется отрицательная реакция ребенка на резкие звуки. При этом он вздрагивает, широко открывает глаза и становится совершенно неподвижным, затем морщится и сразу, а иногда через 10—15 секунд начинает кричать. Реакция непостоянная и зависит от состояния ребенка. Чаще она возникает у пугливых детей, которые могут реагировать криком и на нерезкие раздражители.

В возрасте 5—6 месяцев у ребенка гуление переходит в лепет (появление слогов «ба», «па», «ма»).

Дети этого возраста реагируют на все стимулы с расстояния 3—4 метров.

7—9 месяцев. Ребенок начинает уверенно поворачиваться в стороны в ответ на звуки. Появляется интонированность звуков, возникают реакции на «домашние» звуки (звон тарелок, ложек). Появляются новые слоги.

9—12 месяцев. Реагирует на музыку. Использует голос для привлечения к себе внимания. Имитирует звуки, слоги, возможны первые слова.

Нормальной реакцией на звук в этом возрасте можно считать поворот глаз или головы в сторону источника звука, находящегося сзади, справа и слева.

Расстояние, с которого дети этого возраста реагируют на звук, может быть от 4 до 6 метров. Чем ребенок старше, тем расстояние больше. Важно помнить, что при нормальном слухе все стимулы воспринимаются малышом с одинакового расстояния.

13—18 месяцев. Произносит звуки, интонационно похожие на «фразы». Запас слов (включая «детские» слова) от 3 до 20 и более.

19—24 месяцев. Пользуется в основном «взрослыми» словами. Понимает около 300 слов и активно использует около 50 слов. Подражает животным. Может локализовать звук под любым углом.

В этом возрасте скрининг слуха может вызывать затруднения, это связано с тем, что звуки постепенно перестают быть для ребенка безусловными раздражителями. Многие дети с нормальным слухом перестают реагировать на привычные шумы, речевые сигналы, которые не обращены непосредственно к ним. Чтобы получить реакцию в виде поворота головы в сторону источника звука, необходимо предъявлять непривычные сигналы или мотивировать необходимость ответа. Малыш может не отреагировать на бессодержательные речевые сигналы (типа звуко сочетаний или отдельных звуков) и в то же время способен не только обернуться на произнесенное слово, но и повторить его при создании игровой ситуации (звукоподражание).

Внимание! Если ребенок не говорит к двум годам, то сам факт отсутствия речи является достаточным поводом для обследования его слуха в специализированном учреждении.

С какого возраста можно проводить исследования слуха у ребенка?

Исследование слуха у новорожденных можно проводить уже на 3—5-й день после рождения. Есть много способов исследования от самого простого, при котором обследующий наблюдает, как ребенок реагирует на звук, до очень сложного, при котором специальный аппарат измеряет электрические потенциалы головного мозга ребенка (см. ниже). Все эти способы абсолютно безболезненны и безвредны для здоровья ребенка.

Если возникли сомнения, хорошо ли слышит ребенок, какими простыми скрининговыми способами можно проверить это предположение?

Это можно сделать с помощью звукоакустического теста на основе регистрации условной двигательной реакции на звук.

Ребенка учат в момент звучания тона 0,5 кГц интенсивностью 65 Дб выполнять какое-либо игровое действие: надевать кольцо на стержень пирамиды, бросать пуговицу в баночку, класть кубик в машину. Для этого проверяющий вначале выполняет действие рукой ребенка, а затем предлагает ему действовать самостоятельно. Если ребенок реагирует на данный звук, то уровень интенсивности снижается до 40 дБ. Затем проверяется, ощущает ли он тон 4,0 кГц при данной интенсивности. Если выработать условную двигательную реакцию не удастся (особенно у детей с отставанием в когнитивном развитии), то ребенка обследуют на основе безусловно-ориентировочной реакции, как описано выше. Каждую реакцию ребенка на звук следует поощрять улыбкой, показом игрушки и т.п.

На обследование слуха следует направлять ребенка:

- до 4-х месяцев, если он *не реагирует* на широкополосный шум интенсивностью 90 дБ (или отмечается нечеткая реакция: то есть, то нет);
- в 4—6 месяцев, если он *не реагирует* на широкополосный шум интенсивностью 65 дБ (или отмечается нечеткая реакция) и/или *не может локализовать* источник звука, так как последнее свидетельствует о возможности одностороннего снижения слуха;
- в 6—12 месяцев, если он *не реагирует* на широкополосный шум интенсивностью 40 дБ (или отмечается нечеткая реакция) и/или *не может локализовать* источник звука;
- старше года, если он *не реагирует* на тоны аудиометра 4,0 и 0,5 кГц интенсивностью 40 дБ (или отмечается нечеткая реакция) и/или *не может локализовать* источник звука.

При отсутствии звукоакустического теста или при невозможности провести обследование с привлечением второго человека слух младенцев, а также маленьких, еще не говорящих детей можно проверить, используя метод «гороховых проб».

Исследование слуха с использованием метода «гороховых проб»

Для обследования необходимы четыре пластмассовые баночки, например, из-под «киндер-сюрприза», фотопленки или упаковки лекарства УПСА. Три баночки *на одну треть* заполняются:

- первая — нелущеным *горохом*, сотрясение которого создает звук интенсивностью 70—80 дБ;
- вторая — *гречкой-ядрицей*, сотрясение которой создает звук интенсивностью 50—60 дБ;
- третья — *манкой*, сотрясение которой создает звук интенсивностью 30—40 дБ.
- четвертая баночка остается *пустой*.

Каждые три месяца наполнители в баночках следует заменять.

Желательно, чтобы обследование проводили два человека: один подает сигналы, а другой наблюдает за реакциями ребенка.

Малыш располагается на пеленальном столе или сидит на руках у воспитателя, обследующий вступает с ним в эмоциональный контакт (так же, как и при обследова-

нии звукоореактотестом). По его сигналу помощник, стоящий позади ребенка, трясет баночки на расстоянии 20—30 см от правого и левого уха. При этом *в одной руке у него баночка с крупой, а в другой — пустая баночка*. Движения рук должны быть синхронными и симметричными. При проверке второго уха баночки меняют местами. Обследующий наблюдает за безусловными ориентировочными реакциями ребенка при подаче звукового сигнала: замирание, активизация движений, моргание, поиск источника звука и т.п.

Безусловные ориентировочные реакции при повторных предъявлениях быстро угасают (то есть ребенок перестает реагировать на звуки, доступные его слуху), поэтому обследование следует начинать с более тихих звуков: первая — баночка, заполненная манкой, затем — гречкой и только потом — горохом. Если ребенок четко реагирует на звучание баночки с манкой и может локализовать звук, то есть определить его направление (при нормальном слухе это становится возможным с 4—5 месяцев), то другие звучания можно не предъявлять.

Если обследование проводит *один человек*, то он располагается перед ребенком так, чтобы видеть изменения его реакций в ответ на звуковые стимулы. При этом следует обратить особое внимание на симметричность и синхронность движений обеих рук.

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, то есть 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 следует направлять ребенка:

- до 4-х месяцев, если он *не реагирует* на звучание баночек с *гречкой и горохом* (или отмечается нечеткая реакция: то есть, 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, так как последнее свидетельствует о возможности одностороннего снижения слуха.

При первом же подозрении на снижение слуха следует направлять ребенка в сурдологопедический кабинет или специализированный центр, не опасаясь возможной гипердиагностики. Это позволит, используя современные объективные методы обследования слуха, в кратчайшие сроки снять подозрение или подтвердить его, установить диагноз, своевременно начать лечение и реабилитационные мероприятия.

Какие точные (объективные) методы используются для оценки слуха у маленьких детей?

Акустическая импедансометрия — объективная методика, регистрирующая сопротивление системы среднего уха распространению звуковой волны. Она включает в себя *тимпанометрию* — измерение зависимости акустической проводимости от давления воздуха в наружном слуховом проходе, с помощью которой оценивается подвижность барабанной перепонки, цепи слуховых косточек, функция слуховых труб. И *акустическую рефлексометрию* — исследование акустического рефлекса стременных мышц для диагностики уровня поражения слухового и лицевого нерва, а также стволомозговых проводящих путей.

Акустическая импедансометрия может быть выполнена на любом этапе обследования ребенка. Она позволяет обнаружить патологию среднего и внутреннего уха или ретрокохлеарное поражение и уточнить их характер.

Отоакустическая эмиссия (ОАЭ) — акустический ответ, являющийся отражением нормального функционирования слухового рецептора. Это чрезвычайно слабые звуковые колебания, генерируемые улиткой, которые регистрируются в наружном слуховом проходе при помощи высокочувствительного микрофона.

Спонтанная отоакустическая эмиссия регистрируется в наружном слуховом проходе в отсутствие звуковой стимуляции.

Вызванная отоакустическая эмиссия регистрируется в ответ на звуковую стимуляцию. При регистрации вызванной эмиссии измеряется не движение барабанной перепонки, а колебание звукового давления. Для этих целей obtурируется слуховой проход для преобразования смещений барабанной перепонки и вызванных ими смещений воздуха в звуковое давление, а также исключается влияние внешнего шума.

Запись коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП). Это объективная методика аудиометрии, базирующаяся на проведении и обработке нервных сигналов при звуковой стимуляции в слуховой системе и сопровождающаяся специфической электрической активностью головного мозга.

При регистрации обеспечивается информация с высокочастотной части улитки. Вызванные потенциалы состоят из комплекса волн, положительные пики которых обозначаются в порядке их возникновения римскими цифрами (волны I—VII). Для регистрации вызванных потенциалов электроды устанавливаются в определенных точках головы, необходимо наличие усилителя биоэлектрической активности, аналогоцифровой преобразователь, способный трансформировать сигнал в пригодную для обработки компьютером форму. Один из регистрирующих электродов располагается обычно по средней линии лба, второй помещается на ipsi-латеральной по отношению к звуковой стимуляции сосцевидный отросток или мочку уха. Заземляющий электрод укрепляется на contr-латеральном по отношению к стимулу сосцевидном отростке или мочке contr-латерального уха. В качестве стимулов при регистрации потенциалов чаще всего используются короткие акустические щелчки длительностью 0,1 мс переменной полярности.

Детям исследование может проводиться как в условиях естественного, так и в состоянии легкого медикаментозного сна.

Что делать, если у ребенка обнаружены нарушения слуха?

Прежде всего необходимо узнать, нужны ли ребенку слуховые аппараты, поэтому следует определить степень слуховых потерь, а также установить тип нарушений (кондуктивная, сенсоневральная, смешанная тугоухость, нарушения слуха по типу нейропатии или центральные нарушения).

Современная медицина не в силах излечить тугоухость — рецепторные клетки не восстанавливаются.

Если результаты регистрации отоакустической эмиссии отрицательные (рецепторный отдел улитки поврежден), назначается слухопротезирование.

Если ребенок с нарушенным слухом пока не носит слуховой аппарат, говорите с ним с близкого расстояния, желательно около ушной раковины. Общаясь со своим ребенком, выключите радио, телевизор — дети с нарушенным слухом плохо воспринимают речь в шумной обстановке.

При выявлении нарушений слуха ребенок должен быть включен в программу помощи. Необходимо составить индивидуальную программу реабилитации (ИПР).

Для детей с нарушенным слухом программа помощи должна включать:

- Слухопротезирование (выбор слухового аппарата — от среднего до сверхмощного). При очень глубоких потерях показана кохлеарная имплантация. Результаты операции поразительные: малыш начинает слышать. Правда, результат зависит от того, в каком возрасте была проведена операция, пользовался ли ребенок до операции слуховыми аппаратами, не было ли, кроме нарушений периферического отдела слуховой системы, также нарушений центральных отделов слуховой системы.
- Занятия с педагогом.
- Мониторинг состояния слуха. Проверку слуха нужно проводить два или три раза в год, слух может меняться. Если вы заметили, что ребенок начал хуже реагировать на звуки в слуховых аппаратах, немедленно обращайтесь к аудиологу, слух может ухудшаться. Инвалидность назначается детям, у которых снижение слуха соответствует III и выше степени *тугоухости*.
- Регулярные посещения ЛОР-врача. Постоянное ношение вкладышей, когда слуховой проход плохо вентилируется, может стать причиной отитов.

С какого возраста можно проводить слухопротезирование?

Как только нарушение слуха у ребенка подтверждено, он должен немедленно быть направлен к сурдологу и в кабинет слухопротезирования. Чем раньше слабослышащий ребенок начнет пользоваться слуховыми аппаратами, тем лучше. Не откладывайте слухопротезирование надолго, не тяните под предлогом того, что ребенок пока еще маленький, пусть немного подрастет. Этим вы можете ему только навредить.

Если у ребенка пониженный слух, то он не сможет различать и запоминать отдельные элементы речи и постепенно совсем перестанет на нее реагировать. Неиспользованные остатки его слуха могут полностью исчезнуть. Чтобы этого не произошло, необходимо при помощи слухового аппарата увеличить громкость речи, чтобы ребенок мог нормально ее воспринимать. Чем раньше это сделать — тем лучше для ребенка.

Будет ли развиваться речь у ребенка с нарушенным слухом?

Многое в развитии речи зависит от того, какие именно нарушения слуха и какой степени выраженности выявлены у ребенка, от того, как рано он слухопротезирован, насколько адекватно подобран слуховой аппарат, нет ли сочетанных когнитивных нарушений, имеется ли патология только периферического отдела, или добавляются повреждения, связанные с проведением нервных импульсов по нервному волокну (нарушается синхронность нервного разряда), диагностируются ли нарушения в центральных отделах слуховой системы, как регулярно малыш занимается, насколько ухаживающие за ним взрослые понимают проблемы ребенка, от степени включенности взрослых в программу помощи.

Нужно ли запрещать ребенку использовать для общения жестовый язык?

Единого мнения среди специалистов на сегодняшний день нет. Несомненно, что естественные жесты запрещать не нужно, ребенок должен выразить свое желание: пить, играть, гулять, показать, какую игрушку он хочет взять.

Что касается использования специальных жестов в старшем возрасте — тут все очень и очень индивидуально. Жестовый язык и речь — это два равноправных язы-

ка, правда, ребенка с нарушенным слухом труднее научить пользоваться речью, чем жестам. Поэтому попытайтесь начать с трудного — освоить речь, а если результаты окажутся сомнительными, переходите на дактиль и жестовый язык.

Не повредит ли ребенку слуховой аппарат?

Мнение, что слуховые аппараты вредны, что при их применении слух становится еще хуже, сложилось много лет назад, когда слуховые аппараты действительно были низкого качества. Они сильно искажали звук, шумели, их нельзя было настроить под индивидуальные особенности слуха пациента.

Но с тех пор наука шагнула далеко вперед. Современные слуховые аппараты — это сложнейшие микроэлектронные приборы высочайшего качества, которые успешно компенсируют практически любую потерю слуха. Разнообразие моделей позволяет с достаточной точностью осуществлять первичный выбор аппарата, а настройка в соответствии с потерей слуха обеспечивает оптимальное усиление и разборчивость.

Правильно подобранный слуховой аппарат способствует развитию остатков слуха, как бы тренируя слуховой анализатор, включая его центральные отделы в коре головного мозга. Поэтому современный слуховой аппарат, при условии правильной настройки, может принести ребенку только пользу.

Как подбирают слуховой аппарат?

Главная задача слухового аппарата при применении его у слабослышащего ребенка — помочь воспринимать речь наиболее разборчиво и в полном объеме.

Первичная настройка аппарата производится в соответствии с индивидуальными особенностями потери слуха ребенка, при этом специалист руководствуется данными, полученными в результате аудиометрического обследования. В настоящее время существует такое множество слуховых аппаратов различных моделей, что специалист может без особого труда выбрать тот, который больше всего подходит ребенку и сумеет обеспечить наиболее эффективную коррекцию слуха. Корректировка параметров настройки осуществляется по результатам педагогического обследования или наблюдений родителей.

Большую роль при этом играет индивидуальный ушной вкладыш, который позволяет использовать в полной мере все возможности слухового аппарата.

Помните, что отсутствие индивидуального вкладыша может свести к минимуму эффект от слухопротезирования даже самым качественным слуховым аппаратом.

Что лучше — один или два слуховых аппарата?

Окружающий нас мир полон звуков. Уши, подобно локаторам, собирают звуковые колебания и передают их в головной мозг для обработки. Но человек не случайно наделен природой двумя ушами. Качественный анализ поступающей информации возможен только при наличии двух равноценных «приемников». Результаты многочисленных исследований показали, что применение двух слуховых аппаратов дает возможность лучше различать окружающие звуки и, что особенно важно, человеческую речь. Слухопротезирование при помощи двух аппаратов, так называемое бинауральное протезирование, облегчает определение направления звука, а эта способность крайне важна для человека. Ребенку важно знать, откуда приближается транспорт, где находится зовущий человек, слышать, что происходит вокруг.

Практически все дети, нуждающиеся в слухопротезировании, имеют двустороннее снижение слуха. Полноценная коррекция слуха может быть достигнута только при помощи двух слуховых аппаратов. Цифровые слуховые аппараты являются наилучшим вариантом для слухопротезирования детей.

И практика, и теория свидетельствуют: чем раньше ребенок начинает пользоваться цифровыми аппаратами, тем короче будет у него период адаптации. Поэтому оптимальной является ситуация, при которой малыш протезируется цифровыми аппаратами сразу после установления диагноза.

Сколько часов в день рекомендуется носить слуховой аппарат?

Слуховой аппарат должен стать постоянным спутником ребенка. По окончании процесса привыкания ребенок должен надевать слуховой аппарат сразу же после того, как проснется утром, носить в течение всего дня и снимать только вечером, ложась спать. Это должно стать непреложным правилом для ребенка. Только так он сможет привыкнуть к аппарату, научиться правильному обращению с ним, и тогда аппарат станет его верным помощником. Если ребенок будет носить аппарат от случая к случаю, он никогда не научится в полной мере использовать все его преимущества.

Как помочь ребенку приспособиться к слуховому аппарату?

Во многих случаях, когда ребенку подобрали слуховой аппарат, окружающие его взрослые думают, что все проблемы со слухом уже решены. Но ребенку нужно вначале освоить аппарат и привыкнуть к нему. Вы, со своей стороны, можете ускорить этот процесс, если будете соблюдать несложные правила:

- Не обращайтесь к ребенку издалека. Постарайтесь подойти к нему на расстояние 1,5—2 м и встать так, чтобы он видел ваше лицо.
- Если ребенок носит только один слуховой аппарат, обращайтесь к нему именно с этой стороны.
- Постарайтесь снизить и устранить любые посторонние помехи, когда разговариваете с ребенком. Например, убавьте громкость радио или телевизора или полностью выключите их. Закройте окно, если оно выходит на шумную улицу.
- Помните, что занятия с сурдопедагогом помогут ребенку адаптироваться к слуховому аппарату и будут способствовать гармоничному развитию малыша.
- Если ребенок вначале не понимает вас, не старайтесь кричать. Это сделает вашу речь еще более нечеткой. Лучше подойдите к нему поближе.
- Говорите четко и естественно. Следите за скоростью вашей речи. При этом вы вскоре обнаружите, что стали говорить чуть медленнее, потому что так ребенку легче следить за вами.

Что делать, если ребенок отказывается носить слуховые аппараты?

Как правило, если слуховой аппарат хорошо подобран, ребенок очень скоро привыкает к нему и перестает его замечать. Если ребенок отказывается его носить, значит, аппарат чем-то ему мешает. Возможно, он плохо настроен, и ребенка раздражают слишком громкие и резкие звуки. Или неудачно изготовлен ушной вкладыш: на нем может быть острая грань или другой дефект, вызывающий неприятное чувство в ухе. Необходимо как можно быстрее определить и устранить эту причину, для чего нужно сразу же обратиться к специалисту.

Если ребенку подобрали слуховой аппарат, означает ли это, что его слух полностью восстановлен?

К сожалению, нет. Слуховые аппараты не восстанавливают слух до «нормального» и не «излечивают», но они обеспечивают возможность нормального развития

коммуникации ребенка с окружающим миром и помогают развитию слухового восприятия.

Какие занятия необходимо проводить с ребенком с нарушенным слухом?

Во-первых, следует предоставить ребенку возможность дополнительной коммуникации, используя простые жесты, а при необходимости и язык глухих (см. гл. 1). Это необходимо, чтобы предотвратить возможное отставание в развитии, связанное с отсутствием инструментов общения, и последующие социально-эмоциональные нарушения.

Следует развивать слуховое восприятие — реакции на звуки, их различение, понимание значения звуков. Эти занятия помогают отличать звуки и слова друг от друга, используя остаточный слух и с помощью слуховых аппаратов.

Важно использовать визуальную поддержку (см. гл. 1) — выражение лица, язык тела, окружающая ситуация и т.п.

Необходимо заниматься развитием речи — оказывать помощь в освоении широкого репертуара звуков, слов, предложений с акцентом на качество голоса, скорость речи, контроль дыхания, громкость и ритм речи.

Не менее важно и развитие языка — прежде всего с точки зрения понимания языка и его использования, в соответствии с возрастными требованиями. Это комплексный процесс, требующий адекватного использования языка в различных социальных ситуациях, развитие навыков письма, понимания грамматических правил и т.п.

Литература

Выявление детей с подозрением на снижение слуха (младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст): Методическое пособие / Под ред. Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. — М.: Полиграфсервис, 2002.

Гарбарук Е.С., Калмыкова И.В. Раннее вмешательство для детей с нарушениями слуха // Материалы научно-практ. конф. «Проблемы младенчества: нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений». — М.: Институт коррекционной педагогики РАО; Школа клинической электроэнцефалографии им. Л.А. Новиковой, 1999. — С. 50—51.

Гарбарук Е.С., Калмыкова И.В. Нейросенсорная тугоухость у недоношенных детей // Современные проблемы физиологии и патологии слуха. II нац. конгресс аудиологов и VI междунар. симп.: Тез. докл. — Суздаль, 2007. — С. 76—77.

Гарбарук Е.С., Калмыкова И.В. Международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха» (Суздаль, 19—21.07.01)

Гарбарук Е.С., Королева И.В. Аудиологический скрининг новорожденных. Пособие для врачей. СПб.: НИИ уха, горла, носа и речи; 2009.

Кожевникова Е.В. Междисциплинарная оценка в раннем вмешательстве. Российский опыт // Провокационные записки. — СПб.: Институт раннего вмешательства, 2000. — С. 46—67.

Королева И.В. Диагностика и реабилитация слуховой функции у детей раннего возраста. — СПб.: Каро, 2005.

Canalis R.F., Lambert P.R. *The ear: Comprehensive otology*. — Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Gordon-Langbein A. Facts About Hearing Loss in Children; <http://www.agbell.org/periodicals/vvtitle2.cfm>

Глава 7

ВАЖНОСТЬ КОРМЛЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кормление — это не только прием пищи, это еще и уникальный опыт общения и уникальный сенсорный опыт (прикосновения взрослого, вкус, запах, вид, консистенция пищи), которые малыш получает ежедневно. А потому очень важно, чтобы опыт кормления для него был позитивным, ведь первые годы жизни малыша — это время, когда мозг ребенка активно развивается, и адекватное питание, таким образом, является одним из важнейших факторов его формирования.

Развитие питания и кормления у детей — вопрос очень важный и требующий серьезного профессионального внимания. Существуют определенные нормы, регламентирующие то, как часто и что должны есть дети в зависимости от возраста и состояния здоровья. В большинстве развитых стран вопросами оценки особенностей кормления и питания и помощью детям с трудностями в питании занимаются врачи, логопеды, эрготерапевты, специалисты в области психического здоровья (психиатры, психологи, психотерапевты) и другие специалисты. В специализированных клиниках помогают детям с нарушениями питания и их родителям (воспитателям).

В дома ребенка часто попадают дети, имеющие различные нарушения в развитии, а также дети, перенесшие серьезные психологические травмы. Накормить их зачастую бывает непросто.

В данной главе мы остановимся на том, как в норме развивается способность малыша принимать пищу, как отношения с близкими людьми и окружением влияют на кормление, а также на том, какие приемы стоит использовать при кормлении детей, имеющих нарушения развития.

Мы очень надеемся, что слаженная работа специалистов дома ребенка и некоторые специальные техники помогут в решении трудностей с кормлением детей.

Развитие кормления и основные стратегии помощи при нарушениях кормления и питания

Для практической работы можно использовать описание развития навыков кормления, приведенное в руководстве «Каролина»:

<i>Возраст</i>	<i>Область развития 16. Самообслуживание: еда</i>
3 мес.	Хорошо (ровно) сосет грудь.
	Редко пытается сосать посторонние предметы.
6 мес.	Закусывает ложку.
	Давится только в соответствующих ситуациях.
	Грызет и жует пищу.
	Делает намеренные движения языком.
	Забирает еду с ложки губами.

9 мес.	Держит бутылочку.
	Помогает, когда взрослый поит его.
	Ест, не давясь, специальное детское питание.
	Очищает нижнюю губу зубами.
	Жует, совершая жевательные движения, такие же как у взрослого.
12 мес.	Ест руками.
15 мес.	Держит чашку и пьет из нее.
	Подносит ложку ко рту и ест из нее.
18 мес.	Берет пищу ложкой из тарелки.
	Хорошо жует.
21 мес.	Не сосет больше грудь или бутылочку.
	Ест самостоятельно, не разливая — помощи почти не требуется.
24 мес.	Привычно пользуется при еде ложкой, тарелкой, чашкой.
	Различает, что съедобно, а что нет.

Рассмотрим развитие способности ребенка принимать пищу, а также те трудности, с которыми могут сталкиваться при кормлении взрослые, ухаживающие за малышом.

3 месяца

Типично развивающийся 3-месячный младенец:

- плачет, когда голоден, и успокаивается при виде бутылочки;
- кладет руки на бутылочку, но не держит самостоятельно.

1. Возможная проблема: Снижена стабильность челюсти, поэтому он слишком сильно двигает челюстью, что мешает ему сосать

Пути решения: Во время кормления из бутылочки придержите челюсть малыша двумя пальцами.

2. Возможная проблема: Младенец не может регулировать сосание, заглатывание пищи — и поперхивается/кашляет

Пути решения: Уменьшите скорость выливания жидкости из соски, для этого поменяйте соску на более жесткую или с более узким отверстием.

3. Возможная проблема: Младенец давится, не способен к регуляции во время кормления, перевозбужден, трудно поймать его взгляд

Пути решения: тугое пеленание. Можно также попробовать при кормлении приподнять малыша, а затем поместить бутылочку в рот ребенка, мягко прикасаясь соской к нёбу.

Некоторым малышам помогает успокоиться и начать сосать изменение в окружающей среде: можно попробовать уменьшить освещенность, включать успокаивающую музыку — или, наоборот, кормить ребенка в более тихом помещении.

6 месяцев

Типично развивающийся 6-месячный младенец:

- делает сосательные движения, видя ложку;
- делает жевательные движения (5—6 месяцев);
- совершает согласованные движения языка и челюсти;
- лучше владеет языком (увеличивается объем движений языка);
- успокаивается, когда видит, что взрослый готовит еду;
- начинает больше вокализовать, проявляя интерес к еде;
- активно участвует в процессе кормления, заранее открывая рот;
- может начать самостоятельно держать бутылочку.

1. Возможная проблема: Снижена стабильность челюсти, малышу трудно закрывать рот при еде с ложки

Пути решения: Поддержите нижнюю челюсть и губы ребенка во время кормления.

2. Возможная проблема: Ребенок не тянет в рот предметы (ни съедобные, ни несъедобные)

Пути решения: Подберите для малыша интересные занятия, чтобы помочь ему пользоваться ртом и осознать его наличие.

3. Возможная проблема: 6-месячный ребенок не принимает введения пюре

Пути решения: Непосредственно перед кормлением можно использовать зубную щетку, мягкую махровую ткань для массажа щек, губ, языка и десен, чтобы «разбудить»/подготовить рот малыша.

Загущайте пищу постепенно — давайте размятую пищу и пюре, постепенно уменьшайте количество пюре и увеличивайте количество размятой пищи.

9 месяцев

Типично развивающийся 9-месячный малыш:

- начинает двигать языком вперед/назад, вниз/вверх;
- активно двигает губами;
- начинает пить из чашки (но челюсть пока не стабильна);
- при откусывании двигает челюстями независимо от языка и губ;
- перемещает пищу во рту из стороны в сторону;
- постепенно начинает принимать пищу не только из бутылочки;
- захватывает пальцами маленькие кусочки пищи;
- самостоятельно держит бутылочку.

Постепенно вводятся разные виды пищи: жидкость, пюре, размятая мягкая пища, продукты, которые можно жевать.

1. Возможная проблема: 9-месячный ребенок не держит бутылочку

Пути решения: При занятиях с ребенком включайте игры с использованием обеих рук, делайте так, чтобы ребенок во время игры сводил руки, привлекайте внимание ребенка (яркие игрушки, цветные бутылочки).

2. Возможная проблема: 9-месячный ребенок испытывает трудности в переходе на размятую пищу или густое пюре

Пути решения: Давайте ребенку возможность запивать еду. Подготовьте рот ребенка — используйте зубную щетку, махровую ткань для массажа.

Загущайте пищу постепенно — давайте размятую пищу и пюре, постепенно уменьшайте количество пюре и увеличивайте количество размятой вилкой пищи.

12 месяцев

К году малыши:

- умеют хорошо сосать;
- вытирают нижнюю губу;
- лучше координируют сосание — глотание — дыхание, что помогает пить из чашки;
- могут откусывать кусочки пищи;
- могут передвигать пищу во рту (появляется ротация при жевании);
- жуют, активно двигая губами и щеками;
- сами едят с ложки;
- самостоятельно держат чашку.

1. Возможная проблема: Ребенок не латерализует пищу во рту (не перемещает из стороны в сторону и не может собрать еду в пищевой комок)

Пути решения: подносите ложку ко рту ребенка не сбоку, а по центру.

2. Возможная проблема: Ребенок не ест руками

Пути решения: Еда руками — не только важная стадия развития способности самостоятельной еды, это также важный опыт для когнитивного и сенсорного развития ребенка. Чтобы помочь малышу — учите его пользоваться пинцетным захватом, предоставляйте интересный и приятный для него тактильный опыт (давайте ему предметы разнообразной текстуры, которые он может ощупывать руками). Постарайтесь заинтересовать малыша разными видами пищи, которую можно есть руками.

3. Возможная проблема: У ребенка снижена стабильность подбородка, и он не может откусывать кусочки еды

Пути решения: Поиграйте в «перетягивание каната», используя трубочки для питья, пластмассовые ложечки.

15—18 месяцев

К 15 месяцам:

- у детей появляются независимые движения языка для латерализации и последующего проталкивания пищи;
- увеличивается активность движений губ, чтобы слизывать остатки пищи;
- появляются эффективные паттерны передвижения пищи при жевании с совместными движениями языка, губ и челюстей;
- формируется хорошая координация сосания — глотания — дыхания;

- во время жевания рот закрыт;
- увеличивается стабильность челюсти, и дети могут кусать твердую еду (например, печенье);
- детей отучают от бутылочки и приучают пить из чашки;
- увеличивается потребление твердой пищи: ребенок в состоянии проглатывать размятую еду, кусочки пищи, некоторые сырые овощи и мясо;
- ребенку требуется больше еды;
- дети начинают пользоваться столовыми приборами;
- снижается экстензия языка во время жевания.

Ребенок в возрасте полутора лет:

- может кусать от отрезанного кусочка;
- самостоятельно ест ложкой;
- использует салфетку;
- самостоятельно держит чашку.

Также увеличивается размер порции ребенка.

1. Возможная проблема: Ребенок не умеет самостоятельно есть ложкой

Пути решения: При кормлении ребенка давайте ему ложку в руку, демонстрируйте, как надо ею пользоваться. Помогите ребенку зачерпывать ложкой еду и доносить ложку до рта. Начините практиковаться с более густой и липкой пищей (кашей). Постепенно снижайте степень помощи, предоставляемой ребенку.

2. Возможная проблема: Ребенок не пьет из чашки

Пути решения: Попробуйте специальную чашку — поильник для младенцев, можно также приобрести чашку с вырезом (для носа). Еще можно налить жидкость в очень маленькую чашку.

2—3 года

В 2 года ребенок:

- пьет дольше (улучшается эффективность питья);
- сжимает губы, когда пьет из трубочки;
- умеет облизывать губы;
- хорошо жует мясо, а при глотании происходит ретракция языка;

В 3 года:

- происходит окончательная внутренняя стабилизация челюсти;
- при глотании поднимается кончик языка;
- жевание уже не сопровождается движениями головы;
- ребенок легко передвигает пищу из стороны в сторону;
- лучше развиты движения языком.

1. Возможная проблема: Ребенок не может накалывать еду на вилку

Пути решения: работайте над увеличением силы руки — попробуйте в игре накалывать на вилку пластилин (тесто.)

2. Возможная проблема: У ребенка снижено осознание схемы тела, из-за чего ему трудно донести еду до рта

Пути решения: сделайте упражнения для развития проприорецепции до еды для улучшения осознания схемы тела (ходьба на руках, придвигание стульев к столу и т.д.). Обращайте внимание ребенка на то, как едят другие дети. Можно посадить его так, чтобы он видел свое отражение в зеркале (для улучшения обратной зрительной связи).

**Кормление и развитие отношений.
Психологические составляющие кормления**

Кормление — важнейший для малыша опыт взаимодействия с близким взрослым. Не случайно в последние несколько лет практически во всех странах принято прикладывать новорожденного малыша к материнской груди прямо в родильном зале. Активно развиваются программы, пропагандирующие важность грудного вскармливания, развиваются программы поддержки матерей, цель которых — помочь маме установить ранние отношения с ребенком. Это очень важно, так как дефицит ранних отношений негативно влияет на развитие детей.

Для формирования близких отношений между ребенком и взрослым можно использовать кормление. Малыши, которые пока не могут выражать свои чувства словами, выражают их поведением — улыбаются, когда им хорошо и приятно, смотрят на человека, с которым хотят установить контакт, плачут, когда их что-то беспокоит, отворачиваются от взрослого, когда хотят прекратить «разговор».

Когда маленький ребенок переживает стресс, меняется его поведение. Дети становятся более пугливыми, капризными или, наоборот, уходят в себя, становятся пассивными. Нарушение приема пищи — один из самых заметных показателей переживаемого психологического дискомфорта.

В различных классификациях, описывающих нарушения психического здоровья у детей раннего возраста, выделяется несколько таких, в структуру которых включены также и проблемы с питанием.

Посттравматическое расстройство

Ребенок, подвергшийся влиянию стресса (как внезапного, так и хронического), не только демонстрирует признаки нарушения настроения, потерю ранее приобретенных навыков, нарушается также сон и питание ребенка. Дети могут отказываться от еды, капризничать. Ребенок может жаловаться на боли в животе, у него могут беспричинно возникать рвоты.

Нарушения отношений с основным ухаживающим

Отсутствие теплоты и взаимности в отношениях с близким взрослым, его враждебность, психологическая недоступность или частые смены ухаживающих взрослых отрицательно влияют на то, как ребенок ест. Некоторые дети испытывают тревогу и недоверие по отношению к взрослым, что сказывается на их способности принимать пищу.

Нарушения адаптации

Нарушения адаптации возникают у некоторых детей в доме ребенка при переводе из одной группы в другую. Они часто связаны с изменениями настроения и нарушениями в приеме пищи (у ребенка снижается аппетит, он отказывается от еды).

Переживание горя и разлуки

Переживание утраты у маленьких детей — серьезная проблема. Иногда взрослым кажется, что семья, из которой был изъят ребенок, не заслуживает того, чтобы ее любили и уважали, что ребенок не может привязаться к людям, которые мало заботились о нем, не удовлетворяли его физические и эмоциональные потребности. Однако дети так устроены, что развивают отношения с теми взрослыми, которые есть рядом, даже если эти взрослые не заботятся о них должным образом. Разлука с близким человеком серьезно влияет не только на эмоциональное, но и на физическое состояние малыша. У многих детей наблюдаются трудности с едой (отказываются от еды, очень избирательны, прячут или разбрасывают еду) и сном (отказываются ложиться спать, плохо засыпают, часто просыпаются, плачут во сне).

Переживание горя и разлуки также может быть связано с потерей значимого близкого (например, воспитателя) при переводе из группы в группу или при переводе ребенка в другое учреждение.

Младенческая депрессия

Одним из важных диагностических признаков (кроме существенного изменения эмоционального фона и ухода в себя) является нарушение приема пищи, остановка в наборе веса или даже потеря веса у маленького ребенка.

Таким образом, получается, что трудности с приемом пищи у детей, проживающих в домах ребенка, часто имеют психологическую составляющую. Для того чтобы справиться с ними, необходима серьезная профессиональная оценка, проводимая командой специалистов, и грамотно построенная программа помощи.

Клиническая иллюстрация

Алеша, 1 год 2 месяца

Поступил в дом ребенка в возрасте 11 месяцев из детской больницы. В возрасте 10 месяцев ребенок был изъят из семьи по причине угрозы жизни и здоровью. Мать ребенка несколько дней не появлялась дома, соседи были вынуждены обратиться в милицию.

Алеша родился от 4-й беременности, на 35-й неделе. Вес при рождении 2300 г, рост 49 см. Выписан домой на 7-е сутки.

У Алеши две старших сестры, они проживают с бабушкой — матерью мамы. Алешина мама (27 лет) не работает, злоупотребляет алкоголем, часто меняет партнеров. После рождения Алеши его мать пыталась начать новую жизнь, прекратила пить, старалась заботиться о нем, посещала детскую поликлинику (правда, не всегда регулярно). Однако, когда Алеше исполнилось 7 месяцев, у мамы появился новый приятель, и мама «взялась за старое» — сиделки, компании, горячительные напитки. Однажды соседи услышали крики ребенка. Дверь в квартиру была не заперта, когда соседи вошли в дверь, они увидели, что взрослых в квартире нет, Алеша сидит на полу и плачет. Соседи вызвали милицию. В настоящее время стоит вопрос о лишении матери родительских прав.

Состояние Алеши при поступлении в районную детскую больницу было признано удовлетворительным. При осмотре отмечались признаки отставания в психофизическом развитии. Ребенок выглядел вялым. За месяц пребывания в больнице, несмотря на все старания врачей, Алеша похудел на 300 г.

При поступлении в дом ребенка Алеша был пассивен, не шел на контакт со взрослыми, не смотрел в глаза, отмечались трудности с кормлением — мальчик не жевал пищу,

подолгу держал еду за щекой, после чего выплевывал. Ребенок практически не вокализовал, почти все время молчал, часто простужался.

Процесс адаптации Алеша к дому ребенка протекал непросто. Долгое время Алеша, казалось бы, не замечал находящихся рядом с ним взрослых и детей, был погружен в себя, подавлен, пассивен, не интересовался игрушками. На занятиях специалистов включался слабо — особенно не протестовал, но и не проявлял интереса к происходящему.

Медицинские обследования, проводимые в районной больнице, не выявили серьезной патологии со стороны нервной и желудочно-кишечной систем, тем не менее Алеша так и не набирал в весе. Он не доедал порции, но и не отказывался от еды.

Состояние Алеша продолжало волновать специалистов дома ребенка. Проанализировав результаты обследований, состояние и поведение Алеша, специалисты пришли к выводу, что мальчику нужна серьезная помощь. Было ясно, что ребенок продолжает испытывать стресс, который также являлся причиной снижения иммунитета и задержки физического развития.

Единственным взрослым, с которым Алеша чувствовал себя более свободно, была логопед, работающая с группой. Логопед стала чаще брать мальчика на индивидуальные занятия, а также при возможности кормила ребенка. На индивидуальных занятиях была поставлена цель установления и развития безопасных отношений, а также адаптации ребенка к группе. Более специальные педагогические задачи было решено отложить на будущее, когда Алеша перестанет испытывать стресс и начнет больше доверять своему окружению. Было также решено на время отказаться от медицинских процедур, которые пугали и расстраивали мальчика (курс электротерапии).

К Алеше прикрепили постоянного взрослого — волонтера, которая навещала его несколько раз в неделю. Сотрудники группы рассказали волонтеру об особенностях и потребностях мальчика. Потребовалось 2 недели, чтобы Алеша научился доверять волонтеру и выделять ее среди других взрослых. Это время было нелегким для волонтера, которая очень старалась увлечь ребенка, но в первые дни Алеша не особенно реагировал на ее старания. Постепенно Алеша стал больше вокализовать в присутствии волонтера, немного интересоваться окружающим миром во время совместных прогулок. Было видно, что Алеша радуется приходу волонтера и расстраивается, когда наступает время расставания.

Через месяц после начала программы помощи ребенок стал более активным, постепенно начал набирать в весе. Он стал интересоваться детьми в группе, игрушками. В возрасте 1 год и 3 месяца Алеша начал самостоятельно ходить. Ему очень понравились прогулки с волонтером.

В настоящее время появилась супружеская пара, которая заинтересовалась Алешей и готовит документы на усыновление.

То, что произошло с Алешей, показывает, насколько маленький ребенок может быть подвержен стрессу, ставшему причиной трудностей в физическом и психическом развитии. Возможно, в семье, которая недостаточно заботилась о нем, Алеша испытывал стресс, однако он успел установить отношения со своей мамой и потом долго переживал разлуку с ней. Дополнительным испытанием для Алеша стали госпитализация в районную больницу и помещение в новые для него условия дома ребенка (сначала в карантинную группу, а затем в группу для детей в возрасте от 1 года). Алеша долго не мог привыкнуть к группе. Совместная работа специалистов, разработанная программа помощи, направленная на построение индивидуальных отношений и развитие доверия, помогли Алеше.

Кормление детей с особыми потребностями и детей группы биологического риска

Стабильное питание необходимо детям для обеспечения роста, снабжения энергией, необходимой для игры и развития, функционирования организма и правильного обмена веществ. Вместе с тем нарушения питания могут привести к изменениям структуры волос, проблемам кожи, дисфункциям органов и недостатку энергии.

Список медицинских диагнозов, при которых часто возникают проблемы в глотании, достаточно широк: это недоношенность, трахеопищеводный свищ, аспирация мекония, трахеомалация, челюстно-лицевые нарушения (включая расщелины твердого и мягкого нёба), неврологические нарушения (включая последствия перивентрикулярной лейкомаляции и внутрижелудочковых кровоизлияний), пороки сердца (прежде всего Тетрада Фалло), кардио-респираторные проблемы, спинальная мышечная атрофия, нейромышечные дистрофии, митохондриальные заболевания, муковисцидоз (кистозный фиброз), желудочно-пищеводный рефлюкс, генетические синдромы, связанные с нарушением осознания схемы тела и гипотонией (например, синдром Дауна), и др.

Однако наиболее часто проблемы в глотании и приеме пищи встречаются у детей с церебральными параличами, особенно когда они сочетаются с другими нарушениями (нарушениями зрения, слуха, когнитивными проблемами и др.).

Наиболее тяжелым осложнением нарушений питания может быть дисфагия (нарушение проглатывания пищи) и аспирация (попадание пищи в дыхательные пути ребенка). Это может вызывать хронические бронхиты и пневмонии и даже привести к гибели ребенка.

Очень важно справиться с нарушениями кормления, найти правильную позу для кормления, подобрать консистенцию пищи, темп и т.п. Это серьезная задача, требующая совместной работы всей междисциплинарной команды специалистов и вовлечения в процесс воспитателей, непосредственно находящихся в группе ребенка.

Недоношенные и ослабленные дети

Особенность многих недоношенных детей — быстрая утомляемость (истощаемость) и трудности в регуляции состояния. Недоношенные дети также слабее своих сверстников, родившихся в срок, поэтому кормление недоношенного ребенка может вызывать затруднения у взрослых. Дети быстро утомляются, чаще срыгивают, им нужно больше времени, чтобы успокоиться и начать принимать пищу.

Для того чтобы проглатывать жидкость, малышу необходимо научиться хорошо контролировать 3 процесса — дыхание, сосание и глотание. Детям, родившимся намного раньше срока, зачастую непросто это делать. Они захлебываются, заглатывают слишком много воздуха, начинают плакать и могут отказываться от еды.

Чтобы нормализовать процесс кормления, лучше всего вначале внимательно понаблюдать за ребенком. Во многих странах для более детального наблюдения используют видеозаписи кормления, которые позволяют остановиться и внимательнее просмотреть важные моменты.

Наблюдая за ребенком, обратите внимание на следующее:

- *Насколько ребенок готов к приему пищи*

Если ребенок недостаточно проснулся, трет глаза, капризничает, ему может потребоваться некоторое время, чтобы прийти в себя и начать есть.

Рекомендации: Разбудите малыша за несколько минут до начала кормления. Поговорите с ним спокойным голосом. Установите визуальный контакт, покажите ребенку бутылочку. Дайте возможность прикоснуться к ней губами. Некоторым детям нужно время, чтобы сосредоточиться и понять, что сейчас начнется кормление.

Если ребенок к началу приема пищи сильно перевозбужден, кричит, слишком много двигается, то такой малыш также может быть не готов есть. Ему нужно сначала немного успокоиться.

Рекомендации: Помогите малышу успокоиться и прийти в себя. Покачайте ребенка, поговорите с ним спокойным голосом. Многим детям, чтобы успокоиться, помогает тугое пеленание (малыш перестает перевозбуждаться, двигая руками и ногами). Некоторым детям настолько сложно успокоиться, что их приходится кормить в отдельном помещении с неярким светом и низким уровнем шума.

- ***Насколько ребенок способен координировать дыхание, сосание и глотание***

Если вы замечаете, что малыш начинает сосать, а затем поперхивается и захлебывается, возможно, у него трудности с координацией. Трудности с глотанием могут также свидетельствовать о наличии у малыша невралгических нарушений.

Рекомендации: Попробуйте дать малышу возможность чередовать сосание, глотание и дыхание. Пусть ребенок сделает три сосательных движения, затем уберите из его рта бутылочку, дайте ему возможность проглотить жидкость и подышать. При кормлении приподнимайте малыша (в положении лежа глотать намного труднее).

Детям труднее справляться с очень жидкой пищей, труднее контролировать ее во рту, соответственно, дети чаще захлебываются и поперхиваются. Некоторым малышам приходится специально немного загущать смеси. Детям, которым очень трудно справляться с жидкостью, можно давать пить из ложечки.

Попробуйте поэкспериментировать с размером отверстия на соске. Некоторым детям проще сосать, если отверстие не слишком большое (ребенок не будет захлебываться жидкостью). Существуют также специальные соски, в которых можно регулировать объем вытекаемой жидкости (сильный, средний, слабый).

- ***Как быстро ребенок утомляется***

Для некоторых недоношенных детей еда — слишком тяжелая работа, которая требует много сил. Понаблюдайте за тем, как ребенок сосет. Некоторые дети могут активно сосать лишь 5—6 минут, после чего устают, снижается способность координировать дыхание, сосание и глотание, они начинают поперхиваться, захлебываться жидкостью и плакать. Некоторые дети настолько утомляются, что после нескольких минут приема пищи засыпают.

Рекомендации: Возможно, ребенку нужно делать перерывы, чтобы отдохнуть. Кормите ребенка, внимательно наблюдая за ним. При проявлении признаков беспокойства или усталости сделайте небольшой перерыв прежде, чем начинать есть снова. Говорите с ребенком. Затем вновь привлечите внимание ребенка к бутылочке и продолжайте кормить малыша.

Некоторым детям нужен индивидуальный режим кормления — более частые и менее продолжительные кормления. Посоветуйтесь с наблюдающим ребенка врачом.

- **Как малыш ведет себя с разными взрослыми при кормлении**

Взрослые, заботящиеся о малышах в доме ребенка, часто работают посменно, и многие дети по-разному ведут себя с разными взрослыми (воспитателями, помощниками воспитателей, медсестрами и другими специалистами). Понаблюдайте, какими приемами пользуется взрослый, который лучше всех справляется с кормлением ребенка:

- в каком темпе кормит;
- как общается (эмоции, темп, тембр голоса и т.д.);
- в какой позе держит ребенка, в какой — сидит сам.

Если этот взрослый использует приемы, которые помогают ребенку лучше принимать пищу (песенки, стишки, покачивания, пеленание, особый темп и т.д.), желательно, чтобы другие сотрудники также использовали эти приемы.

Еда для недоношенного или ослабленного ребенка — серьезная работа. Помогите ему, чтобы эта работа была как можно более приятной.

Дети с синдромом Дауна

У некоторых детей с синдромом Дауна трудности с едой возникают в связи с:

- пониженным тонусом мышц лица, рта, языка, губ, челюсти;
- трудностями в синхронизации движений этих органов;
- довольно небольшим размером ротовой полости в сравнении с размером языка;
- тенденцией дышать через рот из-за увеличенных аденоидов или гланд, частых простуд или аллергических реакций;
- более частой заложенностью носа.

У детей с синдромом Дауна часто возникают отиты, что также может осложнять процесс кормления. Также у них имеются трудности в осознании собственного тела, что затрудняет поддержание позы при кормлении, им также несколько сложнее, чем другим детям, научиться пользоваться столовыми приборами. Поэтому трудности, возникающие при кормлении детей с синдромом Дауна, необходимо решать командой специалистов (врачи, медицинские сестры, педагоги, психологи, воспитатели).

Вот некоторые рекомендации, которые могут помочь при кормлении детей с синдромом Дауна:

- Установите контакт с ребенком, подготовьте его к тому, что сейчас начнется кормление. Некоторым детям с синдромом Дауна нужно больше времени на то, чтобы начать есть.
- У некоторых детей есть трудности с осознанием того, что у них во рту, из-за этого они могут слишком сильно набивать рот пищей, не замечают, что во рту, на щеках остается пища. Некоторым детям с синдромом Дауна трудно держать рот закрытым, из-за чего пища и жидкость вытекают изо рта. При кормлении из бутылочки можно придерживать двумя пальцами подбородок малыша, чтобы помогать ему закрывать рот при сосании.
- Делайте перерывы, если замечаете, что малыш устает.
- Держите малыша так, чтобы его голова не запрокидывалась назад — это мешает проглатывать еду и жидкость. При кормлении детей в возрасте после 1 года

убедитесь, что малыш сидит в стульчике ровно, не соскальзывая. Желательно, чтобы у стульчика были подлокотники, а ноги ребенка ровно стояли на полу.

- Чтобы малыш лучше чувствовал ложку, можно утяжелить ее, обмотав черешок изолентой, или надеть на ложку кусок шланга, если есть возможность, используйте специальные насадки на рукоятку.
- Подготовьте ребенка к тому, что скоро будет прием пищи. Для того чтобы он лучше справлялся с координацией движений рта во время еды, перед едой для него будет очень полезна «тяжелая работа» — подвигать предметы, попрыгать на большом мяче, переносить тяжести (стульчики, коробки с игрушками).
- Подготовьте рот малыша к «работе» специальными упражнениями.
- Используйте зубную щетку, чтобы «разбудить рот».
- Предложите ребенку подуть через трубочку на воду или кусочки ваты.
- Проводите специальные занятия, помогающие учиться откусывать, жевать. Такие занятия можно включить в работу логопеда, предлагая ребенку кусочки сырых фруктов и овощей. Выбирая продукты, необходимо посоветоваться с врачом, чтобы не вызвать аллергические реакции, свойственные многим детям с синдромом Дауна.
- Предложите ребенку упражнения на имитацию выражения лица взрослого (гримасничанье). Они будут полезны не только для улучшения орально-моторной координации, но и для развития речи и коммуникации. В начале таких занятий взрослый может имитировать выражение лица ребенка (предварительно установив с ним хороший контакт), а затем просит ребенка симитировать выражение лица взрослого.

Дети с двигательными нарушениями

Многих детей с тяжелыми двигательными нарушениями (например, детей с церебральным параличом или детей с тяжелой гипотонией) трудно кормить. Эти трудности связаны с двигательными нарушениями ребенка — с координацией движений головы, рук или ног, языка, губ, щек, с расстройством фазы глотания. Такие дети иногда не могут сосать соску, а позже им трудно научиться есть с ложки, жевать, они могут поперхнуться, когда пытаются что-то проглотить. А когда малыш уже проглотил пищу, он может неожиданно срыгнуть. Частые срыгивания могут оказаться серьезной проблемой из-за постоянного раздражения стенок пищевода кислым содержимым желудка.

Очень многие дети с особыми потребностями страдают от *желудочно-пищеводного рефлюкса*. Рефлюкс — это самопроизвольное обратное движение содержимого, уже попавшего в желудок, и его возврат в пищевод из-за чрезмерной расслабленности мышечного кольца в месте соединения желудка и пищевода. Это нарушение часто сопутствует дисфагии.

Необходимо помнить о том, что у многих детей, страдающих от желудочно-пищеводного рефлюкса, отсутствует рвота, а у детей с дисфагией отсутствует выраженная реакция на аспирацию. Пища может попадать назад в пищевод, но при этом не выходить из ротовой полости.

Признаки рефлюкса у детей: отсутствие рвоты, жжение или боль в груди, не поддающийся объяснению дурной запах изо рта, астма или пневмония неизвестной этиологии. Последнее может объясняться аспирацией содержимого желудка, выброшенного в пищевод, в дыхательные пути.

Следует отличать желудочно-пищеводный рефлюкс от *руминации*. Руминация — это преднамеренное отрыгивание содержимого желудка в ротовую полость, производящееся либо с целью самостимуляции, либо для привлечения внимания людей, ухаживающих за ребенком. Такое поведение может развиться у ребенка, страдающего от желудочно-пищеводного рефлюкса или страдавшего от него в прошлом. Для выявления различий между этими расстройствами нужно следить, не спровоцировал ли ребенок рвоту (не засовывал ли руки в рот, не производил ли ритмичных движений языком и челюстями).

Желудочно-пищеводный рефлюкс поддается медикаментозному лечению, в ходе которого применяются лекарства, стимулирующие мышечную кинетику, — например, метоклопрамид и ему подобные. Они повышают тонус мышечного сочленения желудка и пищевода.

Также при лечении используют блокаторы кислот, например, ранитидин. Эта группа препаратов не предотвращает рефлюкс, но понижает кислотность выбрасываемого содержимого желудка, тем самым снижая его раздражающее воздействие на пищевод, дыхательные пути и легкие.

Возможно возникновение потребности в ликвидации желудочно-пищеводного рефлюкса хирургическим путем. Нужно также помнить, что рефлюкс может усугубиться в связи с лечением ребенка некоторыми препаратами или в связи с развитием у ребенка тяжелых запоров.

Самым неприятным осложнением нарушений питания является *дисфагия* (нарушение глотания). Это нарушение может сопровождаться *аспирацией*, то есть попаданием жидкости или пищи в трахею или легкие. Чтобы оказать помощь при дисфагии и аспирации, необходимо понимать, какой из этапов (фаз) глотания нарушен у ребенка.

Существуют 4 основные фазы нормального глотания. В основном эти фазы носят рефлекторный характер, происходят без сознательного обдумывания и, более того, не поддаются сознательному контролю.

Фазы глотания можно зафиксировать при непосредственном наблюдении за процессом кормления или при оценке видеозаписей.

1) Подготовительная ротовая фаза глотания.

В этой фазе человек осуществляет произвольный контроль происходящего (то есть возможно остановить или ускорить процессы, или вовсе прервать глотание, выплюнув пищу). Подготовительная фаза состоит из следующих этапов:

- распознавание еды/питья, перемещение пищевого комка в полости рта;
- жевание комка сцепленными круговыми латеральными движениями;
- губы смыкаются для контроля движений комка и не позволяют пище выпасть.

Время, затрачиваемое на подготовительную ротовую стадию, зависит от консистенции пищи.

2) Ротовая стадия глотания.

По-прежнему сохраняется произвольный контроль, и человек самостоятельно инициирует начало данной фазы: язык поднимается напротив альвеолярного гребня, и пищевой комок проталкивается назад (от передней к задней части полости рта). Затрачиваемое время на всю фазу — от одной до трех секунд.

3) Глоточная стадия глотания.

На протяжении этой фазы человек не может контролировать то, что происходит в процессе глотания. Начало фазы — это момент проталкивания «пищевого комка»

языком к задней части ротовой полости. Чувствительные рецепторы ротовой части глотки и языка посылают информацию в головной мозг о запуске глотания. Когда пищевой комок достигает передних нёбных дужек, запускается глоточное глотание. Фаза заканчивается открытием/расслаблением верхнего пищеводного сфинктера (жома). Затрачиваемое время — от одной до трех секунд.

4) Пищеводная фаза глотания.

В этой фазе нет произвольного контроля. Все происходит рефлекторно и неосознанно.

Фаза начинается с сокращения перстневидно-глоточной мышцы (верхний пищеводный сфинктер), заканчивается попаданием еды в желудок через нижний пищеводный сфинктер. Волны перистальтических сокращений распространяются в сторону желудка, передвигая «пищевой комок». Затрачиваемое время на осуществление этой фазы глотания от восьми до двадцати секунд.

Для того чтобы спланировать полноценную программу помощи ребенку с двигательными нарушениями, необходимо особое внимание обратить на следующие моменты:

- Наличие или отсутствие зубов и целостность оральных структур.
- Состояние губ, щек и языка (диапазон и сила движений, тонус, смыкаемость, координация).
- Состояние твердого и мягкого нёба.
- Положение нижней челюсти.
- Альвеолярный отросток.
- Способность поддерживать оральную секрецию (выделение слюны).
- Гигиена рта (неприятный запах, кариес, стоматит).
- Чувствительность рта (повышенная или пониженная чувствительность).
- Наличие или отсутствие рефлексов (рвотного, нёбного, глотательного).
- Состояние дыхательных путей и возможный риск аспирации. Для оценки необходимо обратить особое внимание на качество вокализаций ребенка (какие звуки ему легче произносить), на амплитуду звуков, которые издает ребенок, — это поможет оценить, не попадает ли жидкость и пища на голосовые связки, на ширину просвета голосовой щели и т.п. Также нужно определить, насколько защищены дыхательные пути (нет ли влажных хрипов, какова сила кашля, просвет гортани).

Далее необходимо провести наблюдение во время еды, отмечая при этом:

- изменение уровня секреции во время еды;
- количество съеденной ребенком пищи;
- продолжительность кормления;
- координацию дыхания и глотания;
- знаки и симптомы нарушения глотания (глотание с пищей и жидкостью и без них);
- способность поддерживать вертикальную позу во время еды;
- уровень утомления во время и сразу после еды;
- способность пользоваться столовыми приборами и посудой.

У детей с двигательными нарушениями выделяют следующие клинические признаки и симптомы проблем в кормлении и глотании:

- Ребенок теряет в весе или недостаточно для своего возраста прибавляет в весе.
- Часто кашляет или давится до, в течение или после еды.
- Ребенку трудно откашляться.
- У ребенка «мокрый голос» (влажное звучание голоса после глотания).
- Пища задерживается или остается в полости рта.
- Вытекание слюны изо рта или обильная секреция/трудности в управлении секрецией.
- Орально-моторная слабость.
- Трудности в контролировании еды и жевания.
- Увеличение продолжительности кормления по сравнению с временем кормления типично развивающегося ребенка.
- Аспирационные пневмонии в анамнезе.
- Жалобы ребенка на трудности в глотании.
- Избегание пищи определенной консистенции.
- Застревание еды в горле
- Проглатывание пищевого комка занимает больше 10 сек.
- Снижение аппетита.
- Субфебрилитеты неясной этиологии.
- Колебания температуры тела (особенно ночные подъемы температуры).
- Изменение акустики в области легких.
- Изменения на рентгенограмме грудной клетки (инфильтрат правой нижней доли легкого).
- Быстрая утомляемость и снижение физической выносливости.

Данные симптомы могут вызываться аспирацией (попаданием жидкости или пищи в нижние дыхательные пути, ниже истинных голосовых складок) или пенетрацией (попаданием жидкости или пищи в преддверие гортани, но не ниже уровня истинных голосовых складок).

Определить глубину дисфагии (точно определить, имеем ли мы дело с аспирацией или пенетрацией) чаще всего возможно только при применении специальных методов исследования, таких как, например, видеофлюороскопия процесса глотания. При этом необходимо понимать, что даже подозрение на аспирацию требует немедленных действий, так как несет непосредственную угрозу жизни ребенка. Диагностика дополнительно усложняется тем, что маленькие дети с дисфагией аспирируют молча. Это означает, что без внимательного наблюдения во время еды за фазами глотания ухаживающий человек чаще всего не замечает, что ребенок, которого он кормит, может аспирировать!

В случае, если аспирация очевидна, носит постоянный характер и с ней не удастся справиться с помощью изменения положения ребенка во время кормления, подбора другой консистенции пищи и т.п. — такой ребенок нуждается в срочной хирургической операции по наложению временной гастростомы. Основное питание такого ребенка должно осуществляться через гастростому, параллельно ребенка следует

обучать навыкам глотания и жевания. Гастростома снимается, как только ребенок сможет безопасно питаться через рот.

Результаты оценки необходимо тщательно зафиксировать. Хорошо, если для наблюдения за процессом кормления можно использовать видеосъемку, которую вместе могут просмотреть и проанализировать специалисты (педиатр, невролог, логопед) и воспитатели группы. По итогам оценки, проводимой в процессе кормления, необходимо разработать программу вмешательства, которая может включать в себя:

- изменение диеты и консистенции пищи;
- изменение способов кормления (с помощью бутылочки, ложки и т.п.);
- подбор специального оборудования (от кресла до специальных поильников, ложек и др.);
- изменение позы при кормлении;
- изменение окружающей обстановки (например, места кормления).

Рассмотрим некоторые составляющие программы вмешательства.

Изменение диеты и консистенции пищи

Из-за трудностей с кормлением ребенок с двигательными нарушениями может плохо прибавлять в весе. В этом случае с помощью врача-педиатра нужно правильно подобрать диету, которая должна включать большее количество калорий, нежели необходимо для обычного ребенка, так как спастичные мышцы потребляют намного больше энергии.

Для определения потребности в калориях разработаны различные формулы. В частности, проводится оценка потребности ребенка в калориях в состоянии покоя, называемая «базовой интенсивностью обмена веществ». К этому показателю добавляются определенные коэффициенты — поправки на уровень активности. Среди детей с особыми нуждами эти показатели варьируются больше, чем среди типично развивающихся сверстников. Потребность в калориях у детей, имеющих спинномозговую грыжу, сочетающуюся с вялым параличом, может быть очень низкой, тогда как потребность в калориях у детей с гиперкинетическими формами церебрального паралича — весьма высокой.

Необходимо также учитывать дополнительные калории на потребности, связанные с такими факторами, как, например, хирургическое вмешательство, травма или перенесенная инфекция. Если, помимо всего прочего, ребенку необходимо набрать вес, то его потребность в калориях возрастет еще на 20—25%. В клинической практике, чаще всего с практической точки зрения, целесообразно отказаться от расчета уровня потребности в калориях и обратить основное внимание на обеспечение высококалорийного питания до тех пор, пока не будет достигнута оптимальная масса тела ребенка. Повысить калорийность питания и достичь положительного калорийного баланса можно за счет увеличения калорийности продуктов и напитков, потребляемых ребенком.

Необходимо правильно подобрать консистенцию пищи: сделать ее не слишком жидкой, чтобы ребенок не захлебывался, и не слишком густой, чтобы он не давился. Так, например, кормление ребенка, страдающего дисфагией, более густой жидкой пищей способствует повышению безопасности питья и принятия пищи, поскольку снижается риск аспирации. Самая опасная пища — абсолютно жидкая, самая трудная для жевания и глотания — твердая пища. Для ребенка с трудностями в глотании лучше всего будет начать обучение кормлению с загущенной пищи.

По густоте все продукты можно условно разделить на несколько категорий:

1) Жидкости

Очень жидкие — вода, яблочный или виноградный сок.

Жидкие — молоко или смеси.

Густые — нектар, крем-суп, соки с мякотью.

Загущенные — густые напитки, например, молочные коктейли.

2) Пюре

Жидкое — детское питание в баночках I и II ступени (для детей 4—6 месяцев).

Густое — натуральные пюре, пудинг, размятый банан, йогурт.

Грубое — овсянка, детское питание в баночках III ступени.

3) Кусочки — маленькие кусочки пищи одного вида, такие как макаронные изделия, макароны с сыром (8—10 месяцев).

Мягкие — кусочки банана, вареная морковь.

Средние — жареная картошка и фасоль.

Твердые — кусочки мяса (курицы), твердое печенье, хлеб.

4) Смешанная пища — суп с вермишелью и овощами, бутерброды.

5) Очень твердая пища — орехи, семечки, сырые овощи, сухари, сушки.

Очень часто у детей с двигательными нарушениями могут развиваться запоры. Переполнение кишечника в результате запора может привести к усугублению желудочно-пищеводного рефлюкса и снижению аппетита. При лечении запоров у детей, страдающих дисфагией, следует избегать применения масел, например, минерального масла, так как аспирация масла может привести к развитию тяжелой формы пневмонии.

Также при лечении запоров у детей с нарушениями в развитии важно помнить, что увеличение потребления клетчатки в пище при недостаточном количестве жидкости не принесет желаемой пользы. Двигательная активность, обеспечение возможности находиться в положении стоя и сидя и обеспечение надлежащего положения на унитазе могут оказаться не менее важными в лечении запоров, нежели изменения диеты и медикаментозное лечение.

Подбор адекватных способов кормления

Важным фактором для успешного кормления и развития самообслуживания у детей с двигательными нарушениями является размер и форма ложки. Ложка не должна быть большой и слишком глубокой, не больше полости рта ребенка.

Чтобы ребенку с двигательными нарушениями легче было управляться с ложкой, можно использовать специальные резиновые насадки на черенок ложки (рис. 48).

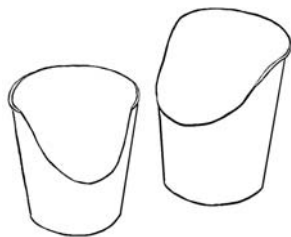


Рис. 49

Для облегчения процесса питья для ребенка с церебральным параличом или другими двигательными нарушениями можно применять чашки с вырезами для носа (рис. 49). При питье из такой чашки не нужно запрокидывать голову назад, что может привести к активизации симметричного шейно-тонического рефлекса (СШТР) и повышению мышечного тонуса, что крайне нежелательно для ребенка со спастикой.

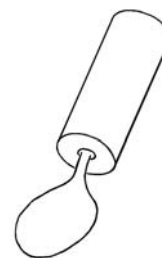


Рис. 48

Другой вариант адаптации — это использование поильника с наклоном и/или с двумя ручками (рис. 50). Наклон позволяет не запрокидывать голову, а две ручки позволяют придерживать поильник двумя руками, что облегчает процесс питья.



Рис. 50

Некоторые рекомендации для специалистов, работающих с детьми с нарушениями питания

- Предлагайте ребенку только один новый вид еды (по вкусу, текстуре, консистенции и т.п.) в неделю.
- Не бойтесь повторений: обычно для освоения навыка ребенку с нарушениями требуется не менее трехсот попыток.
- Не расстраивайтесь, если с первой (второй, третьей) попытки ребенок откажется от новой пищи или нового способа кормления.
- Во время еды давайте только один вид уже знакомой, любимой пищи.
- Предоставляйте возможности выбора, но не более чем из 2—3 вариантов: больше будет слишком много и трудно для ребенка.
- Планируя программу помощи при нарушениях питания, не забывайте, что кормление не должно быть ни слишком быстрым, ни слишком долгим. Оптимальная продолжительность кормления 15—30 минут; более короткие, но частые кормления лучше, чем продолжительные и затянувшиеся.

Подбор правильного положения тела при кормлении

Ребенок ни в коем случае не должен есть лежа, запрокинув голову или прижав подбородок к груди! Он должен сидеть во время кормления. Почему положение сидя настолько важно для человека? Положение сидя:

- дает стабильную поддерживающую опору;
- дает возможность функциональной мобильности;
- помогает освоению новых навыков;
- минимизирует контрактуры и деформации;
- минимизирует влияние рефлексов;
- помогает справляться с запорами.

Для того чтобы научиться хорошо кормить детей с серьезными двигательными нарушениями, полезно провести специальный тренинг для персонала дома ребенка. Участники тренинга разбиваются на пары и пробуют кормить друг друга, используя разные положения. На своем собственном опыте участники тренинга осознают, насколько трудно проглатывать воду и пищу, когда человек лежит на спине либо когда голова запрокинута назад, или прижата к груди, или повернута вбок. Такой опыт дает взрослому лучшее понимание потребностей ребенка, нежели теоретическая лекция.

При оценке правильности позы в положении сидя следите за тазом ребенка, отмечая следующее:

- наклоняется ли таз назад/вперед/вбок;
- есть ли ротация таза;

- присутствует ли скрученность таза (абдукция и наружная ротация одной ноги с внутренней ротацией и аддукцией другой ноги);
- есть ли аддукция/ абдукция ног (повышенный тонус, сниженный тонус);
- есть ли подвывих бедер.

Далее осмотрите туловище, обращая внимание на наличие сколиоза, кифоза, лордоза и латеральной флексии.

Затем осмотрите ноги, отмечая наличие подколенной контрактуры; ограничения, влияющие на положение стоп, коленей, бедер; повышенный или пониженный мышечный тонус.

В заключение оцените положение головы и шеи, посмотрите, нет ли наклона головы вперед/назад или вправо/влево. Постарайтесь также ответить на следующие вопросы:

- Насколько хорошо зафиксировано (стабильно) тело ребенка (голова, шея, грудь таз, ноги)?
- Есть ли угроза развития деформаций? Какие усилия могут предотвратить деформации?
- Возможно ли с помощью ваших рук имитировать сидение с поддержкой?
- Может ли ребенок сесть, выпрямившись; нужен ли ему/ей наклон для удержания и поднятия головы?

Проведя такую детальную оценку, попробуйте адаптировать существующее кресло ребенка с помощью подушек или подкладок или подобрать новое кресло, обеспечивающее оптимальное положение ребенка во время кормления.

Оптимальное и безопасное положение во время кормления для детей с тяжелыми двигательными нарушениями: нейтральное положение бедер, колени фиксированы под углом 90°, голова и плечи или в нейтральном положении, ноги на опоре, столик перед грудью, руки свободны для действий.

Часто наряду с двигательными нарушениями у ребенка может быть и нарушение зрения. В таких ситуациях нужно, чтобы взрослый, который кормит ребенка, предупреждал голосом (например, говорил: «а вот еще ложечка» и т.п.) или подавал тактильный сигнал, например, сначала прикасаясь наполненной ложкой к губам ребенка и лишь через несколько секунд кладя ее в рот ребенку.

Часто встречающиеся трудности в кормлении детей с двигательными нарушениями

1. Возможная проблема: У младенца ограничена поддержка дыхания при питье. Ограничены возможности грудной клетки, поза и тонус влияют на способность дышать

Пути решения: проводить упражнения, улучшающие подвижность грудной клетки, постуральный контроль, с фокусом на дыхании (например, дуть в положении на животе, сидя и стоя и т.д.). Ребенок должен как можно больше двигаться в течение дня, меняя положение тела. Применять для кормления специальные соски, не позволяющие жидкости течь постоянно.

2. Возможная проблема: У малыша снижена координация и стабильность туловища, стабильность в области лопаток и таза, головы и шеи, что влияет на способность принимать пищу и есть самостоятельно

Пути решения: перед едой подбирать упражнения, позволяющие потратить энергию и сконцентрироваться, занятия и виды деятельности для развития баланса, дистальных навыков. Также следует обучать ребенка переходу из одной позы в другую, по возможности водить его на гидротерапию (занятия в бассейне), применять оборудование для позиционирования.

3. Возможная проблема: Когнитивные трудности, влияющие на возможность понимания процесса еды. Ограничение способности планировать двигательные навыки и дисфункция оральных навыков, плохое осознание схемы тела, отставание в развитии двигательных навыков и трудности в обработке зрительной и слуховой информации

Пути решения: Поиграйте с ребенком, вводя в игру истории о еде, игры с игрушками на тему еды, наблюдение и участие в процессе приготовления пищи. Полезными будут виды деятельности, улучшающие понимание схемы тела и ориентацию по средней линии, подготовка тонкой (приготовление пищи, использование столовых предметов, еда руками, питье из чашки) и крупной моторики перед едой, изменение текстуры пищи. Попробуйте подобрать адекватное специальное оборудование (чашки, столовые предметы, тарелки, трубочки и т.д.).

Литература

Борьесон Б., Бриттен С., Довбня С., Морозова Т., Пакеринг К. Ранние отношения и развитие ребенка. — СПб.: Питер, 2009.

Джонсон-Мартин Н.М., Аттермиер С.М., Дженс К.Г., Хаккер Б.Дж. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями. (The Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs).— СПб.: Институт раннего вмешательства; Капо, 2005.

Довбня С.В., Морозова Т.Ю. Профилактика социально-эмоциональных нарушений у детей первого года жизни, имеющих неврологические проблемы // Материалы научно-практ. конф. «Проблемы младенчества: нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений». — М.: Институт коррекционной педагогики РАО, Школа клинической электроэнцефалографии им. Л.А. Новиковой, 1999. С. 51—52.

Нет необучаемых детей! Книга о раннем вмешательстве. — СПб.: КАРО, 2007.

Проблемы в сфере принятия пищи и глотания у детей с особыми нуждами: <http://miloserdie.tellur.ru/dcp.html?msg=20040217142835>

Программа «Зрелое Родительство» (рус. изд.) / Под науч. ред. Т. Морозовой, С. Довбня. — СПб.: Прозцвет, 2008.

Программа «Зрелые Младенцы» (рус. изд.) / Под науч. ред. Т. Морозовой, С. Довбня. — СПб.: Прозцвет, 2008.

Burrell C., Howard K., Levin A., Lynch A., Wells J. Feeding and Swallowing Development and Dysfunction. — Philadelphia: The Children's Hospital (OT Student Module).

Case-Smith J., Allen A., Pratt P. Occupational Therapy for Children. — St. Louis: Mosby, 1996.

Gidding S. et al. Dietary Recommendations for Children and Adolescents // American Heart Association Journals. 2005. V. 112. P. 2061—2075.

Lynch A. Treatment and Evaluation of Pediatric Feeding Issues. — Dallas: College Misericordia, 2005

Глава 8

САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Самоповреждающее поведение является серьезным стрессом для взрослых, которые заботятся о ребенке. Такое поведение может привести к тяжелым повреждениям тканей, к инфекциям, потере слуха и зрения, вызвать переломы, сотрясение мозга или кровоизлияние в мозг.

К самоповреждающему поведению относят:

- биевание и стучание головой,
- расчесывание и щипание кожи,
- попытки бить себя,
- кусание себя,
- поедание несъедобного,
- выдиранье волос,
- тыканье в глаза и давление на глаза.

Природа возникновения некоторых видов самоповреждающего поведения изучена пока недостаточно. Известно, что оно свойственно детям с некоторыми генетическими синдромами. Например, кусание чаще наблюдается у детей с синдромом Х-ломкой хромосомы, расчесывание и щипание кожи — у детей с синдромом Прадера—Вилли. Существует предположение, что самоповреждающее поведение при этих синдромах связано с абнормальным развитием мозга. К примеру, описывается взаимосвязь между кусанием при синдроме Леша—Нихана и нарушениями допаминовой системы, связь между щипанием при синдроме Прадера—Вилли и нарушениями обмена гамма-аминокислот. Однако у большинства людей, демонстрирующих самоповреждающее поведение, не выявлено никаких генетических синдромов.

С точки зрения теории сенсорной интеграции самоповреждающее поведение может быть рассмотрено как попытка ребенка получить определенные ощущения для того, чтобы отрегулировать собственное состояние. Так, например, дети с недостаточным развитием оральной чувствительности, могут тянуть в рот, жевать и грызть несъедобные предметы, а дети, которые ищут вестибулярных и проприорецептивных ощущений, могут, раскачиваясь в кровати, биться головой о ее стенки.

Самоповреждающее поведение в большей степени свойственно детям, живущим в условиях группового ухода (в домах ребенка, детских домах). Основная проблема таких детей — депривация и отсутствие индивидуальных отношений. С точки зрения теории привязанности, при отсутствии рядом с ребенком чувствительного, заботливого взрослого, самоповреждающее поведение может рассматриваться как попытка к самоуспокоению («заглушить» психологическое страдание), самоорганизации, способ получить дополнительные сильные ощущения, а также добиться внимания взрослых. Дети с дезорганизованной привязанностью могут демонстрировать самоповреждающее поведение в ситуации сильного дистресса, поскольку они не имеют опыта утешения со стороны взрослого.

Желательно закрепление за ребенком взрослого, который будет стараться проводить с ним время, поможет ребенку начать больше доверять людям, понять, что от взрослого можно ожидать утешения и поддержки и, таким образом, в дальнейшем справляться с самоповреждающим поведением.

Клинические проявления

Биеение и стучание головой

Несудорожное стучание головой наблюдается у типично развивающихся младенцев в возрасте от 5 до 17 мес. (частота встречаемости — от 5 до 19%). Дети обычно делают это, сидя или стоя на четвереньках в кровати во время, предназначенное для сна. Бьются обычно лбом, затылком или темечком. Это может приводить к местному облысению или повреждению тканей.

Подобное поведение появляется в основном при отсутствии ухаживающего взрослого. Частота проявления такого поведения уменьшается со временем и обычно полностью исчезает обычно к 24 мес., и только у небольшого количества детей к 3 годам.

Исследования показывают, что стучание головой — самое частое из проявлений самоповреждающего поведения у детей с нарушениями в развитии в возрасте до 3,5 года. У типично развивающегося ребенка в возрасте 7—9 месяцев бывают короткие проявления этого поведения (ребенок стучит головой на четвереньках), это связано с получением нового двигательного опыта, затем обычно проходит. У детей с нарушениями возраст появления подобного поведения более поздний в сравнении с типично развивающимися детьми — от 9 до 35 мес. (в среднем 19 мес.).

Кусание себя

Наиболее частые места повреждения — губы, язык, внутренняя поверхность щек, руки и пальцы. В исследовании, проведенном Kravitz и Boehm (1971), описано, что 93% типично развивающихся младенцев демонстрируют сосание и кусание губ, сопутствующее прорезыванию зубов. Наиболее часто подобное поведение у типично развивающихся младенцев встречается в возрасте около 5 месяцев. Кусание указательного пальца и рук наблюдается у типично развивающихся детей редко, зато часто описывается у детей с генетическими синдромами.

Выдирание волос

Признаком такого поведения является очаговая потеря волос. У маленьких детей выдирание волос обычно расценивается как вредная привычка, легко поддающаяся поведенческой терапии.

Расчесывание и щипание кожи

Часто наблюдается в раннем детстве. С большой вероятностью результатом подобных действий могут стать инфекция и рубцы. Часто расчесывание и щипание кожи возникает вследствие существующего раздражения кожи, контактного дерматита, аллергической экземы, укусов насекомых и т.п. Появляющееся вследствие этого ковыряние, чесание и щипание может усугублять существующие кожные проблемы и приводить к самоповреждающему поведению. Расчесывание и щипание кожи демонстрируют до 40% детей с синдромом Прадера—Вилли.

Поедание несъедобного

В классификациях МКБ-10 и DSM-4 поедание несъедобного описывается как «повторяющееся поедание несъедобных объектов в течение не менее 1 месяца. Это

могут быть: бумага, веревки, фекалии, волосы, камни, кнопки, одежда, стаканы, песок, земля...». Считается, что у детей с когнитивными нарушениями данное поведение проявляется чаще. Проявления такого поведения часто встречаются и у типично развивающихся детей в возрасте до 4 лет. Осложнения и последствия поедания несъедобного — глистные инвазии, непроходимость кишечника, перитонит, отравление и др.

Тыканье в глаза и давление на глаза

В отличие от вышеперечисленных типов самоповреждающего поведения тыканье в глаза и давление на глаза проявляется прежде всего у детей со зрительными нарушениями и слепотой. Berkson и Тура (2001) в своем исследовании утверждают, что подобное поведение не формируется из обычных поведенческих паттернов, а продуцирует физическую стимуляцию сетчатки, и результативность сенсорной стимуляции усиливается. Несмотря на то что подобное поведение приводит к продуцированию неких зрительных ощущений, в результате такого повторяющегося и усиливающегося поведения возможны повреждения глаза.

Принято считать, что давление на глаза свойственно детям с тяжелыми зрительными нарушениями с вовлечением сетчатки, но без повреждения зрительных нервов и корковой слепоты. Дети с врожденными нарушениями зрения и дети, потерявшие зрение в возрасте до 3-х лет, демонстрируют давление на глаза. Bergson и Тура (2001) утверждают, что возможно существование критического (сензитивного) периода для этого вида поведения. Про развитие и специфичность тыканья в глаза, напротив, известно гораздо меньше. Некоторые авторы описывают тыканье как «особую хроническую стереотипию, самоповреждающее поведение, проявляющееся в основном у людей с тяжелыми когнитивными нарушениями». Известно, что большинство детей, которые начинают тыкать и надавливать на глаза в раннем детстве, продолжают делать это в более взрослом возрасте.

Выявление самоповреждающего поведения

Родители и другие взрослые, ухаживающие за ребенком, часто обращаются к специалистам с жалобами на то, что ребенок пытается повредить сам себя, и данное поведение их очень беспокоит. Такое поведение трудно игнорировать — оно необычно и потенциально опасно. Кроме того, подобное поведение — яркий пример социальной стигмы.

Лучший совет в таких случаях — *не проявлять повышенного внимания, даже если такое поведение очень тревожит воспитателя*. Нужно постараться реагировать спокойно, чтобы ребенок не пользовался подобным поведением для привлечения внимания взрослого. Для того чтобы каким-то образом справиться с самоповреждающим поведением ребенка, необходимо понять его причину, выяснить, в каких ситуациях оно чаще всего возникает, и постараться изменить взаимодействие с ребенком и его окружение.

Профессиональная оценка должна включать медицинский осмотр для исключения отитов, эзофагитов, ринитов и запоров, это необходимо и в случае установленного генетического синдрома.

Наиболее эффективный метод оценки поведения — функциональная оценка (анализ). Существуют несколько основных стратегий сбора информации для функциональной оценки: интервью с основным воспитателем, прямое наблюдение и экспериментальный анализ.

Интервью с основным воспитателем проводится с целью выяснить, когда и в каких ситуациях у ребенка возникает самоповреждающее поведение. Однако если о ребенке заботятся одновременно несколько человек или эти люди переживают сильный стресс, только данных интервью может быть недостаточно. Имеет смысл использовать эти интервью вместе с прямым наблюдением или экспериментальным анализом для проверки функциональных гипотез.

Прямое наблюдение. Данные собираются в течение наблюдения людьми, которые хорошо знают ребенка, обычно родителями или сотрудниками группы, в которой находится ребенок. Нет необходимости в дополнительном обучении, однако необходимо систематически описывать поведение в специальных бланках. Широко распространена форма АВС: предшествовавшее событие — поведение — последующее.

Время	Опишите ситуацию, предшествовавшую проявлению самоповреждающего поведения	Самоповреждающее поведение	Чем закончилась ситуация

Фиксируемые элементы:

- 1) Самоповреждающее поведение.
- 2) Ситуация, предшествовавшая проявлению самоповреждающего поведения.
- 3) Последующие события.

Подобные формы необходимо заполнять в течение нескольких дней, внимательно наблюдая за ребенком и отслеживая, в каких ситуациях проявляется самоповреждающее поведение.

Поскольку записи приближены к событию и ведутся систематически, они весьма серьезно помогают в составлении программы помощи, несмотря на кажущуюся простоту метода.

При разработке программы помощи очень важно, чтобы вмешательство (изменения в привычном способе реагирования) происходило до того, как проявится самоповреждающее поведение.

Экспериментальный анализ. Эта стратегия предполагает систематическое изменение окружения ребенка (проявление внимания, позитивное и негативное подкрепление, особенности социального взаимодействия), то есть изменение тех параметров окружения, которые могут влиять на проявления самоповреждающего поведения. Это сильный инструмент для выявления возможных вариантов подкрепления поведения. Однако недостатком подобного метода является то, что его применение требует дополнительного обучения экспериментаторов. Экспериментальный анализ может проводиться как дома, так и во время занятий и клинических экспертиз. В любом случае экспериментальный анализ направлен на выявление взаимосвязи между происходящим в окружении и проявлениями самоповреждающего поведения.

Основные направления программы помощи

В современной литературе описывается, как снизить самоповреждающее поведение и заменить его «социально приемлемым, адекватным (хорошим)» поведением.

Поведенческая терапия

Поведенческий подход состоит в экспериментальном применении принципов обучения к проблематичному поведению. Ранние формы самоповреждающего поведения могут быть привычками, связанными с окружающей средой, но большинство из них являются временными феноменами развития. Для некоторых детей привычки со временем превращаются в самоповреждающее поведение. В поведенческой модели ключевым механизмом, лежащим в основе существования или нарастания самоповреждающего поведения, является обучение.

Ребенка обучают использовать новые образцы поведения, которые впоследствии должны вытеснить самоповреждающее поведение. Самоповреждающее поведение является поведением, чувствительным к изменению окружения, изначально возникшим в результате неадекватных подкреплений ухаживающих (внимание окружающих, попытки прекратить нежелательное поведение, восполнение недостающей сенсорной стимуляции). Исходя из этой перспективы, самоповреждающее поведение трактуется как часть социальной активности. В исследовании Айват и др. (*Iwata, Dorsey, Slifer et al.*, 1994) из 154 проанализированных случаев в 64% случаев самоповреждающее поведение было связано с социальным окружением.

Развитие дополнительной коммуникации

У детей с функциональными нарушениями, которые не могут пользоваться речью, самоповреждающее поведение является формой коммуникации. В этих случаях функциональный коммуникативный тренинг приводит к резкому исчезновению самоповреждающего поведения. Языковые ограничения у многих людей с когнитивными нарушениями приводят к тяжелому самоповреждающему поведению.

В одном из исследований (*Harding, Wacker, Berg et al.*, 2005) принимали участие 28 детей в возрасте 21—67 месяцев. Все дети имели когнитивные нарушения и демонстрировали самоповреждающее поведение. Обучение детей, их родителей и персонала, работающего с детьми, методам дополнительной коммуникации привело к замене самоповреждающего поведения другими видами коммуникации.

Клиническая иллюстрация 1

Девочка 12 месяцев

Диагноз — спинномозговая грыжа, интеллект в норме. Кусает пальцы. Наблюдение за поведением девочки показало, что она использует данное поведение для привлечения внимания взрослых. По рекомендации специалистов взрослые стали проявлять к ней внимание тогда, когда она не кусала пальцы. Также было рекомендовано в течение некоторого времени мазать пальцы ребенка жидкостью с неприятным запахом и вкусом. Самоповреждающее поведение постепенно исчезло в течение 3 недель и больше не появлялось.

Клиническая иллюстрация 2

Мальчик 37 месяцев

Диагноз — синдром Дауна, общее отставание в развитии. Ребенок проявлял агрессию по отношению к окружающим взрослым и детям, а также расчесывал кожу головы, что привело к локальному выпадению волос. До посещения детского сада ребенок пользо-

вался жестами, однако воспитатели решили развивать речь ребенка и игнорировали его попытки использования дополнительной (жестовой) коммуникации. Наблюдение за поведением ребенка и интервью с воспитателями привели к заключению, что ребенок проявляет самоагрессию и агрессию к окружающим, когда те не понимают (игнорируют) его попытки общаться на знакомом ему языке (языке жестов). Обучение воспитателей языку простых жестов, которыми пользуется ребенок, привело к постепенному снижению самоповреждающего и агрессивного поведения.

Если самоповреждающее поведение ребенка связано с привлечением внимания, родителям и воспитателям обычно рекомендуют подходить к ребенку, не проявляя сильных эмоций, используя минимум слов.

Результаты исследований также показывают, что некоторые дети с помощью самоповреждающего поведения прекращают не нравящиеся им действия. Если у ребенка появится другой способ повлиять на то, что с ним происходит, и прекратить это, он перестанет использовать самоповреждающее поведение (например, можно придумать какое-то устройство, нажатие на которое будет означать «Стоп»).

В некоторых случаях, когда самоповреждающее поведение связано с проявлением страхов, тревоги, дисфорий (например, у детей с нарушениями аутистического спектра), могут быть использованы фармакологические препараты. Использование подобных препаратов у детей раннего возраста не вполне оправдано. Кроме того, назначение препаратов обязательно должно проводиться вместе с анализом и модификацией поведения и окружения и введением программ дополнительной коммуникации.

Литература

Berkson G., Tupa M., Sherman L. Early Development of Stereotyped and Self-Injurious Behaviors: I. Incidence // *American Journal on Mental Retardation*. 2001. Vol. 106. November. № 6. P. 539—547.

Iwata B.A., Dorsey M.F., Slifer K.J., Bauman K.E., Richman G.S. Toward a functional analysis of self-injury // *Journal Appl. Behav. Anal.* 1994. Summer. Vol. 27(2). P. 197—209.

Harding J., Wacker D.P., Berg W.K., Barretto A., Ringdahl J. Evaluation of relations between specific antecedent stimuli and self-injury during functional analysis conditions // *American Journal on Mental Retardation*. 2005. V. 110. P. 205—215.

Kravitz H., Boehm J.J. Rhythmic habit patterns in infancy: Their sequence, age of onset, and frequency // *Child Development*. 1971. 42. P. 399—413.

MacLean W.E., Symons F. Self Injury behavior in infancy and early childhood // *Infants and Young Children*. 2002. Vol. 14. P. 31—41.

Symons F.J., Sperry L.A., Dropik P.L., Bodfish J.W. The early development of stereotypy and self-injury: a review of research methods // *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005. V. 49. February. Iss. 2. P. 144—158.

Глава 9

ВЛИЯНИЕ ПРОЖИВАНИЯ В ДОМЕ РЕБЕНКА НА ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Программы постинтернатной адаптации: консультирование и сопровождение ребенка в новой семье

По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, численность детей, проживающих в домах ребенка, в последние годы составляет относительно стабильную цифру — около 20 тысяч детей (19 356 детей в 2001 году; 20 342 в 2005 году). Однако серьезно изменилось в лучшую сторону количество детей, уходящих из домов ребенка в семейные формы жизнеустройства (это и усыновление, и приемные семьи, и опекунов, и возврат в биологическую семью).

Вместе с этим возросло и количество трудностей, с которыми сталкиваются в новой семье ребенка как дети, так и взрослые.

Еще несколько лет назад описание этих трудностей можно было встретить в основном в зарубежной литературе. По-видимому, это было связано с небольшим количеством внутреннего российского усыновления и неразвитостью профессиональных замещающих семей в прошлом, что приводило к тому, что в семейные формы жизнеустройства попадали только «лучшие» малыши — дети, психическое здоровье которых оказалось менее затронутым в результате пережитого опыта. Другой возможный фактор, не дававший увидеть картину проблем целиком, — это существующая в нашей стране тайна усыновления, которая затрудняла и затрудняет как прослеживание, так и оказание помощи детям, уходящим в семьи.

В этой ситуации профессионалам (педиатрам, неврологам, психиатрам, психологам, педагогам и социальным работникам) приходилось реже встречаться с трудностями в адаптации ребенка в новой семье. Реже возникали ситуации, в которых полная невозможность справиться с проблемами приводила к возврату ребенка в учреждение, к эмоциональному и/или физическому насилию над ним в семье, о чем мы нередко слышим в последнее время. Проблема была «невидимой».

Сейчас ситуация изменилась. Это связано и с тем, что за последние годы семья стала приоритетом как форма жизнеустройства Российской Федерации в целом и в большинстве регионов, и с тем, что зарубежные исследования в этой области пополнились серьезными российскими работами, подтверждающими обоснованность сделанных ранее выводов о вреде проживания в системе группового ухода. Все это требует изменения профессиональных подходов, поиска инновационных методов помощи и изменения ежедневной практики работы с семьями и детьми.

На содержание учреждений¹ государство выделяет значительные ресурсы. Направляется туда и гуманитарная помощь от предприятий и отдельных граждан. Большинство домов ребенка для детей от рождения до трех лет представляют собой хорошо оборудованную и довольно привлекательную среду, в которой делается все, чтобы удовлетворить физические нужды детей и позаботиться об их здоровье. Но несмотря

¹ Здесь и далее под учреждением понимаются учреждения для детей, находящихся под опекой государства (дома ребенка, детские дома, приюты).

на все усилия и ресурсы государства и других доноров, на самоотверженную работу персонала, удовлетворить эмоциональные и психологические потребности большинства детей, находящихся в учреждениях, не удается.

Изменение общей ситуации в России хорошо видно по количеству детей, обретающих для себя новые семьи. Так, по данным Е.И. Куприяновой (<http://everychild.ru/library/2/57/>) (Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации — Минздравсоцразвития РФ), численность детей, проживающих в замещающих семьях и попавших туда из учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в 2009 году составила 6307 человек.

Однако в течение того же 2009 года было отменено 8473 решения о передаче ребенка на воспитание в семью. В 2006 году таких отмен было практически в два раза меньше — 4493 случая.

Таким образом, в России в 2009 году вернулось в учреждения больше детей, нежели было устроено в замещающие семьи. Причем более чем в половине случаев (5205 детей, или 61% случаев возврата) ребенок был возвращен назад по инициативе усыновителей, опекунов, попечителей или приемных родителей. Это говорит о том, что люди, имевшие в большинстве своем благие намерения, не смогли справиться с теми трудностями, которые появились в их семье с приходом в нее ребенка из интернатного учреждения.

Поэтому сейчас нужны современные знания о программах постинтернатной адаптации (этот термин используется также и в отношении маленьких детей, живших в домах ребенка), а это невозможно без современных знаний о проблемах, которые несут с собой дети, приходя в новые семьи.

Итак, с чем же часто приходится столкнуться новым родителям ребенка (или биологической семье) после возвращения ребенка домой?

Ниже мы приводим краткий обзор данных, полученных в результате исследований, отвечающих требованиям доказательной медицины, о влиянии пребывания в групповой системе ухода на физическое и психическое здоровье детей первых четырех лет жизни. В России в последние годы серьезный вклад в исследование влияния проживания в доме ребенка на здоровье и развитие детей внесла группа профессора Рифката Жаудатовича Мухамедрахимова (факультет психологии СПбГУ).

Исследования влияния проживания в домах ребенка на здоровье и развитие детей

Большинство этих исследований было проведено в Румынии. Это связано с тем, что после падения режима Н. Чаушеску весь мир узнал о том, в каких ужасных условиях находятся дети в румынских детских домах. С начала 1990-х годов Румыния оказалась в центре международного внимания, касающегося проблемы детей в интернатах. В 2000 году общее количество детей, находящихся под опекой государства, составляло около 90 тысяч, более 57 тысяч детей содержались в учреждениях интернатного типа.

Причины, по которым столь большое количество детей оказалось под опекой государства, связаны как с серьезным социально-экономическим кризисом, так и с демографической политикой, которую вело государство во времена правления Чаушеску. Чаушеску любил говорить: «Великий народ должен быть великим и по численности». Он хотел поднять производительность труда в стране и считал, что это можно сделать путем увеличения рождаемости. В стране были запрещены аборты, а пропаганда контрацепции была под запретом. Было установлено правило, согласно

которому все женщины моложе 45 лет должны были каждые три месяца проходить гинекологический осмотр по месту работы. «Каждый, кто избегает заводить детей, является дезертиром, который нарушает законы страны», — заявлял Чаушеску. От бездетных женщин требовались подробные объяснения, почему они все еще не беременны, и если объяснения не выглядели убедительными, на них налагался так называемый налог бездетности, соответствующий 10% месячного дохода.

Демографическая политика правительства привела к увеличению населения. Население Румынии с 1965 по 1989 год возросло с 18,4 до 22,9 млн человек. Однако, учитывая невысокий уровень дохода, многие семьи просто не могли прокормить своих детей, и выходом для них стало помещение детей в государственные учреждения.

Условия жизни детей, живущих в учреждениях Румынии, не соответствовали потребностям в развитии — дети отставали как в росте и весе, так и в психическом развитии. Правительство Румынии было вынуждено начать реформы, направленные на снижение количества детей в учреждениях интернатного типа, и развивать семейные формы размещения детей. Одной из причин начала реформ, конечно же, было желание Румынии вступить в Евросоюз.

В Румынии наиболее известным исследованием, соответствующим «золотым стандартам» доказательной медицины, явился «Проект по раннему вмешательству в Бухаресте», целями которого было:

- Изучение влияния институализации на развитие мозга и поведение маленького ребенка.
- Изучение возможности снижения негативного влияния путем вмешательства — помещение в фостеровскую (приемную) семью.
- Улучшение системы заботы о детях в Румынии — развитие фостеровского/патронатного воспитания как альтернативы институализации детей.

В исследовании принимали участие ведущие ученые из США — специалисты в области развития детей: Чарльз Зина (Charles Zeanah), Анна Смайк (Anna Smyke) (Университет Тулэйна), Натан Фокс (Nathan Fox) (Университет Мэриленд), Себастьян Кога (Sebastian Koga) (Университет Вирджиния), Дана Джонсон (Dana Johnson) (Университет Миннесота), Питер Маршал (Peter Marshall) (Университет Темпл), Чарльз Нельсон (Charles A. Nelson) (Гарвардский медицинский университет) и другие.

Параллельно с исследованием в Румынии стала создаваться система фостеровского (приемного) воспитания. Приемных родителей стали не только отбирать, но и обучать. Но поначалу таких семей было еще очень немного.

Один из важных вопросов исследования: какие изменения происходят в развитии детей, помещенных в приемные семьи, и насколько развитие детей в приемных семьях отличается от развития детей, которые продолжают оставаться в государственных учреждениях?

В начале исследования детей, проживающих в одном из интернатов Бухареста, случайным образом разделили на две группы, схожие по полу, возрасту и уровню развития. Для «чистоты» исследования в данные группы не вошли дети, имеющие серьезные нарушения в развитии. Была также подобрана контрольная группа — дети такого же пола и возраста, которые с рождения проживали в семьях с момента рождения.

Одна группа детей, проживавших в учреждении, была помещена в приемные семьи. Другая группа детей осталась в учреждении. Данные о развитии детей в трех группах (дети, живущие в интернатах, дети, помещенные в семьи, и дети, живущие в своих биологических семьях) сравнивались между собой на протяжении нескольких лет.

Количество детей в «интернатной группе» составляло 68, такое же количество детей (68) было помещено в приемные семьи, количество детей в контрольной группе (дети, проживающие в биологических семьях) составляло 72.

Детей оценивали в начале проекта (средний возраст детей — 22 месяца.) Далее детей оценивали в 9 месяцев (в случае, если они были включены в исследование до достижения этого возраста), 30 месяцев, 42 месяца и в 54 месяца. В настоящее время исследование продолжается — планируется 8-летнее наблюдение за детьми.

Этические аспекты исследования. Исследовательская группа была приглашена румынским министром по защите детей. Поскольку до этого в Румынии не существовало никакой системы фостеринга², то все дети, лишённые родительской заботы, жили в детских домах и домах ребенка. Появление системы фостерингового воспитания сделало возможным рандомизацию выборки (разделение детей на группы и помещение их в разные условия: одна из них помещается в фостеровские семьи, а другая остается жить в учреждении).

В ходе исследовательского проекта была создана система приемного воспитания, которая предполагала тщательный отбор, хорошую подготовку и профессиональное сопровождение детей после помещения их в семью.

В начале исследования было принято решение, что ни один ребенок, помещенный в приемную семью, никогда не будет возвращен в учреждение. Было также принято решение, что если возникнет такая возможность, любой ребенок, находящийся в учреждении, может быть помещен в государственную систему фостеринга или, при возможности, вернуться в свою биологическую семью.

Во время работы исследовательского проекта в Румынии также стала создаваться государственная система приемного воспитания.

Параметры, по которым проводилась оценка. Тщательная характеристика окружающей среды в доме ребенка и в семьях, физическое развитие детей, функции мозга, когнитивные способности, развитие речи, выражение эмоций и внимание, темперамент, привязанность, проблемы психического здоровья.

Основные выводы исследований. Помещение ребенка в учреждение в раннем возрасте — катастрофа. Дети, живущие в домах ребенка, испытывают колоссальный дефицит общения и стимуляции, поэтому у таких детей развивается целый спектр проблем. Семья необходима детям не только для выживания, но и для нормального развития. Проблемы, связанные с отлучением от семьи, возникают сразу же, являются очень глубокими, с возрастом прогрессируют, а в некоторых случаях остаются на долгие годы.

Проблемы наблюдаются в важных областях развития. Отставание в развитии и дефициты, возникающие у детей, проживающих в интернатах, происходят из-за нарушений в развитии мозга. Для правильного формирования связей мозгу необходима стимуляция, а условия проживания в интернатном учреждении таковы, что дети постоянно испытывают дефицит стимуляции, который, в свою очередь, приводит к недоразвитию нервных связей и неправильному замыканию нейронных цепей. Поэтому раннее помещение в семью критически важно!

² В России существует несколько разных форм семейного воспитания: приемная семья, опекуновство, патронат, семейно-воспитательная группа. В западных странах такого деления нет, и все воспитание в некровной семье называется *фостерингом*.

Замещающие семьи способны скорректировать некоторые, но не все дефициты, связанные с ранней депривацией.

Как формируется привязанность у детей в домах ребенка?

Примерно у 60% детей, живущих в семьях, развивается надежная привязанность (подробнее о привязанности см. в главе 2). В то время как по данным российско-американского исследования, проведенного в трех домах ребенка Санкт-Петербурга (Влияние изменения..., 2009), надежная привязанность развивается у детей в домах ребенка крайне редко, всего в 2% случаев. Причина этого — отсутствие индивидуальных отношений, частая смена сотрудников, заботящихся о ребенке, переводы детей из группы в группу.

Тяжелые же нарушения привязанности, которые редко встречаются в семьях, такие как, например, дезорганизованная привязанность, в домах ребенка встречаются чаще — по данным Мухамедрахимова и Пальмова (*там же*) — в 85% случаев, а в доме ребенка, в котором проводились серьезные структурные изменения и обучение сотрудников, ее частота встречаемости ниже, но все равно составляет довольно высокий процент — 61,5% детей.

Это происходит потому, что часто дети, живущие в домах ребенка, лишены возможности строить постоянные продолжительные отношения с близким человеком.

Сейчас в домах ребенка в России количество сотрудников превышает количество детей. Однако все сотрудники решают свои узкоспециальные задачи. Врач осматривает детей и назначает процедуры, медсестра их выполняет. Повар готовит, массажист делает массаж. Педагоги, психологи и логопеды проводят специальные занятия и т. п. В течение первых двух лет жизни младенец, находящийся в доме ребенка, имеет опыт общения с различными ухаживающими за ним взрослыми — от 50 до 100 человек.

Лишь незначительное количество нянечек и воспитателей проводит с детьми более продолжительное время, но и они работают посменно, и маленький ребенок, едва успев привыкнуть к одной из них, снова встретит ее только через 2—4 дня (в зависимости от графика работы). При этом в задачи сотрудника, находящегося с группой, входит забота обо всех детях одновременно. В течение очень короткого времени детей необходимо накормить, переодеть или уложить спать. В такой ситуации, даже при огромном желании, очень трудно уделить ребенку индивидуальное внимание, в котором он так нуждается. Рядом всегда есть другие дети, которые тоже нуждаются в заботе, и есть повседневные обязанности, которые надо своевременно выполнять.

Дома родители могут общаться с детьми и тогда, когда заняты обычными домашними делами, но при большом количестве детей в группе дома ребенка это невозможно. Нередко, таким образом, при огромном количестве взрослых, окружающих детей в доме ребенка, социальные контакты персонала с детьми ограничиваются в основном небольшим количеством обязательных по режиму действий и процедур.

Но даже если в этом калейдоскопе постоянно меняющихся взрослых ребенку удалось установить какие-либо продолжительные отношения с кем-то из персонала дома ребенка, эти отношения все равно будут прерваны при переводе ребенка в другой детский дом.

Когда попытки малыша к общению оказываются тщетными, он может перестать инициировать взаимодействие. Нет смысла в привлечении внимания, если тебе все равно не отвечают. Когда ребенок не получает ответной реакции, он может прекратить попытки получить удовлетворение своих социальных потребностей от окружа-

ющих. Ребенок рассматривает свои ручки, монотонно раскачивается, получая, таким образом, пусть и минимальный, но предсказуемый сенсорный результат. Однако это не способствует ни обучению, ни развитию малыша.

Некоторые дети все же стараются привлечь внимание окружающих взрослых и найти у них утешение. Если у ребенка раньше был опыт позитивных отношений, его попытки привлечь внимание взрослого могут быть более настойчивыми. Подобные усилия могут помочь детям изредка получать ответную реакцию от персонала. Но краткие контакты с большим количеством взрослых не приводят к настоящему опыту надежной привязанности. В результате дети получают навыки поверхностных отношений, которые таят в себе угрозу того, что переполняющая и неудовлетворенная потребность в любви и комфорте приведет к отсутствию умения распознавать намерения окружающих.

Действительно ли дети, живущие в домах ребенка, хуже растут и прибавляют в весе?

Да, это так. По результатам исследований в среднем за каждые 5 месяцев, проведенных в учреждении, физическое развитие (рост, вес и окружность головы) ребенка отстает приблизительно на 1 месяц. При этом анализ пищи не выявляет каких-либо серьезных недостатков. Кроме того, дети, живущие в домах ребенка, в среднем имеют соотношение вес/рост выше обычного.

По данным С.Р. Коновой (2002), у 68% детей, находящихся в домах ребенка, было выявлено отставание в физическом развитии. При этом среднее количество диагнозов на одного ребенка составило 7, рахит был зарегистрирован в 55% процентах случаев, тяжелые расстройства питания — в 22,5%.

При этом, согласно исследованиям О.Ф. Выхристюк и Г.А. Самсыгиной (1998), около 80% детей, живших в тот момент в домах ребенка, имели низкие показатели роста и веса. Создается впечатление, что есть некоторое улучшение физического состояния детей, но процент малышей, имеющих отставание в психическом развитии, остается стабильно крайне высоким.

Страдают не только физические показатели. Высока и смертность в домах ребенка, несмотря на значительное снижение этого показателя: в 2005 году постнеонатальная смертность (дети до 1 года) в домах ребенка составила 38,9 на 1000, в то время как в среднем по России в общей популяции она почти в 10 раз ниже — 4,6 на 1000. Конечно, столь высокие показатели смертности связаны еще и с тем, что в домах ребенка часто оказываются наряду с обычными детьми и дети с различными нарушениями развития. Однако только этот факт не может объяснить столь значительную разницу в показателях. Частота встречаемости детской инвалидности в домах ребенка составляет 296,9 на 1000, а в среднем по России в общей популяции среди детей до года — 119,8 на 1000. Таким образом, по данному показателю разница гораздо меньше выражена.

Высокие показатели отставания в физическом развитии и плохие показатели здоровья, по-видимому, в основном связаны с тем, что ребенок, находящийся в неадекватных условиях (в асоциальной семье или доме ребенка), живет в ситуации перманентного стресса. В его организме начинается выделение гормонов стресса, самыми значимыми из которых являются адреналин и кортизол. Доказано, что гормоны стресса выделяются в крови маленького ребенка при потере фигуры привязанности, отсутствии или серьезной дезорганизации отношений с основным ухаживающим, а также в случаях, когда младенец испытывает недостаток стимуляции и прикосновений. Кортизол — стероидный гормон, играющий множество ролей в нейропсихоло-

гии стресса. Он также помогает снизить резервы жира и освободить энергию для ее использования. Подавляет иммунную систему и физический рост, влияет на многие аспекты функционирования мозга, включая эмоции и память.

Иногда проблемы детей, находящихся в закрытых учреждениях, объясняются сопутствующими неврологическими нарушениями или недостатком витаминов и плохим питанием. В некоторых случаях это справедливо, однако у многих детей это связано именно с недостатком индивидуальных отношений.

Перевод детей в семейные формы жизнеустройства приводит к увеличению роста и веса. Медленнее преодолевается отставание в окружности головы.

В некоторых случаях задержка в развитии роста может сохраняться длительное время и может даже потребовать последующего эндокринологического лечения (назначения гормона роста).

Факторы, повышающие риск задержки роста у усыновленных детей:

- Возраст при усыновлении.
- Длительность пребывания в учреждении.
- Степень депривации в учреждении.
- Низкий вес при рождении.
- Употребление биологической матерью алкоголя или наркотиков во время беременности.

Как развиваются эмоции у детей в доме ребенка?

Исследования показывают, что маленькие дети, находящиеся длительное время в учреждениях, по сравнению с проживающими в семьях типично развивающимися детьми проявляют позитивные эмоции в гораздо меньшей степени. При этом различия в проявлении негативных эмоций не установлено.

По-видимому, это связано как с меньшим опытом позитивного общения со взрослыми, так и с тем, что в доме ребенка не только детям приходится сталкиваться с эмоциональными трудностями — персоналу также приходится нелегко. Так, в исследовании Мухамедрахимова и Плешковой (2000) показан более высокий уровень тревожности и проявлений депрессии у сотрудников дома ребенка, занятых уходом за детьми, по сравнению с матерями детей возраста до 10 месяцев.

Румынские исследования доказывают, что помещение в семью способно довольно быстро исправить эту ситуацию: дети в замещающих семьях демонстрируют больше положительных эмоций и обладают большим вниманием по сравнению с детьми, проживающими в учреждениях.

Как происходит когнитивное развитие детей в домах ребенка?

По данным С.Р. Коновой (2002), у 82% детей в доме ребенка зафиксировано отставание в нервно-психическом развитии.

Без опыта раннего социального взаимодействия с мамой или близкими людьми у ребенка отсутствует необходимая точка опоры для развития общения с окружающими. Дети кажутся пассивными: они неактивно реагируют на происходящее вокруг, их внимание к игрушкам не задерживается надолго. Создается впечатление, что детям не хватает любопытства, ведущего в обычных обстоятельствах к изучению окружающего мира. Интеллектуальное развитие детей часто страдает.

Вот что показывают исследования, проведенные в Румынии:

- По сравнению с обычным развитием детей в Румынии, дети, которые живут в учреждении, демонстрируют значительное снижение IQ.

- Дети, помещенные в замещающие семьи, показывают выраженное увеличение IQ по сравнению с детьми, остающимися в учреждении.
- Возраст на момент помещения в замещающую семью имеет важное значение: дети до 24 месяцев демонстрируют значительные улучшения по сравнению с детьми более старшего возраста.

Как развивается мозг?

Развитие новых технологий позволяет наблюдать физические изменения, которые сопровождают развитие мозга. В результате исследований, проведенных с использованием позитронно-эмиссионной томографии, магнитно-резонансной томографии и электроэнцефалографии, было обнаружено, что у детей, живущих в неадекватных условиях — испытывающих депривацию или насилие в семье, находящихся в домах ребенка, — структура нервной системы подвергается изменениям. Под влиянием стресса в нервной системе появляются химические вещества, вызывающие смерть клеток мозга. Пренебрежение потребностями ребенка приводит к тому, что незадействованные участки мозга атрофируются.

Таким образом, данные, полученные при изучении развития мозга ребенка, показывают, насколько необходимым является адекватное окружение. Важнейшей частью этого окружения являются близкие ребенка — люди, которые заботятся о нем и защищают его. Исследование активности мозга с использованием электроэнцефалографии у детей, переведенных из дома ребенка в замещающую семью, показывают, что электрическая активность мозга нормализуется, и этот эффект более значителен у детей, помещенных в замещающую семью в более раннем возрасте (до 24 мес.).

Каковы показатели психического здоровья?

Негативный опыт отсутствия близких отношений, который ребенок получает в доме ребенка, часто отрицательно сказывается на его последующей жизни.

Исследования показывают, что выпускники детских домов, которые не были возвращены в свои семьи или усыновлены, значительно чаще, чем их выросшие в семьях сверстники, страдают психическими расстройствами, алкоголизмом и наркоманией.

Они чаще вовлекаются в криминальную среду, имеют серьезные трудности в установлении социальных связей, устройстве на работу и т.п. Среди выпускников детских домов зарегистрирован более высокий процент самоубийств.

По данным исследований, проведенных в Румынии, 55,9% детей в домах ребенка имеют то или иное нарушение психического здоровья, среди них: эмоциональные расстройства — 49,2%, нарушения поведения — 32,2%, синдром гиперактивности и дефицита внимания — 25,4%, депрессия — 8,5%, тревожные расстройства — 44,1%.

Многочисленные исследования подтверждают, что негативные последствия пребывания в домах ребенка и детских домах проявляются в течение долгого времени. Это трудности в поведении, эмоциональном развитии, учебе и социальной адаптации. Многие дети, выросшие в государственных воспитательных учреждениях, впоследствии сами помещают своих детей под государственную опеку. Это зачастую происходит из-за отсутствия опыта жизни в семье, который помог бы выпускникам детских домов дать семейное воспитание собственным детям.

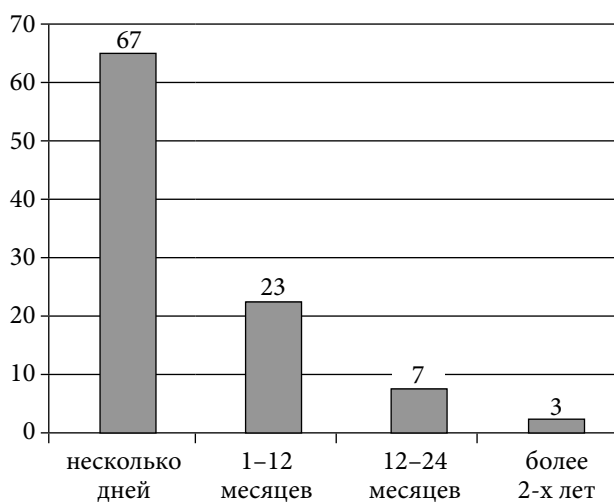
Как быстро разрешаются проблемы после помещения ребенка в семью?

Очевидно, что трудности существуют не у всех детей. Наличие трудностей в поведении, формировании привязанности, физическом и психическом развитии связано как с индивидуальными особенностями ребенка, так и с его предыдущим опытом

жизни: в семье, больнице, детском учреждении (часто ли его переводили из группы в группу, из учреждения в учреждение, часто ли и какое время он пребывал в изоляторе).

В исследовании, проведенном в США (Университет Миннесота), более половины (54,5%) усыновителей сообщили, что их беспокоит, что у их ребенка после года проживания в семье сохраняются следующие проблемы:

- задержка речи — 27%,
- отставание в развитии — 24%,
- проблемы с обработкой сенсорной информации — 13,4%,
- проблемы с привязанностью — 12,8%,
- дефицит внимания и гиперактивность — 30,2%,
- проблемы с обучением — 19,6%,
- когнитивные нарушения — 6,1%.



У большинства детей проблемы, связанные с привязанностью, исчезают довольно быстро. Ниже приведены данные проведенного в США исследования. Родители отмечают, что в первые дни после прибытия ребенка домой проблемы с привязанностью наблюдаются в 67% случаев, но лишь у 3% детей они сохраняются длительное время и существуют более года (рис. 51).

Рис. 51

На рис. 52 видно, как быстро (в месяцах) исчезают связанные с депривацией проблемы после помещения ребенка в семью. Дольше всего задерживаются проблемы, связанные со сном, раскачиванием, склонностью к «уходу в себя». На преодоление этих проблем в среднем требуется около двух лет.

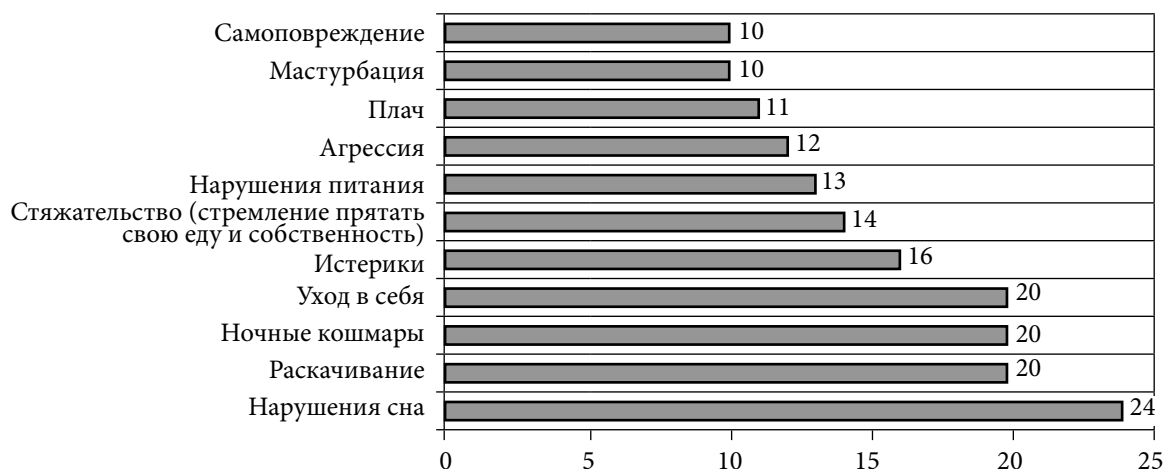


Рис. 52

Как помочь семье, берущей ребенка?

Для того чтобы программа поддержки для усыновителей, опекунов или приемных родителей была эффективной, она должна соответствовать следующим требованиям:

- Поддержка должна начинаться сразу же после помещения ребенка в семью.
- Необходимы частые визиты специалистов и возможность связи с ними по телефону для ответа на экстренные вопросы о поведении ребенка.
- «Нормализация» постинтернатного поведения — помощь семье в том, чтобы справляться с теми поведенческими проблемами, с которыми дети выходят из учреждения.
- Программа должна быть долгосрочной и не ограничиваться только обучением до помещения ребенка в семью.
- Эффективными являются группы взаимоподдержки замещающих семей.
- Необходимо сочетание индивидуальных и групповых встреч с семьей.

Наиболее часто встречающиеся вопросы усыновителей, опекунов и приемных родителей

— Леночка боится мыться. Когда мы первый раз попытались посадить ее в ванну, где и воды-то было совсем немного и находились ее любимые игрушки, она ужасно испугалась и стала пронзительно кричать. Теперь, даже проходя мимо ванной комнаты, она смотрит на нас глазами, полными ужаса, и всем своим видом показывает: «Нет». Что делать?

Родители правы, девочка действительно панически боится мытья. При этом мама говорит, что мыть руки в раковине, а также «мыть посуду» и играть с водой на кухне Лена не боится. Возможно, там, где Леночка жила раньше, процесс мытья был совсем другим, либо что-то действительно напугало девочку (шум или температура воды, вода попала девочке в нос или в глазки). Главное для родителей — не терять самообладания. Начнем с мытья игрушек в ванной. Эту игру стоит начинать днем, а не вечером, когда обычно купают детей. Расскажите Леночке, что зайка (мишка, киска) тоже боится, вместе пожалейте бедняжку. А потом вместе мойте игрушки. Можно использовать тазик, чтобы сразу не вызывать у ребенка неприятных ассоциаций. Показывайте дочке, как пользоваться мылом, как намыливают шампунем голову игрушке, дайте ей самой попрактиковаться.

Страх перед мытьем головы часто возникает у детей этого возраста. Некоторым детям очень не нравится, когда вода попадает на лицо, некоторые дети боятся, когда вода попадает в нос. Такие реакции бывают более чем у половины детей, которые жили в семье с самого рождения, это не уникальная проблема приемных малышей. На помощь родителям приходят специальные козырьки или маски для ныряния, которые не дают воде попадать на лицо. Некоторым детям легче, если воду на голову льют не из душа, а из чашки. Иногда помогает, если ребенка сажают в ванну, где воды почти нет; пока вода медленно набирается, ребенок играет с игрушками, например, купает их, «уговаривая не бояться». Можно также почитать книжки, где дети моются («Мойдодыр»), или постараться найти мультфильм на эту тему. Как правило, со временем почти все дети перестают бояться купания и с удовольствием подолгу играют в ванне. И тогда вы будете решать другую задачу — как уговорить малыша из ванны вылезти!

— Когда мы забрали Артема домой, ему было 10 месяцев. Мы так долго хотели иметь ребенка, очень готовились к этому. Купили самое-самое лучшее — одежду, игрушки... Мы так хотим, чтобы Артем стал крепким и здоровым, но он отказывается пробовать новую пищу. Поначалу нам вообще было сложно его накормить. Он не желал есть с ложки, а когда мы давали ему бутылочку — начинал давиться и плакать. С бутылочкой мы с грехом пополам справились, а вот жевать он наотрез отказывается. Так и держит еду за щекой, как маленький хомяк... Помогите!

У детей, которые с рождения находились в больнице, а затем в доме ребенка, часто возникают трудности с едой. Иногда можно посоветовать будущим родителям попросить в доме ребенка соску той формы, к которой привык ребенок. Часто приход в новый дом несет с собой слишком много перемен для ребенка. Некоторым детям важно, чтобы хотя бы что-то было знакомым и оставалось постоянным (соска на бутылке, одеяльце, игрушка...). Не стоит с первого дня стараться дать ребенку попробовать все виды продуктов. Он и вправду нуждается и в витаминах, и в разнообразии пищи, но все должно происходить постепенно. Все родители очень переживают, если малыш плохо ест. Нужно попробовать разделить два действия — собственно еду и приучение малыша к новым видам пищи. Ведь и «домашнему» младенцу каждый новый продукт вводят постепенно, маленькими порциями, и не более одного нового продукта в неделю. Пускай поначалу ребенок ест ту пищу, которую он готов принимать без протеста, чтобы быть сытым и здоровым. Это поможет родителям немного успокоиться. Когда ребенок активен, не сильно голоден, но при этом не очень сыт, можно попробовать новую еду как новое увлекательное занятие. Малышу можно дать кусочек печенья или банана. Пускай он кормит взрослого, а взрослый может попробовать кормить его. Необходимо показать, как взрослый жует, как ему нравится новая еда. Совсем не важно, сколько сможет съесть ребенок. В таком «исследовании» могут помочь другие дети. Малыши очень любят делать все за компанию. Полезно учить ребенка есть руками. Эту стадию проходят все дети. Пускай попробует облизать свои пальчики, которые намазаны йогуртом или детским пюре. Возьмите самую маленькую ложечку. Очень чувствительные дети плохо реагируют, когда ложка слишком большая или ею слишком сильно нажимают на язык.

Обязательно нужно говорить с ребенком во время еды. Этот процесс должен не только приводить к поглощению пищи, но и быть приятным времяпрепровождением. Не следует торопиться: рассказывайте малышу о том, что он сейчас будет делать. И главное — не волноваться. Маленькие дети очень чувствительны и легко улавливают настроение взрослых!

— С тех пор как мы взяли Анечку домой, прошло уже 3 месяца. Но такое ощущение, что она никак не может наесться вдоволь. Голодом их там, что ли, морили? Ей два с половиной года, а она ест почти взрослые порции. А еще постоянно просит то печенья, то яблоко, то конфет. Может быть, это какая-то патология?

Это случай, совершенно противоположный предыдущему. Только Анечка постарше. Возможно, еда в доме ребенка была менее разнообразной, и девочку очень привлекает каждый новый вкус. Еще одно объяснение — детей в доме ребенка часто кормят очень быстро. Их в группе много, а воспитатели и нянечки должны вовремя накормить всех. В итоге ребенок привык очень быстро съедать всю свою порцию. Родителям может показаться, что ребенок голоден и хочет еще. Не нужно торопиться во время еды. Ешьте вместе с ребенком, разговаривайте о том, что вы едите, задавайте вопросы: «Вкусно?», «Хочешь еще?» и т.д. Возможно также, что Аня вообще

учится просить у взрослых что-либо и очень радуется, когда получает то, что просит. Это может касаться не только еды. Зачастую дети, живущие в учреждениях, несколько отстают от своих «домашних» сверстников в весе и росте. Попадая в семью, они обычно в течение первого полугодия догоняют своих ровесников. Привыкнув к новому дому и поняв, что на их просьбу всегда ответят, дети обычно начинают есть так же, как и их сверстники. Если боитесь, что ребенок наберет лишний вес или у него испортятся зубки, давайте ему больше овощей и фруктов вместо конфет и печенья.

Если девочку так сильно интересует еда, можно использовать это, чтобы развивать ее любопытство, творческие способности и социальные навыки. В два с половиной года дети могут помогать накрывать на стол, при этом вы можете рассуждать о том, что столовые предметы могут быть разной формы, размера и цвета. Взрослые могут говорить о том, как называются разные продукты, играть в кукольное чаепитие. Дочка может помогать родителям в приготовлении пищи — вытащить из холодильника масло, положить сыр на бутерброд. А еда, приготовленная с ее помощью, может стать маленьким семейным праздником.

— Наш приемный сын не любит, когда к нему прикасаются. Это очень расстраивает мою жену. Ей так хочется его приласкать, а он отворачивается и даже вздрагивает иногда. Может быть, его сильно обижали в доме малютки?

Родителям всегда очень обидно, если ребенок избегает их ласки. Возможно, с малышом действительно обходились не лучшим образом в биологической семье, но скорее всего он просто не привык к телесному контакту и не знает, что делать в такой ситуации.

Некоторые дети гиперчувствительны к слишком мягким и легким прикосновениям. Такие прикосновения могут вызывать дискомфорт (примерно такие же ощущения может вызывать щекотка, которой многие боятся). Хорошо бы понаблюдать, какие прикосновения больше нравятся ребенку. Возможно, ему проще переносить более сильные прикосновения. Можно поиграть с ним в баранов, которые бодаются, медведей, которые борются. Постепенно вводите и другие прикосновения: как гладят кошечку, как мышка бежит. Расширяйте диапазон прикосновений, которые нравятся ребенку. Велика вероятность, что через какое-то время малыш сам почувствует удовольствие от телесного контакта с родителями и будет с удовольствием ласкаться.

— У нас все хорошо. Ванечка такой забавный ребенок. Друзья даже говорят, что за 2 месяца, которые он живет с нами, он стал чем-то похож на меня, а особенно на моего мужа. Но меня очень беспокоит то, как он засыпает. Мы с ним раньше сидели, сказки читали, пытались колыбельные петь. Но он раскачивается в кроватке из стороны в сторону, а иногда почти головой стучится. Его от этого никак не отвлечь, он беспокоится, даже сердится — и опять за свое. Мне на это так больно смотреть, что я стала выходить из комнаты. Он покачается и засыпает. Как же избавиться от этого, может, начать давать ему успокаивающие препараты?

Почти все дети в домах ребенка раскачиваются. Такое поведение имеет много разных причин — это и попытка дать себе новые ощущения (чем-то себя занять), и это же действие является способом самоуспокоения. Ванечка научился засыпать, успокаивая себя таким образом.

Этого не нужно пугаться. Такое поведение обычно со временем проходит — у ребенка формируются другие привычки и способы засыпания. Некоторые дети тоже раскачиваются, потому что им не хватает вестибулярных ощущений.

Можно посоветовать чаще ходить на детские площадки, где есть качели и карусели, и качаться вместе с ребенком. Можно покачать его дома в одеяле (ребенок лежит в одеяле, как в гамаке, а двое взрослых держат одеяло за концы). Пусть ребенок поймет, что такие ощущения можно получать вместе с другими людьми. Начните вырабатывать свои собственные домашние ритуалы укладывания (умывание, переодевание в пижаму, сказка на ночь, укладывание игрушек). Нужно рассказывать ребенку о том, что сейчас будет происходить. Необходимо также подумать о режиме дня ребенка. Возможно, он просто не очень хочет спать и вынужден укачивать себя, чтобы заснуть.

— *Когда Настя (ей 2,5 года) первый раз на даче побежала и в кровь расшибла коленку, она посмотрела на меня, но не заплакала и за утешением не подошла. Она вообще никогда не плачет, даже когда больно или обижают другие дети. Видно, что расстроилась, но никогда не плачет и помощи не просит. Может быть, мы что-то не то делаем и она нам не доверяет?*

Дети, которые воспитываются не в семье, обычно очень мало плачут. Для того чтобы охотно плакать, нужно быть уверенным, что этот плач поможет что-то изменить. Настя пока только учится жить в семье. Родителям стоит подходить к ней каждый раз, когда они заметят, что она нуждается в помощи. Возможно, она пока просто не знает, как такой помощи просить. Нужно говорить с ней о том, что произошло: «Ты ударилась, тебе больно; ты испугалась, тебе страшно». В этом случае можно будет показать девочке, что взрослый понимает, принимает и разделяет ее чувства и всегда готов прийти ей на помощь. Возможно, что слез нет только пока — спустя некоторое время ребенок поймет, что плакать можно, и такого плача будет даже больше, чем нужно. Главное — не расстраиваться и продолжать строить отношения!

— *Мы решили, что не будем скрывать от дочки, что мы ее удочерили. Но совершенно не представляем, когда, как и в каком возрасте с ней об этом говорить.*

Во многих странах скрывать от ребенка факт усыновления (удочерения) запрещено по закону, и это очень правильно. Все дети очень любят слушать истории о себе. Такие истории взрослые начинают рассказывать им довольно рано.

Вы можете рассказать дочке, как сильно хотели иметь ребенка, как и где встретили ее, как познакомились, что вам в ней понравилось. Как ждали ее прихода домой, что ей нравилось, а что не нравилось, какие у нее были смешные привычки и слова. Некоторые дети в определенном возрасте начинают задавать вопросы о том, где сейчас их родители. Только не волнуйтесь. Ребенок не бросит вас, чтобы бежать искать свою маму. Родителям лучше быть спокойными и максимально честными. Можно сказать ребенку, что у мамы была нелегкая жизнь, и она, понимая, что не сумеет заботиться о своем малыше, отдала его в дом ребенка, чтобы он смог найти себе новых родителей.

Знать свою историю очень важно для каждого человека. Родителям стоит делать фотографии, вкладывать их в специальный альбом. Когда дочка подрастет, она поймет, как много она значит для родителей. Это поможет ей развивать положительную самооценку и самоуважение.

Можно также посоветовать сделать «Дерево любви» с сердечками вместо листьев: ребенок, когда будет постарше, нарисует внутри такого «листочка» себя, потом туда, в сердечки на ветвях, добавляют лица и имена людей, которых он любит. У этого дерева должны быть корни: у корней можно нарисовать любимых воспитателей дома ребенка, патронатных или биологических родителей.

Сделайте как можно больше праздников для ребенка. Особенно важно в конкретный день каждый год праздновать годовщину его/ее усыновления/удочерения.

Более старшим детям позвольте исследовать свое происхождение. Некоторые усыновленные дети никогда не захотят начинать этот путь, а другие перелетят через океан, чтобы найти ответы на вопросы. Что бы они ни выбрали, поддерживайте их.

* * *

Всем детям нужна СЕМЬЯ и близкие отношения! Эти отношения не возникают моментально и только потому, что взрослые стали родителями, а дети — их дочерьми или сыновьями. Всем людям требуется время, чтобы научиться чувствовать и понимать друг друга.

Процесс привыкания к новой семье обычно занимает 2—3 месяца. В это время часто возникают ситуации, которые могут расстраивать родителей или вызывать у них недоумение. Главное — не поддаваться панике и постараться понять причины происходящего. Маленькие дети невероятно чувствительны к состоянию окружающих их людей. Спокойствие родителей и их уверенность в себе помогут детям лучше развиваться и более уверенно исследовать мир.

Литература

Борьесон Б., Бриттен С., Довбня С., Морозова Т., Пакеринг К. Ранние отношения и развитие ребенка. — СПб.: Питер, 2009.

Влияние изменения раннего эмоционального опыта на развитие детей в домах ребенка: Пер. с англ. / Под науч. ред. Р.Ж. Мухамедрахимова. — М.: Изд-во Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2009.

Выхристюк О.Ф. Неблагополучные дети: медицинские и социальные проблемы: обзор литературы // Лечащий врач. 1998. № 6. С. 45—47.

Довбня С.В. Морозова Т.Ю. В поисках решения. — СПб.: Институт раннего вмешательства, 2007.

Конова С.Р. Совершенствование организации медицинского обеспечения детей, воспитывающихся в домах ребенка: Автореф. ... канд. мед. наук. — Иваново, 2002.

Куприянова Е.И., 2007: <http://everychild.ru/library/2/57/>

Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. — СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2003.

Мухамедрахимов Р.Ж., Плешкова Н.Л. Методы изучения привязанности у младенцев и детей раннего возраста // Практикум по возрастной психологии / Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. — СПб.: Речь, 2000.

Bos K.J., Zeanah C.H. Jr., Smyke A.T., Fox N.A., Nelson C.A. Stereotypies in children with a history of early institutional care // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2010 May. V. 164(5). P. 406—11.

Zeanah C.H. (ред.) Handbook of Infant Mental Health. 2nd ed. — N.Y.: The Guilford Press, 2005.

Zeanah C.H., Smyke A.T., Koga S., Carlson E. & the BEIP Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania // Child Development. 2005. V. 76. P. 1015—1028.

Глава 10

ПРИВЛЕЧЕНИЕ ВОЛОНТЕРОВ К РАБОТЕ С ДЕТЬМИ В ДОМАХ РЕБЕНКА

В этой главе нам хотелось бы рассказать об опыте привлечения волонтеров к работе в домах ребенка. Проект «Шаг навстречу» был реализован Благотворительным фондом «Дети наши» в Нижегородской области в 2009—2010 годах. В проекте принимали участие пять домов ребенка Нижегородской области, однако технология работы волонтеров отработывалась в доме ребенка № 2 г. Дзержинска.

Цели и задачи проекта «Шаг навстречу»

- Развитие сотрудничества между специалистами домов ребенка Нижегородской области, обмен опытом работы с детьми раннего возраста.
- Способствование развитию близких отношений между воспитанниками дома ребенка и волонтерами. Подобные отношения чрезвычайно важны для развития и благополучия детей, однако их возникновение в условиях коллективного воспитания в домах ребенка в силу многих причин затруднено. Именно эта задача — задача формирования близких индивидуальных отношений с детьми — стояла перед работающими в проекте волонтерами.
- Разработка технологии отбора, подготовки и организации работы волонтеров, в том числе их сотрудничества со специалистами дома ребенка.
- Обучение персонала домов ребенка современным технологиям оказания медико-психолого-педагогической помощи детям раннего возраста, оставшимся без попечения родителей. Основные принципы современных технологий помощи строятся на всесторонней оценке особенностей ребенка и разработке программы развития, основанной на индивидуальном взаимодействии с каждым ребенком.

Особенности проекта

Благотворительный фонд «Дети наши» оказывает ресурсную помощь домам ребенка города Дзержинска не первый год. На сегодняшний день ситуация с оборудованием и состоянием помещений домов ребенка в Дзержинске выглядит неплохо. На оборудование, ремонт, закупки необходимого оборудования и игрушек выделялись как государственные средства, так и средства спонсоров.

Хорошо понимая ситуацию в домах ребенка, сотрудники фонда решили опробовать новые методы работы. Вместе с экспертами проекта была разработана концепция привлечения волонтеров в дом ребенка. В данной концепции основная роль волонтера состоит в развитии индивидуальных близких отношений с ребенком. Работа ведется в тесном сотрудничестве с работающими в группе воспитателями и теми специалистами (логопед, дефектолог, психолог), которые работают с конкретным ребенком.

Подробная технология отбора и обучения волонтеров, а также обязанности координатора волонтеров, разработанные в ходе проекта, опубликованы Фондом «Дети наши» в 2010 году.

Как строится работа с волонтерами, что делает волонтер

После прохождения собеседования с потенциальным волонтером и подбора ребенка для работы с ним организуется их *встреча*. Она обязательно проходит в присутствии координатора и (или) сотрудника, который хорошо знает ребенка. Сотрудник дома ребенка помогает волонтеру установить контакт с ребенком и в первое время наблюдает за его работой.

После первой встречи с ребенком у волонтера должна быть возможность обсудить ее с координатором, (что чувствовал волонтер, с какими трудностями ему пришлось столкнуться, что удалось и что не удалось). Важно также обсудить стратегию дальнейшей работы.

В течение следующих нескольких встреч с ребенком координатор продолжает наблюдать за тем, как складываются отношения между волонтером и ребенком. Затем, если все складывается хорошо, волонтер начинает работать с ребенком самостоятельно.

Обычно встречи волонтера с ребенком происходят либо во второй половине дня (после дневного сна), либо во время прогулок. Желательно, чтобы для встреч волонтеров с детьми было отведено отдельное помещение, это поможет волонтеру лучше строить отношения с ребенком один на один. Встречи в группе, где присутствуют другие дети, нежелательны, так как оба (и волонтер, и ребенок) отвлекаются на них, кроме того, это не очень приветствуется с точки зрения соблюдения санитарных норм.

Некоторые волонтеры сами знают, как играть и заниматься с ребенком, и хорошо умеют это делать. Другим волонтерам, возможно, понадобится помощь сотрудников дома ребенка. Волонтер (так же как и родитель ребенка) не обязательно должен быть грамотным дошкольным педагогом или детским психологом. Его задача — установить и развивать отношения доверия с ребенком. При необходимости сотрудники дома ребенка могут помочь волонтеру при подборе игрушек, игр и занятий для ребенка.

При разработке программы занятий могут также помочь и так называемые «пошаговые стратегии» — детальные, хорошо описанные программы занятий, например, «Каролина» (Джонсон-Мартин, Аттермиер, Дженс, Хакер, 2005) и «Маленькие ступеньки» (Питерси, Трилор, 2001).

Очень важно, чтобы педагогические задачи, которые ставит перед собой волонтер, не вытесняли самого важного — личных отношений. Часто просто гулять, разговаривать с ребенком и слушать его, вместе делать то, что ему интересно и доставляет удовольствие, гораздо важнее, чем разработанная программа занятий. С детьми в доме ребенка много занимаются, но, несмотря на это, им не хватает главного — индивидуального общения!

В работе волонтера важна супервизия.

Супервизия — это возможность представить свою работу коллегам и экспертам в данной области и получить ответы на интересующие вопросы. Супервизия является очень важной как для специалистов, так и для волонтеров, работающих с детьми.

У супервизий есть несколько задач. Супервизии помогают строить более эффективные программы работы с ребенком, способствуют лучшему взаимопониманию между сотрудниками, работающими с детьми, позволяют специалисту (волонтеру), представляющему для обсуждения и анализа свой конкретный случай из практики, получить поддержку от своих коллег.

Во время работы с детьми, которые переживают стресс или находятся в трудной ситуации (а проживание в доме ребенка, безусловно, является трудной ситуацией для ребенка), у профессионалов и волонтеров возникает множество собственных чувств, которые могут затруднять не только работу, но и личную жизнь. Обсуждение случаев может помочь человеку, работающему с ребенком, лучше понять свои чувства, возникающие при работе с ребенком, и справиться с этими чувствами.

Супервизии для волонтеров могут быть организованы как для разбора отдельных случаев, так и для разбора отдельных тем и проблем, с которыми сталкивается большинство волонтеров (проявление агрессии со стороны ребенка, трудности расставания, ревность детей, налаживание отношений с родственниками ребенка и т.д.).

Важно, чтобы супервизию проводили квалифицированные специалисты, хорошо знающие специфику социально-эмоционального развития и потребности детей, проживающих в домах ребенка, а также способные проявить уважение к работе волонтеров. Цель супервизий — не в том, чтобы сделать волонтеров профессиональными психологами или педагогами, а в том, чтобы помочь им более эффективно строить работу с ребенком, сохранив при этом собственное психическое здоровье.

Еще одной целью супервизии может быть построение партнерских отношений между волонтерами и сотрудниками дома ребенка. Часто волонтерам, которые только начинают работать в доме ребенка, трудно справляться с собственными чувствами, им бывает очень жалко детей, которые там живут. Одновременно волонтеры понимают, что они общаются с одним из детей, но это не означает, что они готовы взять этого ребенка в свою семью. Интенсивные чувства, в которых волонтеру зачастую непросто разобраться, иногда приводят к тому, что волонтерам начинает казаться, что персонал дома ребенка плохо относится к детям, сотрудники невнимательны к ним, и лишь только они, волонтеры, способны искренне заботиться о детях и знают, как это делать. Это уже является потенциальной основой для конфликтов между волонтерами и сотрудниками, что непременно негативно скажется и на детях. Проведение супервизий может помочь не допустить подобных конфликтов и помочь волонтерам и сотрудникам лучше понимать друг друга и работать вместе.

Желательно, чтобы супервизии проводились регулярно, не реже 1 раза в месяц.

Вопросы и опасения, часто возникающие у волонтеров. Распространенные вопросы и как на них отвечать

— Дети, живущие в доме ребенка, страдают от разлуки и недостатка близких отношений. Не будет ли расставание с волонтером, которое неизбежно случится, когда ребенок попадет в семью или будет переведен в детский дом, еще одной дополнительной травмой для него?

Действительно, основной проблемой для детей, живущих в доме ребенка, является отсутствие необходимых для формирования привязанности, стабильных, близких, доверительных отношений с постоянным взрослым. Нарушения привязанности, возникшие у ребенка в ранние годы жизни, часто приводят к тяжелым психосоциальным проблемам, трудностям в обучении, неспособности усваивать программу обычной школы.

Современные исследования показывают, что наличие хотя бы каких-то продолжительных отношений в будущем резко повышают шансы благополучного развития маленького ребенка, находящегося в системе группового ухода. Если визиты волонтера будут нерегулярными или произойдут всего несколько раз, то никакого существенного влияния на эмоциональное развитие ребенка оказано не будет, но если визиты будут регулярными в течение нескольких месяцев, то между волонтером и ребенком, несомненно, завяжутся отношения, позволяющие малышу почувствовать, что этот человек — особенный, он приходит специально для него. Это приведет к повышению самооценки ребенка, формированию у него так называемого базового доверия к миру, позволяющего в будущем не только завязывать новые отношения, но и лучше учиться.

Да, когда придет пора расставаться — это будет нелегко и для малыша, и для волонтера, но опыт отношений, полученный ребенком во время встреч с человеком, индивидуально общающимся с ним один на один, даст ребенку возможность быстрее установить новые отношения в том месте, куда он попадет, будь то приемная семья или детский дом. Этот же опыт позволит ему в будущем лучше учиться и эффективнее справляться со стрессами.

— Ребенок не плачет и не просит утешения, даже когда падает и ему больно. Может быть, я что-то не то делаю, и он мне не доверяет?

Дети, которые воспитываются не в семье, обычно очень мало плачут. Для того чтобы просить помощи или плакать, нужно быть уверенным, что этот плач поможет что-то изменить. Ребенок пока только учится вам доверять. Подходите к ребенку каждый раз, когда заметите, что он нуждается в вашей помощи. Возможно, он пока просто не знает, как ее просить. Говорите с ним о том, что произошло: «Ты ударился...», «Тебе больно...» «Ты испугался, тебе страшно...». Таким образом вы сможете показать, что понимаете, принимаете и разделяете чувства ребенка и всегда готовы прийти ему на помощь. Возможно, слез нет только пока — спустя некоторое время ребенок поймет, что плакать можно, и будет плакать даже чаще, чем нужно. Главное — не расстраиваться и продолжать строить отношения!

— В присутствии волонтера ребенок становится капризным и плохо себя ведет, что несвойственно ему в группе.

Это очень позитивный сигнал — он означает, что ребенок научился вам доверять больше других, у вас установились «особые» отношения, которые позволяют ребенку надеяться, что вы услышите его плач и отреагируете на него — подойдете, обнимете, возьмете на руки. Не бойтесь проявлять теплоту и заботу, делайте это не только тогда, когда ребенок уже расстроен. Плаксивость пройдет со временем, как только ребенок поймет, что нет нужды добиваться вашего внимания лишь таким способом, можно сделать это и по-другому. Но в любом случае вам достанется больше слез, «недоплаканных» ребенком раньше, — ведь в системе группового ухода никогда не хватает взрослых, способных отреагировать на сигналы всех детей.

— Ребенок очень сопротивляется уходу волонтера и плачет. Что делать?

Часто маленькие дети расстраиваются и плачут, когда взрослому приходится уходить. Они пока не понимают, что это необходимо и что взрослый вернется. Помочь им справиться с этой проблемой поможет, во-первых, ваше спокойствие и уверенность в том, что ничего страшного не происходит, — ведь маленькие дети очень чувствительны к переживаниям взрослых, а во-вторых, обязательно давайте простые

объяснения, например: «Мне сейчас нужно уйти, но я приду в следующий четверг». Это позволит ребенку привыкнуть к тому, что ваши расставания не навсегда. Кроме того, будет замечательно, если у ребенка останется ваша фотография или любимая игрушка, с которой вы играете с ним. Во время вашей встречи начинайте заранее готовить ребенка к тому, что вам скоро придется уйти. Поначалу это тоже может показаться сложным, поскольку ребенок начнет плакать заранее, но в дальнейшем это позволит ему/ей лучше сформировать представление о времени и быть готовым к расставанию.

— *Стоит ли дарить ребенку подарки, приносить какие-то вещи?*

Прежде всего необходимо обсудить это с персоналом дома ребенка — будет ли возможность сохранить индивидуальные вещи в группе, или это невозможно? В любом случае будет неплохо, если у ребенка появится что-то напоминающее о регулярных, доставляющих ему радость встречах с волонтером. Это может быть самая простая игрушка или ваша фотография.

— *Ребенок постоянно раскачивается. Что делать?*

Почти все воспитанники детских домов и домов ребенка раскачиваются. Такое поведение имеет много разных причин — это и попытка дать себе новые ощущения (чем-то себя занять), и способ самоуспокоения. Часто дети научаются засыпать, успокаивая себя таким образом. Этого не нужно пугаться. Такое поведение обычно со временем проходит — у ребенка формируются другие привычки и способы засыпания. Некоторые дети также раскачиваются, потому что им не хватает вестибулярных ощущений. Чаще ходите на детские площадки, где есть качели и карусели. Качайтесь вместе с ребенком. Покачайте его в одеяле (ребенок лежит в одеяле, как в гамаке, а двое взрослых раскачивают одеяло, держа его за концы). Пускай ребенок поймет, что такие ощущения можно получать вместе с другими людьми.

— *Ребенок сосет палец. Как его отучить?*

Дети в домах ребенка часто сосут пальцы. Тому есть несколько причин. Это и недостаток сенсорного опыта, возникающий в результате стандартной протертой еды в доме ребенка, которая в основном отвечает потребностям ребенка в витаминах и калориях, но не дает опыта ощущений разного вкуса и разных текстур пищи. Также в последнее время не очень приветствуется использование пустышек в доме ребенка, поэтому дети в группе вынуждены засыпать самостоятельно, а возможность сосать что-либо — простейший способ себя успокоить. За время коротких встреч с ребенком довольно трудно отучить его от этой привычки, но все же можно помочь ему: можно дать ребенку возможность исследовать ртом предварительно вымытые игрушки разнообразной текстуры, можно, если ребенок начинает сосать палец, когда волнуется или устал, останавливать его словами: «Ты, наверное, сейчас устал» или «Тебе страшно».

— *Ребенок иногда проявляет агрессивность (кусаются, щиплетя и т.д.). Что делать?*

У детей первых лет жизни такие проявления не связаны с агрессивностью. Чаще всего так пытаются привлечь к себе внимание дети, которые еще не умеют говорить и выражать свои желания и эмоции словами. Ни в коем случае не реагируйте бурно. Лучший способ избавиться от такого рода поведения — это *не проявлять* реакцию, которую ожидает от вас ребенок. Просто остановите ребенка, спокойным и ровным

голосом скажите что-либо вроде: «Я очень хорошо к тебе отношусь, но щипать себя не позволю». Старайтесь предвосхитить момент, когда ребенок захочет таким образом привлечь ваше внимание, и дайте ему другой, более позитивный образец, например: «Тебе надоела эта игра? Давай скажем: хватит!» — и переключите ребенка на что-то другое.

— *Ребенок не любит, когда к нему прикасаются. Это очень расстраивает, так хочется его приласкать, а он отворачивается и даже вздрагивает иногда. Что делать?*

Всегда очень обидно, если ребенок избегает ласки. Скорее всего малыш просто не привык к телесному контакту и не знает, что делать в такой ситуации.

Некоторые дети гиперчувствительны к слишком мягким и легким прикосновениям. Такие прикосновения могут вызывать дискомфорт (примерно такие же ощущения может вызывать щекотка, которой многие боятся). Понаблюдайте, какие прикосновения больше нравятся ребенку. Возможно, ему проще переносить более интенсивные прикосновения. Поиграйте с ним в баранов, которые бодаются, в медведей, которые борются. Постепенно вводите и другие прикосновения: как гладят кошечку, как мышка бежит. Расширяйте диапазон прикосновений, которые нравятся ребенку. Велика вероятность, что через какое-то время малыш сам почувствует удовольствие от телесного контакта с вами и будет с удовольствием ласкаться.

— *Стоит ли позволять ребенку называть себя мамой?*

Наверное, самое главное в отношениях взрослого и ребенка — это честность. Если взрослый не собирается усыновлять/удочерять ребенка, то и ребенок об этом вправе знать, да и для самого взрослого это значительно облегчит задачу установления доверительных и теплых отношений с малышом. Лучше с самого начала честно сказать ребенку, зачем вы пришли к нему, и повторять это регулярно, даже если кажется, что ребенок этого не понимает. Например, уже при первой встрече можно сказать: «Меня зовут ... и я буду приходить с тобой играть и гулять два раза в неделю». Устанавливая таким образом границы, вы дадите и себе и ребенку возможность получать удовольствие от встреч, игры и прогулок, не подкрепляя нереалистичных ожиданий.

— *Как готовить ребенка к расставанию при переводе в детский дом или в семью?*

Вся наша жизнь — это череда расставаний, и любой ребенок, даже растущий в семье, переживает разлуку с воспитателями детского сада (при переходе в школу), с друзьями во дворе (при переезде), со школьными учителями, а затем и с родителями, уезжая, например, на учебу. Вспомните, как ваши родители помогали вам пережить грядущие изменения в жизни? Необходимо заранее говорить о том, что произойдет, рассказывать истории про мальчиков или девочек, или зверюшек, которые переезжали, попадали в новую семью, в новый коллектив. Полезно играть с ребенком в прятки, с маленькими детьми — в «ку-ку».

Перед расставанием хорошо бы подготовить то, что в профессиональной литературе называется «переходным объектом». Это то, что дает ребенку возможность вспоминать близкого взрослого и отношения, их связывающие, — альбом или несколько фотографий ребенка вместе с волонтером и сотрудниками группы, в которой находился ребенок, любимая игрушка, вещи, которые ребенок сможет взять с собой в новую семью или детский дом. Необходимо, чтобы сотрудники дома ребенка, встречающиеся с новыми родителями или коллегами из детского дома, знали о важности таких «переходных объектов» и могли объяснить необходимость этого действия другим.

— *Ребенок спрашивает: «Почему ты не заберешь меня с собой?.. Почему ты уходишь?» Что ответить ему?*

Все дети хотят жить в семье. Ребенок имеет право на такое желание. Но важно помнить, что вы выполняете вполне конкретную миссию и не можете забрать всех детей с собой. В такой ситуации важно сказать ребенку, что вы понимаете его, но не можете исполнить его желание. Скажите малышу, что вы специально приходите, чтобы играть (гулять) с ним. Отвечая на вопросы ребенка, важно не обещать ему того, что вы не сможете сделать.

— *Что ответить на вопрос ребенка: «А когда ты придешь в следующий раз?»*

Детям важно знать, когда вы сможете встретиться снова. Если вы не уверены в том, что придете, не обещайте детям того, что не сможете сделать, но если у вас есть конкретные планы на следующий визит — обязательно расскажите об этом ребенку.

— *Я не смогла прийти. Что мне делать, если ребенок скажет: «Ты обещала прийти и не пришла!»?*

Все мы живые люди. Иногда бывают обстоятельства, над которыми мы не властны. В такой ситуации вы можете извиниться перед ребенком и рассказать ему, почему вам не удалось выполнить свое обещание. Извиняться и объяснять свои поступки — очень важный для ребенка опыт. После того как ребенок выслушал ваши извинения, скажите ему, что сейчас вы с ним и очень хотите вместе поиграть

— *Что мне ответить, если дети спрашивают: «Почему у меня нет мамы?», «Почему умер папа?», «Почему это случилось именно со мной?»*

На эти вопросы трудно ответить. Можно признаться, что вы сами задаете себе те же вопросы и не находите ответов. Потом объясните, что потеря — это часть жизни для всех живых существ на земле. Она приходит к каждому. Есть вещи, которыми мы можем управлять, а есть такие, которыми не можем. Обязательно скажите детям, что никто не виноват — ни близкий человек, ни Бог, и, уж конечно, не виноват сам ребенок. Скажите очень четко: «Ты не виноват». Ничто из того, что ребенок сказал, сделал или подумал, не стало причиной потери близкого.

Примеры из опыта работы волонтеров с детьми¹

Саша, 3 года 7 месяцев

Саша родился глубоко недоношенным, более полугода провел в детской больнице. Он серьезно отстает в развитии, у него глубокая задержка психомоторного развития. Саша начал ходить только в три с половиной года, у него полностью отсутствует речь, есть зрительные нарушения (косоглазие, нарушенные поля зрения). Саша — ослабленный и болезненный ребенок, он очень плохо набирает вес (его вес в три с половиной года всего 9 кг 100 г).

Саша не принимает участия в занятиях, проводимых в группе, он боится детей, предпочитая находиться в стороне от них. Саша практически не играет с игрушками, его вообще мало что интересует. Но самое главное — Саша не очень доверяет взрослым, у него нет близкого человека, с которым он может развивать отношения.

Волонтеру Елене, которая начала навещать Сашу, было непросто привыкнуть к тому, что ребенок выглядит необычно и серьезно отстает в развитии. Поначалу отно-

¹ По этическим соображениям имена детей и волонтеров, а также некоторые детали были изменены.

шения строились непросто, Саша не сразу подпустил ее к себе, не брал в руки игрушки. Единственное, что нравилось ребенку, — это прогулки. Елена стала встречаться с мальчиком во время прогулок. Поддерживала его за руку (Саша недавно начал ходить, и у него были большие трудности с равновесием и балансом).

Постепенно Саша привык к присутствию Елены. В ее присутствии он начал интересоваться окружающим. Его стали интересовать листья на деревьях, палки, камни и песок. Однажды сотрудники дома ребенка и волонтеры устроили для детей поездку в лес. Это был один из первых дней, когда Саша выглядел действительно счастливым. Он радовался тому, что видел, топал навстречу Елене, пошатываясь, но очень целеустремленно. С этого дня Саша окончательно принял волонтера.

За полгода регулярных встреч с волонтером Саша многому научился. Он начал уверенно ходить, стал трогать предметы руками и держать их, начал интересоваться игрушками. Саша стал принимать участие в групповых играх, научился самостоятельно есть. А еще он значительно окреп.

В возрасте 4 года 2 месяца Сашу стали готовить к переводу в детский дом-интернат. Несмотря на значительный прогресс в развитии, который сделал Саша за последние полгода, он будет жить в доме для детей-инвалидов. Сотрудники дома ребенка и Елена очень переживают из-за этого. Но если бы не отношения с Еленой и работа специалистов дома ребенка, Сашины перспективы в доме-интернате были бы гораздо хуже. Сейчас он умеет самостоятельно есть, гораздо больше доверяет людям, может играть и не боится других детей. Эти навыки очень важны для более успешной адаптации в детском доме.

* * *

Ира, 2 года 8 месяцев

Ира провела первые несколько месяцев своей жизни в семье, но затем была изъята и помещена в дом ребенка по причине дурного обращения с ней и невыполнения родителями своих обязанностей. Поначалу Ира выглядела очень истощенной, боялась людей, но довольно быстро привыкла к жизни в доме ребенка. Примерно год спустя семья решила забрать девочку домой, но через несколько месяцев ситуация повторилась — ребенок был повторно изъят из семьи. Ира выглядела ужасно, похоже, в семье с ней опять очень плохо обращались. Девочка была запуганной, озлобленной, замкнутой, со следами побоев. Она растеряла многие навыки, не вступала в контакт со взрослыми, была агрессивна к детям, не интересовалась игрушками, не говорила.

Ира познакомилась с волонтером через два месяца после того, как повторно попала в дом ребенка. К тому времени она уже начала немного подпускать к себе людей, поэтому приняла волонтера довольно легко. Людмила — волонтер, которая работает с Ирой — очень сочувствовала тому, что пережила эта маленькая девочка за свою короткую, но нелегкую жизнь. Ей очень хотелось помочь ребенку. Она приходила в дом ребенка несколько раз в неделю. Поначалу Ира обращала внимание только на то, что приносила ей Людмила. Это были недорогие безделушки — заколочка для волос, совочек для игры с песком, шапка-панамка и т.д. Сотрудники группы заметили, что Ира очень бережно относится к этим вещам, не подпускает к ним других детей и хочет, чтобы эти вещи всегда были с ней. Постепенно Ира стала больше смотреть на Людмилу, более внимательно ее слушать. Создавалось впечатление, что Ира, похожая до этого на маленького затравленного зверька, постепенно «оттаивает». Было видно, что Ира ждет Людмилу, радуется ее приходу.

Вскоре возникли трудности с расставанием — Ира отчаянно плакала, когда Людмиле нужно было уходить. Та очень переживала. Ей было больно оттого, что ребенок, который и так пережил много горя, плачет. Людмиле помогла координатор волонтеров —

логопед дома ребенка. Вместе с Людмилой они разработали план того, как вести себя в конце встречи: как готовить ребенка к расставанию, в какие игры вместе поиграть, как сказать ребенку «до свидания». Сотрудников группы попросили также помочь Ире при возвращении со встречи с волонтером: занять девочку, поговорить с ней о том, что они делали с Людмилой, попросить показать, что Людмила принесла ей, и с уверенностью сказать, что Людмила обязательно вернется. Координатор волонтеров и сотрудники группы хорошо понимали, что протест Иры — это не просто выражение негативных чувств и нежелание расставаться, это еще и проявление того, что у ребенка появляются важные отношения со взрослым. Людмила также поверила в это, хотя каждый раз при расставании ей все равно было непросто.

У Иры и Людмилы появились любимые занятия — игры, чтение книжек. Ира внимательно слушала, пыталась повторять простые слова (окончание строчки стихотворения). С произношением все было не очень здорово, но девочка начала хоть как-то говорить. Конечно же, в доме ребенка с Ирой проводились занятия — как индивидуально, так и в группе, но речь — это средство общения, а общаться с людьми можно только тогда, когда им доверяешь. Совместная работа воспитателей, логопеда и волонтера помогла Ире начать пользоваться речью.

Несколько месяцев после своего повторного попадания в дом ребенка Ира была очень агрессивна с детьми. Было такое ощущение, что ей неприятно их присутствие и она пытается их оттолкнуть. И сотрудники группы, и координатор волонтеров, и Людмила хорошо знали об этом. Постепенно Людмила стала организовывать игру с Ирой так, чтобы рядом находился другой ребенок. Затем Людмила стала подключать другого ребенка в игру, помогая Ире понять, что можно играть по очереди. Сейчас отношения Иры с детьми стали гораздо лучше, а отношения с Людмилой продолжают развиваться.

* * *

Олег, 2 года 6 месяцев

Олегу 2 с половиной года. По словам сотрудников дома ребенка, мальчик не способен усидеть на одном месте ни минуты. Он не так давно начал ходить, ходит еще не очень уверенно, но все время куда-то лезет.

От Олега отказались в родильном доме, состояние ребенка после рождения было тяжелым. Первые 9 месяцев своей жизни он провел в разных детских больницах. С Олегом непросто: он практически не смотрит на взрослого, не обращает внимания на то, что с ним разговаривают. Олег не просит помощи, если что-то не получается, он либо кричит и бросает игрушку, либо начинает раскачиваться. Помимо раскачиваний, у Олега еще много аутостимуляций: он сосет руку, иногда стучит себя по голове, бьется головой об кровать при засыпании, мастурбирует. От всего этого Олега очень трудно отвлечь.

При подборе волонтеров было решено, что для Олега будет важно попытаться построить отношения с мужчиной-волонтером. Олег настолько активный ребенок, постоянно ищущий физической стимуляции, что женщине-волонтеру может быть трудно справиться с ним. Волонтер Андрей начал навещать Олега два раза в неделю.

Поначалу Олег испугался и не подпускал Андрея к себе. Он прятался в домике на детской площадке. Но постепенно мальчик стал более спокойно воспринимать присутствие волонтера, и Андрей попытался заинтересовать его совместной игрой. Андрей очень старался, носил мальчика на руках, качал на качелях, играл с ним в мяч. Но Олег принимал только физический контакт, отказываясь даже смотреть на Андрея. Андрею было очень обидно, иногда ему казалось, что он вообще не нужен ребенку, несмотря на все свои старания. Вместе с координатором волонтеров они не раз обсуждали, почему

так трудно складываются отношения с Олегом. При этом было замечено, что с Андреем мальчик может делать гораздо больше, чем просто находясь в группе. Он более уверенно ходит, дольше удерживает внимание в игре, произносит больше звуков (хотя речью пока так и не пользуется).

У Олега есть серьезное нарушение привязанности. Он пока еще не очень доверяет людям и не ждет от них почти ничего. Вместе со специалистами дома ребенка Андрей ищет способы, как восстановить потерянное доверие и помочь Олегу более уверенно строить отношения с людьми. Видно, что Олег начинает выделять Андрея среди других взрослых, оживает, когда тот приходит навестить его. Но восстановление отношений — нелегкая задача и долгий путь. Андрей с Олегом стараются пройти этот путь вместе.

Есть вероятность того, что через несколько месяцев Олег попадет в семью. Ему самому и его приемным родителям очень поможет тот опыт отношений, который Олег получает с Андреем. Андрей собирается познакомиться с приемными родителями и рассказать им о том, как он строил отношения с мальчиком. Это, безусловно, поможет приемным родителям быстрее найти подход к ребенку.

* * *

Работа волонтеров с детьми, проживающими в домах ребенка Нижегородской области, продолжается. Сотрудники домов ребенка видят, насколько эта работа важна для детей, и стараются находить волонтеров для детей, имеющих серьезные эмоциональные и поведенческие трудности. Возможность устанавливать близкие отношения со «своим волонтером» помогает детям преодолевать эмоциональные проблемы и учиться доверять взрослым.

Литература

Борьесон Б., Бриттен С., Довбня С., Морозова Т., Пакеринг К. Ранние отношения и развитие ребенка. — СПб.: Питер, 2009.

Боулби Д. Привязанность / Attachment (Серия «Psychologia universalis»). — М.: Гардарики, 2003.

Винникотт Д. Маленькие дети и их матери. — М.: Класс, 1998.

Влияние изменения раннего социально-эмоционального опыта на развитие детей в домах ребенка. — М.: Изд-во Нац. фонда защиты детей от жестокого обращения, 2009.

Джонсон-Мартин Н.М., Аттермиер С.М., Дженс К.Г., Хаккер Б.Дж. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями — СПб.: Институт раннего вмешательства; Каро, 2005.

Довбня С., Морозова Т. Методическое пособие по организации работы волонтеров в доме ребенка. — М.: БФ «Дети Наши», 2010.

Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. — СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2003.

Питерси М., Трилор Р. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. 2-е изд. — М.: ИОИ; Ассоциация Даун Синдром, 2001.

Bridget L. Voluntary services in a children's unit // Paediatric Nursing. 2004. Vol. 16. № 5. June.

Zeanah C.H. (ред.) Handbook of Infant Mental Health. 2-d ed. — N.Y.: The Guilford Press, 2005.

Zweigenhaft R.L., Armstrong J., Quintis F., Riddick A. The Motivation and effectiveness of Hospital Volunteers // The Journal of Social Psychology. 1996. 136 (1). P. 25—34.

Морозова Татьяна Юрьевна, Довбня Святослав Васильевич

ШАГ НАВСТРЕЧУ

Программы раннего вмешательства в домах ребенка

Редактор *Е. Пронина*
Корректор *Т. Барышникова*
Оригинал-макет *О. Кокорева*
Иллюстрации *Н. Никифорова*
Дизайн обложки *Т. Орлова*

Издательство «Генезис»
129366, Москва, ул. Б. Галушкина, д. 10, корп. 1

Подписано в печать 14.12.2010. Формат 60×84/8
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл.-печ. л. 19,52
Тираж 500 экз. Заказ №

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленных материалов
в типографии