



Государственное
общеобразовательное учреждение
Ярославской области
«Центр помощи детям»

**Раннее выявление нарушений
в развитии детей**

Информационно-методическое пособие

Ярославль
2019

Рецензент:

Тихомирова Л.Ф., кандидат медицинских наук, доктор педагогических наук, профессор, заведующая кафедрой олигофренопедагогики, заместитель декана по научной работе.

Раннее выявление нарушений в развитии детей.

Информационно-методическое пособие. Под ред. Л.С. Русановой, Е.Н. Шипковой, Н.М., Жуковой – Ярославль: ГОУ ЯО «Центр помощи детям», 2019. – 50 с.

Компьютерная верстка и дизайн: И.А. Корикова.

В информационно-методическом пособии представлены важные аспекты раннего выявления нарушений в развитии детей с целью оказания им своевременной психолого-медико-педагогической помощи, а также профилактики «инвалидности». Описаны различные категории детей с ограниченными возможностями здоровья, приведены примеры основных проявлений нарушений в развитии у детей, а также даны рекомендации для родителей (законных представителей) и педагогов по взаимодействию с ребенком.

Пособие разработано в рамках регионального проекта «Поддержка семей, имеющих детей» национального проекта «Образование» и адресовано родителям (законным представителям), а также руководителям и специалистам учреждений образования, здравоохранения и социальной защиты населения. Пособие может быть использовано при подготовке специалистов педагогического профиля, в программе курсов повышения квалификации.

Издание подготовлено по материалам специалистов государственного общеобразовательного учреждения Ярославской области «Центр помощи детям»: Баранцовой Н.С., Беловой Л.И., Игнатовой О.Ю., Рабиной Е.Ф., Русановой Л.С., Сигули Н.В., Шитовой Е.А.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ПСИХИЧЕСКОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	6
Развитие ребенка на первом году жизни	6
Развитие ребенка на втором году жизни	9
Развитие ребенка на третьем году жизни	10
ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА	10
Дети с нарушениями слуха	10
Дети с нарушениями зрения	15
Дети с нарушениями речи	19
Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата	27
Дети с задержкой психического развития	31
Дети с интеллектуальными нарушениями	34
Дети с расстройствами аутистического спектра	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	39

ВВЕДЕНИЕ

Совершенствование системы раннего выявления и оказания комплексной помощи детям, имеющим нарушения в развитии или риски возникновения нарушений, а также их семьям является одной из приоритетных задач на современном этапе развития общества.

Актуальность развития системы ранней помощи, с одной стороны, обусловлена расширением инклюзивных тенденций в дошкольном образовании и недостаточной готовностью детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) и инвалидностью к включению в дошкольные образовательные организации, а с другой стороны – потребностями детей раннего возраста в комплексном сопровождении их развития и недостаточной эффективностью использования методик раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей. В тоже время следует отметить и значительные потенциальные возможности системы ранней помощи для всестороннего развития детей.

Существующий отечественный и зарубежный опыт показывает, что своевременная и правильно организованная комплексная помощь детям, в том числе детям с особыми образовательными потребностями, способна предупредить появление вторичных отклонений в развитии, обеспечить максимальную реализацию потенциала развития ребенка, а для значительной части детей обеспечить возможность включения в общий образовательный поток на раннем этапе возрастного развития.

В настоящее время система ранней помощи семье, воспитывающей ребенка с ОВЗ, формируется не только как самостоятельное направление в образовательном пространстве и образовательной политике государства, но и как система целенаправленной деятельности, предусматривающая свои концептуальные подходы, стратегию и программы. Социальные институты ранней помощи – отделы ранней помощи, консультативные пункты, лекотеки, группы кратковременного пребывания и др. структуры в целом интегрируются в общую систему государственной деятельности в качестве целостного объекта.

В Ярославской области оказание комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям с нарушениями в развитии, в том числе раннего возраста, осуществляется в государственных общеобразовательных учреждениях, в учреждениях здравоохранения, на консультативных пунктах муниципальных дошкольных образовательных учреждений, в центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, а также в центрах дополнительного образования и автономных некоммерческих организациях. Функционирование системы ранней помощи на региональном уровне рассматривается как важный компонент образовательной и социальной инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья в среду

нормально развивающихся сверстников, который создает предпосылки для реализации равных прав детей на получение образования.

Главными условиями эффективного функционирования учреждений, оказывающих раннюю помощь, является обеспечение максимальной территориальной доступности психолого-медико-педагогических услуг, профессиональная готовность специалистов к раннему выявлению отклонений в развитии ребенка и проведению коррекционно-развивающей работы, а также организация их деятельности на основе межведомственного и междисциплинарного взаимодействия, своевременное оказание ранней психолого-медико-педагогической помощи и семейно-центрированный характер деятельности.

Следует подчеркнуть, что немаловажное значение в реализации данного направления имеет ответственное родительство, как эффективная практика сознательного отношения к сохранению и укреплению состояния здоровья детей. В этой связи важной задачей на сегодняшний день становится просветительская работа среди населения с целью разъяснения значимости раннего выявления отклонений в состоянии здоровья ребенка, предупреждения возникновения патологического процесса и профилактики возможной инвалидизации ребенка.

Вместе с тем, очевидно, что на сегодняшний день имеет место недостаточная осведомленность населения, в том числе родителей (законных представителей), в области медицинских, педагогических и психологических знаний, в частности, о первых признаках нарушений в развитии ребенка и необходимости своевременного обращения к специалистам соответствующего профиля.

Таким образом, повышение уровня компетентности родителей (законных представителей) и профессиональных компетенций специалистов в части раннего выявления нарушений в развитии детей с целью оказания им своевременной психолого-медико-педагогической помощи будет способствовать минимизации имеющихся недостатков и проблем в детском развитии, предупреждению у детей вторичных отклонений, а в ряде случаев позволит устранить нарушения, обеспечив тем самым полноценное развитие ребенка.

ПСИХИЧЕСКОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Раннее детство, как отдельная эпоха психического развития ребенка, состоит из закономерно связанных между собой девяти психологических периодов, длительность которых определяется и ограничивается продолжительностью становления центральных психологических достижений возраста. Именно появление определенной психологической зрелости в виде новых взаимоотношений с внешним миром служит показателем (отличительной) характеристикой каждого из периодов психического ребенка, который может совпадать или не совпадать с реальным (паспортным). Н.В. Самарина выделяет основные показатели нервно-психического развития ребенка до 3 лет¹.

Развитие ребенка на первом году жизни

Возраст ребенка	Показатели развития
Новорожденный	<ol style="list-style-type: none">1. Рефлексы новорожденного вызываются, все симметричны.2. Симметричный гипертонус мышц-сгибателей, преодолеваемый при пассивных движениях.3. Жмурится и беспокоится при ярком свете, короткое нистагмоподобное слежение за предметом.4. Вздрагивает при резком звуке.5. Редкие атетоидные, червеобразные движения пальцев кисти, редкий спонтанный синдром веера на столе (симптом Бабинского).
1 месяц	<ol style="list-style-type: none">1. Плавно следит за движущимся предметом, удерживает предмет в поле зрения.2. Прислушивается, на голос взрослого изменяет или прекращает плач.3. Кратковременно приподнимает и удерживает голову, лежа на животе.4. При обращении со взрослым издает тихие гортанные звуки.5. Редкие улыбки при общении со взрослым.
2 месяца	<ol style="list-style-type: none">1. Все безусловные рефлексы новорожденного вызываются, симметричны, но не резко выражены и непостоянны.2. Длительно удерживает предмет в поле зрения. Ищет источник звука поворотом головы.3. Хорошо держит голову в вертикальном положении, лежа на животе, длительно удерживает голову.4. Крик интонационно выразительный, начальное гуление.5. Быстро отвечает улыбкой при общении со взрослым.

¹Потапчук А.А. Диагностика развития ребенка. – СПб.: Речь, 2007. – 154 с.

3 месяца	<ol style="list-style-type: none"> 1. Угасают рефлексы новорожденного, в том числе автоматической ходьбы, исчезает реакция выпрямления туловища при опоре на ноги. 2. Плавно следит и длительно сосредотачивается на неподвижном предмете. 3. Опора на предплечья, лежа на животе, опора на полусогнутые ноги. Первые направленные движения рук к игрушке, отводит руки до плеча. 4. Крик с отчетливой интонацией, певучее гуление. 5. Комплекс «оживления».
4 месяца	<ol style="list-style-type: none"> 1. Исчезают рефлексы новорожденного, кроме Кернига и Моро. Исчезает физиологический тонус. 2. Рассматривает руку. Четко локализует источник звука в пространстве поворотом головы. 3. Захватывает, ощупывает, рассматривает, перекладывает в руках игрушку. При кормлении рукой придерживает грудь матери (или бутылочку). 4. Певучее продолжительное гуление. Начинает смеяться в голос. 5. Комплекс «оживления» со смехом при эмоциональном общении со взрослым. Узнает мать, радуется при виде ее.
5 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> 1. Исчезают все физиологические рефлексы новорожденного, кроме сосательного. 2. Ровно стоит при поддержке, переворачивается со спины на живот. Лежа на животе опирается на ладони выпрямленных рук. 3. Полный объем движений руки, берет игрушку из рук взрослого. Захватывает игрушку двумя руками, тянет ее в рот. 4. Продолжительно певуче гулит с цепочками звуков. 5. Адекватная реакция оживления или страха. 6. Различает близких и чужих, строгий и ласковый тон.
6 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оптическая реакция опоры на руки – выпрямляет и вытягивает руки в направлении опоры при наклоне с рук взрослого. 2. При потягивании за руки сгибает голову вперед, садится. Поворачивается на спину. Перекладывает игрушку в руках. 3. Появляются короткие цепочки лепета, отдельные слоги. 4. Ест с ложки, снимая пищу губами. Начинает пить из чашки. 5. По-разному реагирует на свое и чужое имя. Формируется активное внимание.
7 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сидит, опираясь на руки. Ползает на животе. 2. Долго рассматривает, перекладывает, стучит, размахивает, бросает игрушку. 3. На вопрос «Где?» повсюду разыскивает предмет. 4. Подолгу активно лепечет. 5. Хорошо пьет из чашки, которую держит взрослый. 6. Внимательно рассматривает взрослого, прежде чем вступить в контакт. Реакция страха сменяется познавательным интересом.

8 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> 1. Узнает и различает близких людей на фотографии. 2. Сидит без опоры, ползает на четвереньках. У опоры встает на колени, переступает, ложится. 3. По просьбе взрослого выполняет «Ладушки», «Дай ручку». Использует интонационно выразительный лепет как средство общения. 4. Сам держит сухарик, яблоко и грызет его. 5. Игровой контакт игры со взрослым типа игры в прятки на руках взрослого. Простое подражание в игре – вынимает, стучит, катает.
9 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> 1. Переступает, ухватившись за опору или при поддержке за обе руки, берет мелкие предметы двумя пальцами. 2. На просьбу «Дай», «Принеси» отыскивает и приносит предмет. 3. Знает свое имя, поворачивается на зов. 4. Лепет с богатым разнообразием звукосочетаний. Интонационно-выразительная имитация фразы. 5. Спокойно относится к высаживанию на горшок. 6. Подражает в действиях другому ребенку. Общается с помощью жестов.
10 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стоит и ходит у опоры, придерживаясь одной рукой. Входит и сходит с невысокой лестницы. 2. По просьбе с удовольствием выполняет ранее заученные действия – «Сорока», «До свидания», «Ладушки». 3. Показывает части лица другого человека. 4. Повторяет за взрослым новые слоги. Произносит первые лепетные слова «ма-ма», «тя-тя», «ба-ба». 5. Голосом сигнализирует о биологических нуждах. Любит играть в компании с другими детьми.
11 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уверенно самостоятельно стоит, ходит, слегка придерживаясь за опору. Делает несколько шагов без опоры. 2. Складывает пирамиду из колец с широкими отверстиями. Любит играть кубиками. 3. Понимает первые обобщения – машинки, куклы, кубики, мячики. Показывает части своего тела. 4. Увеличивается запас лепетных слов. Появляются первые упрощенные слова «кис-кис», «ав-ав», «дай», «бай». 5. Реакция торможения при слове «Нельзя!»
12 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> 1. Самостоятельно ходит без поддержки. Выполняет простые поручения. 2. По назначению использует расческу. Собирает пирамиду с небольшими отверстиями. 3. На картинке правильно показывает знакомые предметы и героев. Любит слушать сказки с показом ярких картинок. 4. Произносит 8-10 облегченных слов. Пользуется словами для коммуникации. 5. Различает предметы по форме – кубики, кирпичики, мячики.

Оценка: развитие соответствует возрасту, если ребенок выполняет не менее четырех заданий возрастного минимума. При меньшем количестве выполняемых заданий ребенок должен быть проконсультирован у специалиста.

Развитие ребенка на втором году жизни

Возраст ребенка	Показатели развития
1 год 3 месяца	<ol style="list-style-type: none"> 1. Быстро расширяется запас понимаемых слов. 2. Произносит отдельные слова в лепете. 3. Различает предметы с разницей по величине в 3 см. 4. Повторяет ранее заученные действия: раздевает, кормит куклу, катает машину. 5. Длительно ходит, наклоняется, приседает, поворачивается, пядится. 6. Может самостоятельно есть ложкой густую пищу.
1 год 6 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> 1. Может обобщать предметы по существенным признакам. 2. Использует облегченные и полные слова в случае сильной заинтересованности. 3. Ориентируется в 3-4 контрастных формах: шарик, кубик, кирпич, пирамидка и т.д. 4. Отображает в игре часто наблюдаемые действия взрослых. 5. Перешагивает через препятствия приставным шагом. 6. Самостоятельно есть ложкой жидкую пищу.
1 год 9 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> 1. Понимает несложный рассказ по картинке, отвечает на простые вопросы. 2. Обозначает действия словами, пользуясь двухсловными предложениями. 3. Ориентируется в трех контрастных величинах с разницей в 3 см. 4. Выполняет несложные постройки из кубиков: домик, ворота, скамья. 5. Ходит по невысокому бруску высотой и шириной 15-20 см. 6. Частично одевается с небольшой помощью взрослого: надевает шапку, колготки.
2 года	<ol style="list-style-type: none"> 1. Понимает простой рассказ взрослого о событиях прошлого. 2. Употребляет трехсловные предложения с прилагательными и местоимениями. 3. Подбирает по образцу и просьбе 3-4 контрастных цвета. 4. В игре воспроизводит ряд простейших логически последовательных действий. 5. Перешагивает препятствие высотой 15-20 см чередующимся шагом. 6. Частично самостоятельно одевается: шапку, колготки, ботинки без шнуровки.

Оценка: развитие соответствует возрасту, если ребенок выполняет не менее пяти заданий возрастного минимума. При меньшем количестве выполняемых заданий ребенок должен быть проконсультирован у специалиста.

Развитие ребенка на третьем году жизни

Возраст	Показатели развития
2 года 6 мес.	<ol style="list-style-type: none">1. В речи использует сложные предложения с придаточными.2. Начинает задавать вопросы «Где?», «Когда?»3. Подбирает по образцу предметы основных геометрических форм. Подбирает по образцу и просьбе предметы четырех основных цветов.4. Осложняются сюжетные игры с логической последовательностью действий.5. Выполняет простые сюжетные постройку, сам называет их.6. Начинает пользоваться карандашом, рисунок отсутствует.7. Полностью сам одевается, кроме застегивания и шнуровки.8. Умеет самостоятельно аккуратно есть, правильно держит ложку.9. Перешагивает препятствие высотой 20-25 см чередующимся шагом.
3 года	<ol style="list-style-type: none">1. Часто использует в речи сложносочиненные и сложноподчиненные предложения.2. Часто задает вопросы: «Почему?», «Где?», «Когда?», «Зачем?».3. Правильно и по назначению использует в игре геометрические фигуры.4. Правильно показывает и называет четыре основных цвета.5. Появляются элементы «ролевой» игры – «дочки-матери», «воспитательница» и т.д.6. Усложняются сюжетные постройку, которые использует в игре, - домик, гараж.7. Элементарные рисунки карандашом, начинает лепить простые фигуры из пластилина.8. Полностью сам одевается с небольшой помощью взрослого.9. При необходимости начинает пользоваться салфеткой и носовым платком.10. Перешагивает препятствия приставным чередующимся шагом, высота 30см.

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА

Дети с нарушениями слуха

Нарушения слуха встречаются достаточно часто как у взрослых, так и у детей разного возраста. В настоящее время общепризнанной является точка зрения о чрезвычайной важности раннего выявления нарушений слуха. Первыми обращают внимание на возможные проблемы со слухом ребенка его родители (законные представители) или другие члены семьи. Рассмотрим

возможные проявления снижения слуха, которые могут заметить родители или другие члены семьи в домашних условиях^{2, 3}.

Для детей в возрасте до 1 года следует обратить внимание на следующие аспекты:

- **Конец 1 месяца.** Ребенок не реагирует (морганием, вздрагиванием) на резкий, громкий, внезапный звук. Возможно присутствие нарушения глотания и сосания.

- **Конец 3 месяца.** Не ищет источник звука (отсутствуют движения глаз или головы), не обращает внимания на музыкальные игрушки. Отсутствует гуление, немодулированное гуление, нарушение сосания и глотания.

- **Конец 6 месяца.** Не реагирует на звук шуршащей бумаги. Отсутствует лепет и реакции на имя, немодулированный по громкости и тону лепет, нарушение глотания, трудности в переходе на твердую пищу.

- **Конец 7 месяца.** Не поворачивается к человеку, который обращается к нему.

- **Конец 8 месяца.** Не прислушивается к разговорам, не лепечет. Интерес к музыке и новым звукам полностью отсутствует.

- **Конец 10 месяца.** Отсутствует лепет, не использует голос для привлечения внимания. Отсутствует понимание простых фраз, присутствуют проблемы жевания и глотания.

- **Конец 12 месяца.** Не проявляет интерес к музыке и окружающим его звукам, не пытается повторить простые звуки и слова, не реагирует на тихие звуки. Не понимает простых просьб и обращений («дай ложку, помаша ручкой»). Не произносит 3-5 простых слов (дай, на, мама, баба, пить).

Для детей после года следует обратить внимание на следующие аспекты:

- Ребенок плохо слышит удаленную и тихую речь, а также речь на фоне шума.

- В разговоре ребенок не слышит короткие слова, не понимает одно и то же слово в разных ситуациях. На фоне шума слышимость почти отсутствует. Постоянно переспрашивает.

- Ребенок не произносит 20-30 слов (с 1.5 года), отсутствует дальнейшее накопление словаря, не формируется двухсловная фраза. Нарушено понимание простой инструкции («принеси книжку, закрой дверь»). Присутствуют неспособность управлять своим голосом, его громкостью и интонацией, присутствует активное жестикулирование.

²Выявление детей с подозрением на снижение слуха. Младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст [текст]: методическое пособие / под ред. Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. – М.: Полиграф сервис, 2002. – 68 с.

³Лёве, А. Развитие слуха у неслышащих детей: История. Методы. Возможности [текст] / пер. снем. Л.Н.Родниченко, Н.М.Назаровой. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 224 с.

- Присутствует сочетание таких признаков (в 2-3 года): Слаборазвитая речь (ребенок произносит менее 50 слов, не использует 3-х словные фразы). Не выполняет 2-х ступенчатые инструкции («открой шкаф и возьми куклу»). Отсутствие реакций даже на очень громкие звуки.

- Сочетание таких признаков (с 3 лет): Ребенок не произносит фразы из 3-х слов и более, не выполняет 3-х ступенчатые инструкции, запинаясь и повторяет слоги и слова, имеет выраженные трудности при артикуляции, не правильно использует окончания в предложениях. Следит за мимикой собеседника, жестами, буквально читает по губам.

При первых подозрениях на снижение слуха, необходимо с помощью простых, не требующих сложного аппаратного оснащения методик проверить состояние слуха.

Педагогические средства проверки слуха у ребенка

1. Поведенческий скрининг.

Безусловно-рефлекторные реакции, легко регистрируемые у **детей первого года жизни:**

- мигание век;
- вздрагивание всего тела (реакция Моро);
- замирание или застывание ребенка;
- движение конечностей, разведение рук и ног в стороны;
- поворот головы к источнику звука или от него;
- гримаса (нахмуривание бровей, зажмуривание глаз) ;
- сосательные движения;
- пробуждение спящего ребенка в сочетании с легкой дрожью всего тела;
- изменение ритма дыхания;
- широкое открывание глаз.

Скрытый период реакции на звук может достигать 3-5 секунд.

И.П. (исходное положение): ребенок лежит на спине, голова на затылке, в случае поворота малыша – голову вновь уложить на затылок⁴.

2. Метод «гороховых проб». Данный метод не требует специального аппаратного оснащения и доступен каждому.

Инструментарий	Методика проведения	Исходное положение	Реакции ребенка в N (норма)
1 баночка – нелущенный горох (70-80 дБ) 2 баночка – гречка-	Проводят 2 человека: один подает сигнал, другой – наблюдает за реакциями.	Ребенок лежит на пеленальном столе или сидит на руках у матери.	N до 4 месяцев – реагирует на звучание гречи и гороха, не

⁴ Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни [текст] / сост. Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. – М.: Полиграф сервис, 2001. – 160 с.

<p>ядрица (50-60 дБ) 3 баночка – манка (30-40 дБ) 4 баночка – пустая (Каждые 3 мес. наполнители меняются)</p>	<p>Сотрясать баночки на расстоянии 20-30 см от правого и левого уха. При этом в одной руке пустая баночка, а в другой с крупой. Движения симметричны и синхронны. Начинают обследование с более тихой баночки.</p>	<p>Ребенок должен отреагировать на звук и локализовать источник.</p>	<p>локализует звучание, на манку не реагирует. N старше 4 месяцев – реагирует на звучание всех 3 баночек, определяет направление звучания.</p>
---	--	--	---

3. Обследование слуха речью. Данный метод предназначен для детей, уже владеющих речью.

Инструментарий	Методика проведения	Исходное положение	Реакции ребенка в N (норма)
<p>Дети 2-3 лет: хорошо знакомые слова</p>	<p>Предъявление на слух хорошо знакомых слов шепотом с расстояния 6 метров. Сначала произносят задание около ребенка, а затем с расстояния 6 м (или 3 м, если ребенок стоит спиной). Если ребенок не слышит – произнести голосом разговорной громкости на небольшом расстоянии от него. В случае успеха – произнести аналогичное задание с расстояния 6 м шепотом</p>	<p>Ребенок стоит спиной к проверяющему, который называет хорошо знакомые слова.</p>	<p>Восприятие шепотной речи на расстоянии 6 метров.</p>
<p>Дети старше 3х лет: слова из списка Л.В. Неймана.</p>	<p>Слова произносятся шепотом. Первые два слова произносят около ребенка, а затем – с расстояния 6 метров. Если ребенок не услышал – голосом разговорной громкости, затем опять шепотом. Ребенок показывает картинку, соответствующую названному слову.</p>	<p>Ребенок стоит боком к проверяющему. В противоположное ухо ставят ватный тампон, слегка смоченный маслом, вазелином.</p>	<p>N: ребенок адекватно реагирует на звучание низко- и высокочастотных слов, произносимых с расстояния 6 м.</p>

4. Обследование слуха в образовательных учреждениях и реабилитационных центрах (педагогические методики). Данные методы доступны сотрудникам психолого-медико-педагогических комиссий, педагогам, психологам, медсестрам, родителям (законным представителям).

Инструментарий	Методика проведения	Исходное положение	Реакции ребенка в N (норма)
<p>Дети 0-3 месяца: Набор</p>	<p>Подача сигнала во время крика на недалеком расстоянии 2-3 метра.</p>		<p>N: Регистрируются безусловно-ориентировочные</p>

звучащих игрушек и голос.			реакции. Ребенок постепенно замирает, перестает двигаться, некоторое время молчит.
Дети 3-6 месяцев: Набор звучащих игрушек и голос, шепот.	Неречевые стимулы и шепот с расстояния 3-4 метра		N: Реакция локализации, т.е. ребенок переводит глаза, а затем и голову в сторону звука. Положительные реакции на все неречевые стимулы и шепот с расстояния 3-4 метров.
Дети 6-12 месяцев: звучащие игрушки и голос, шепот.	Проверяющий находится на расстоянии 6 метров от ребенка. Подаются длительные сигналы и интервалом 30 секунд то слева, то справа.	Ребенок сидит на руках у мамы	N: реакции на все неречевые стимулы и шепот на одном расстоянии 4-6 метров, локализует их. N: звуковые сигналы воспринимаются с разного расстояния; характер реакций не соответствует возрасту
Дети 2-3 года: Хорошо знакомые ребенку предметы, игрушки.	Поместить перед ребенком хорошо знакомые предметы и предъявить голосом разговорной громкости, затем шепотом около него, затем с 6 метров, фразу: «Покажи где кукла? Где у нее носик?»	Ребенок играет, не видит проверяющего.	N : поворот головы в сторону источника звука, ответная голосовая реакция (имитация звука, повторение речевого стимула). Восприятие шепота с расстояния 6 метров.

С целью объективной оценки подозрений на снижение слуха у ребенка необходимо обратиться на обследование в специализированное медицинское учреждение к врачу сурдологу. Для диагностики состояния слуховой функции в сурдологических центрах используются современные **объективные методы исследования**: акустическая импедансметрия; регистрация отоакустической эмиссии, позволяющая заподозрить даже незначительное снижение слуха; темпанометрия, позволяющая оценить состояние среднего уха; регистрация слуховых вызванных потенциалов, определяющая электрофизиологические аналоги порогов слышимости; электрокохлеография, позволяющая судить о состоянии периферической части слухового анализатора; детская игровая аудиометрия, позволяющая выявить минимальный уровень звука, который слышит ребенок и определить разборчивость услышанных слов в разных условиях; и др.

В ходе обследования уточняется состояние слуховой функции ребенка. Иногда нарушения слуха у ребенка раннего возраста могут носить временный

характер: при образовании серной пробки, воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, аденоидах 3-4 степени, остром воспалении среднего уха, экссудативном среднем отите. Такого рода нарушения называются кондуктивными. Как правило, эти нарушения слуха можно устранить при ранней диагностике и проведении своевременного лечения у врача-отоларинголога. Другую группу нарушений слуха составляют стойкие нарушения, связанные с поражением звуковоспринимающего аппарата – сенсоневральная тугоухость и глухота. Сочетание кондуктивной и сенсоневральной форм тугоухости относятся к смешанной форме нарушения слуха. При выявлении любой их форм нарушения слуха, врачом намечаются и проводятся необходимые медицинские мероприятия, определяются пути возможного лечения, слухопротезирования и специальной педагогической помощи с учетом возраста ребенка.

Следует помнить, что даже незначительное снижение слуха, наступившее в раннем возрасте, отрицательно сказывается на формировании речи ребенка. При тяжелой степени тугоухости и глухоте без специального обучения ребенок вообще не овладевает речью. Это происходит потому, что ребенок не слышит своего голоса, не слышит речи окружающих и, следовательно, не может ей подражать. Резкое недоразвитие речи или отсутствие затрудняют контакты неслышащего ребенка с окружающим миром, нарушают процесс формирования познавательной деятельности и в целом его личности. При наличии раннего адекватного выявления, лечения и коррекционного воздействия эти тяжелые последствия могут быть ослаблены и даже преодолены.

Дети с нарушениями зрения

Зрение – это способность человека видеть, то есть воспринимать и ощущать окружающую среду при помощи зрительного анализатора. По данным исследований от 80 до 90% информации человек получает с помощью зрения: познаются основные признаки различных объектов (цвет, форма, величина, свет), осуществляется ориентировка в пространстве.

Основные свойства зрения:

- световая чувствительность глаза;
- острота зрения;
- поле зрения;
- бинокулярность;
- контрастная чувствительность;
- острота зрения.

Нарушения зрения у детей являются серьезным поводом для беспокойства родителей и играют важную роль в психическом развитии ребенка. Очевидно, что нарушения зрения вызывают у детей затруднения в

познании окружающей среды, ограничивают его ориентировку в пространстве, а также возможность занятия многими видами деятельности. Такие дети ограничены в общественных контактах, особенно когда находятся в детском саду или школе⁵.

Власова Т.А., Певзнер М.С. подчеркивают, что «зрение играет огромную роль не только в развитии собственно зрительных восприятии, но и в развитии пространственных представлений (пространственная ориентировка в окружающем, двигательная сфера), поскольку движения развиваются под зрительным контролем. Зрительно-пространственные представления имеют особо важное значение для ребенка и в процессе его обучения в школе, так как овладение буквами алфавита, числовыми изображениями, ориентацией в географической карте и т.п. предполагает определенный уровень развития зрительно-пространственных представлений»⁶.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-ого пересмотра существует четыре уровня зрительной функции:

- нормальное зрение;
- умеренное нарушение зрения;
- тяжелое нарушение зрения;
- слепота.

В современной тифлопедагогике пользуются простой классификацией нарушения зрения, в том числе и у детей, в зависимости от степени нарушения зрительной функции. По этой классификации происходит деление на слепых и лиц с ослабленным зрением, слабовидящих⁷.

Слепые – это дети с остротой зрения от 0 (0%) до 0,04 (4%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. В подкатегию «Слепые или незрячие» входят также дети с более высокой остротой зрения (вплоть до 1, т.е. 100%), у которых границы поля зрения сужены до 10–15 градусов или до точки фиксации.

Такие дети являются практически слепыми, так как в познавательной и ориентировочной деятельности они могут использовать зрение очень ограниченно. В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории детей:

– слепорожденные – это дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. Они не имеют зрительных представлений, и

⁵ Воспитание и обучение слепого дошкольника / под ред. Л. И. Солнцевой, Е. Н. Подколзиной. – М.: Логос, 2005. – 265 с.

⁶ Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии, 2-е изд., испр. и доп. М, Просвещение, 1973. – 175 с.

⁷ Нарушения зрения у детей раннего возраста: диагностика и коррекция: для педагогов и психологов, врачей и родителей / Л. И. Фильчикова, М. Э. Бернадская, О. В. Парамей; Ин-т коррекц. педагогикиРАО. - 2-е изд. – М.: Экзамен, 2004.– 190 с.

весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы;

– ослепшие – дети, которые утратили зрение в дошкольном возрасте и позже.

Слабовидящие – это дети, у которых острота зрения от 0,05 (5%) до 0,4 (40%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. Главное отличие этой группы детей от слепых состоит в том, что при выраженном снижении остроты зрения зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

Выделяют несколько причин нарушения зрения у детей: врожденные и приобретенные. Врожденные нарушения зрения:

– могут быть вызваны воздействием на зрительные анализаторы различных патогенных факторов (вирусные и инфекционные заболевания матери во время беременности, особенно на ранних ее этапах, когда у плода формируются органы зрения);

– вызваны генетическими факторами (наследственно переданные дефекты зрения).

Приобретенные нарушения зрения:

– травмы головы, полученные во время родов, а также в раннем детском возрасте;

– кровоизлияния (внутричерепные и внутриглазные);

– на фоне повышения внутриглазного давления;

– у недоношенных детей с ретинопатией (снижение чувствительности сетчатки).

Иногда факторов, обуславливающих снижение зрения, может быть несколько.

Наиболее часто встречаемые нарушения зрения у детей:

– нистагм – подергивание глаза;

– косоглазие (стробизм) – это когда глазное яблоко отклоняется вправо или влево от центра, иногда вертикально;

– дальнозоркость (гиперметропия) – это заболевание сопровождается нарушениями анатомической структуры глаза;

– близорукость (миопия) – это заболевание предполагает выраженное удлинение глазного яблока;

– астигматизм – заболевание, обусловленное кривизной роговицы. Ребенок очень плохо различает удаленные и близко расположенные предметы, у него быстро устают глаза;

– дальтонизм – неспособность различать цвета. Проявляется с различной степенью, иногда ребёнок просто не видит один определенный оттенок;

– птоз – опущение верхнего века. Если веко закрывает глаз больше, чем наполовину, то у ребенка нарушается развитие органа зрения.

Своевременное выявление нарушений, а также принятые меры по профилактике и лечению заболевания помогут родителям сохранить и скорректировать зрение малыша. Впервые обследование органов зрения проводится в роддоме. Доктор осматривает малыша для выявления видимых физических дефектов глаз. Далее плановые осмотры врачом-офтальмологом проводятся в один, три, шесть и двенадцать месяцев.

Развитие зрения у детей до года проходит несколько этапов. В первые дни своей жизни ребенок воспринимает все предметы в виде пятен. Дальше метра глаз младенца ничего не воспринимает. В один месяц ребенок видит мир в черно-белом варианте, так как сетчатка малыша еще не готова воспринимать цветовую гамму. К трем месяцам ребенок уже может фиксировать взгляд, узнавать своих близких (маму, папу и др.). Уже к шести месяцам он распознает цвета и формы. К двенадцати месяцам малыш начинает активно познавать окружающий мир, но его зрительные возможности развиты еще на 50% от нормы, и это не является отклонением.

Средняя острота зрения ребенка в зависимости от возраста⁸.

Возраст детей	Средняя острота зрения
1 неделя	0,002–0,02 (до 2 %)
1 месяц	0,008–0,03 (до 3 %)
3 месяца	0,05–0,1 (5–10 %)
6 месяцев	0,1–0,3 (10–30 %)
1 год	0,3–0,6 (30–60 %)
2 года	0,4–0,7 (40–70 %)
3 года	0,6–0,9 (60–90 %)
4 года	0,7–1,0 (70–100 %)
5 лет	0,8–1,0 (80–100 %)
7 лет	0,9–1,2 (90–120 %)

Рис. 1

В каких случаях родители должны обратиться к врачу-офтальмологу за помощью?

- если ребенок перенес травму или сильный стресс;
- отклонение одного или пары глаз от оси, когда ребенок смотрит вперед;
- желание сесть ближе к телевизору или компьютеру;

⁸Ермаков В.П., Якунин Г.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. – М.: Просвещение, 2000. – 240 с.

-
- прикрывание одного глаза при рассматривании предметов;
 - частые моргания и прищуривания;
 - выделение гноя или слезоточивость;
 - тошнота или головокружения при больших зрительных нагрузках;
 - резкие боли при ярком свете;
 - жалобы на головные и глазные боли;
 - нарушения в мелкой и общей моторике.

Проблемы со зрением диагностируют у многих современных детей. Задача родителей – быть внимательным к здоровью своего ребенка и незамедлительно принимать меры для решения проблемы. При нарушении зрения у малыша, необходимо срочно обратиться к врачу, чтобы предотвратить дальнейшее ухудшение зрения. Детям со значительным нарушением зрительных функций необходимо посещать специализированные группы в детском саду, где с ними регулярно проводит коррекционную работу тифлопедагог⁹.

Дети с нарушениями речи

В связи с тем, что становление речи тесно связано с развитием сенсорных функций, психики, моторики (особенно тонкой), контроль за речевым (предречевым) развитием является необходимым элементом при оценке нервно-психического развития всех детей раннего возраста, особенно на 1-м году жизни.

Своевременно оказанная ребенку раннего возраста помощь во многих случаях способна предупредить тяжелые формы общего недоразвития речи, в значительной степени ускорить ход речевого и умственного развития ребенка¹⁰.

Задержка темпов развития предполагает, что ребенок отстает от своего нормально развивающегося сверстника только по срокам формирования психических процессов и речи, что отставание обусловлено замедлением темпа созревания мозговых структур и их функций при отсутствии качественных изменений в центральной нервной системе. Иначе говоря, у ребенка не только качественно ухудшено формирование когнитивных процессов, но и сроки их формирования отличаются¹¹.

⁹ Особенности психологической помощи детям с нарушением зрения в дошкольном учреждении: метод. рекомендации / под ред. Л. И. Солнцевой. – М., 2001. – 96 с.

¹⁰ Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы / Клинические рекомендации под редакцией академика РАН Володина Н.Н. и академика РАО Шкловского В.М. – М.: 2015. – 57с.

¹¹ Методика выявления значимых раздражителей для стимулирования гуканья, гуления и лепета [Электронный ресурс] / Ю.А. Разенкова // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2001. – Альманах №3. – Электрон.ст. –

Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-3/metodika-vyjavlenija-znachimyh-razdrazhitelej-dlja>

Задержка речевого развития (ЗРР) – более позднее в сравнении с возрастной нормой овладение устной речью детьми младше 3-х лет. Задержка речевого развития характеризуется качественным и количественным недоразвитием словарного запаса, несформированностью экспрессивной речи, отсутствием у ребенка фразовой речи к 2 годам и связной речи к 3 годам.

Важно не только выявить задержку формирования речевых функций, но и оценить особенности развития познавательной сферы ребенка раннего возраста, а также провести дифференциацию: является ли эта задержка темповой или патологической, требующей неотложной логопедической и медикаментозной коррекции.

Знание основных закономерностей периодизации детского речевого развития^{12, 13} является основой для диагностики нарушений темпов его формирования.

Показатели речевого развития детей раннего возраста

Возраст ребенка	Речевое развитие
1 месяц	Возникает первая мимолетная улыбка в ответ на обращения взрослого.
	Прислушивается к голосу взрослого или звуку игрушки.
	Издает отдельные звуки («гуканье») в ответ на эмоциональное общение взрослого.
2 месяца	Быстро отвечает улыбкой на эмоциональное общение.
	Поворачивает голову в сторону голоса взрослого.
	Делает «ищущие» повороты головы при длительном звуке повторно произносит отдельные звуки.
3 месяца	Проявляет «комплекс оживления» в ответ на эмоциональное общение.
	Громко смеется в ответ на эмоциональное и речевое обращение.
	Гуление во время «комплекса оживления».
4 месяца	Часто и легко возникает «комплекс оживления».
	Громко смеется в ответ на эмоциональное и речевое обращение.
	Узнает мать, радуется.
	Поворачивает голову в сторону невидимого источника звука и находит его.
	По-разному реагирует на спокойную и плясовую мелодии. интонационное, певучее гуление.
5 месяцев	Появление лепета (с конца 4 месяца и до 6 месяца).
	Узнает голос матери и близкого человека.
	Различает строгую и ласковую интонации обращенной речи.
6	По-разному реагирует на свое и чужое имя.

¹²Разенкова Ю.А. Игры с детьми младенческого возраста:2 изд. – М.: Школьная пресса,2003. – 160с. («Дошкольное воспитание и обучение – Приложение к журналу «Воспитание школьников». Вып.48.)

¹³Шевцова Е.Е., Воробьева Е.В. Развитие речи ребенка от одного года до семи лет. – М.: Сфера, 2007. – 96 с. – (Библиотека журнала «Логопед»).

месяцев	Появляется способность подражать в лепете взрослому.
7 месяцев	Повторное произнесение отдельных слогов лепета. Находит невидимый источник звука в окружающем пространстве на некотором расстоянии от себя. На вопрос «где?» ищет и находит взглядом предмет, неоднократно называемый, постоянно находящийся в определенном месте. Подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же звуки.
8 месяцев	На вопрос «где?» находит несколько предметов на постоянных местах. По слову взрослого выполняет разученные ранее действия под потешки «Ладушки», «Дай ручку» и др. Громко, четко и повторно произносит различные слоги лепета.
9 месяцев	На вопрос «где?» находит несколько знакомых предметов в разных местах, независимо от их постоянного местоположения. Знает свое имя, оборачивается на зов. Подражает взрослому, повторяя за ним слоги, которые уже есть в лепете.
10 месяцев	По просьбе «дай» находит знакомые предметы среди других и дает их при заигрывании с ним («догоню-догоню», «сорока-ворона» и др.). Выполняет разученные действия и движения. Подражает взрослому, повторяет за ним слоги, которых нет у него в лепете. Самостоятельно и по просьбе взрослого выполняет разученные с игрушками действия: открывает и закрывает, вынимает и вкладывает и др.
11 месяцев	По словесной инструкции выполняет разученные действия, не подсказанные предметами: водит куклу, кормит собачку и др. По просьбе взрослого находит и дает любую куклу, которую видит среди игрушек, любой мяч, все машины и др. Произносит первые слова-обозначения.
12 месяцев	Понимает (без показа) названия нескольких предметов, действий, имена взрослых и детей. Выполняет отдельные поручения: «найди», «отдай», «принеси». Понимает слово «нельзя»– прекращает действие. По слову взрослого выполняет разученные ранее действия с игрушками легко подражает новым слогам лепета. Произносит 6-10 облегченных слов.
1-2 года	1 год 3 месяца – произносит до 30 слов. 1 год 6 месяцев – увеличение словарного запаса до 40-50 слов. 1,5-2 года – появление фраз, двухсловных предложений («Мама, дай!»). К двум годам ребенок усваивает: губные звуки –п, ль, б, бь, м, мь; губно-зубные –ф, фь, в, вь; переднеязычные –т, ть, д, дь, н, нь, сь, ль; заднеязычные –к, кь, г, гь, х, хь. Свистящие звуки (с, сь, з, зь), шипящие (ш, щ, ж, ч) и сонорные (р, рь, л, ль) ребенок в этом возрасте пропускает или заменяет.
2-3 года	2 года – появление вопросов «Что это?», «Куда?», «Где?». 2 года – увеличение словарного запаса до 200-300 слов. 2 года – начинает пользоваться прилагательными, местоимениями и

предлогами.

2 года – появление трехсловных предложений.

2 года 6 месяцев – появление многословных предложений.

2 года 6 месяцев– 3 года – активная речь с использованием сложноподчиненных предложений.

3 года – увеличение словарного запаса до 800-1000 слов.

3 года – появление вопросов: «Когда?», «Почему?».

К 3 годам в речи ребенка появляется сначала родительный падеж, затем дательный, творительный, предложный.

Темповая задержка речевого развития обусловлена особенностями развития организма и окружения. Если малыш часто болеет или взрослые уделяют ему мало внимания, то потребность в общении остается, ребенок эмоционален, при беседе смотрит в глаза и пытается что-то сказать жестами, показом. В возрасте трех лет у таких малышей могут отсутствовать простые предложения («баба пить», «мама дай»), а количество слов ограничено. Однако при улучшении состояния здоровья или при положительных изменениях в жизни ребенка, проявляются быстрые улучшения. Некоторые дети могут начать говорить неожиданно и сразу фразами. Другим требуется специальные условия, но в любом случае они в короткий срок догоняют своих сверстников.

Признаки патологической задержки речевого развития

- аномальное протекание доречевого периода (малая активность гуления и лепета, беззвучность, однотипные вокализации);
- отсутствие реакции на звук, речь у ребенка в возрасте 1 года;
- неактивные попытки повторения чужих слов (эхолалии) у ребенка в возрасте 1,5 лет;
- невозможность в 1,5-2 года на слух выполнить простое задание (действие, показ и т. д.);
- отсутствие самостоятельных слов в возрасте 2-х лет;
- неспособность соединения слов в простые фразы в возрасте 2,5-3-х лет;
- полное отсутствие собственной речи в 3 года (ребенок употребляет в речи только заученные фразы из книжек, мультфильмов и пр.);
- преимущественное использование ребенком неречевых средств коммуникации (мимики, жестов) и др.

Особенностью патологической речи является стремление к употреблению открытых слогов («на», «то», «би»). Например: слово мяч ребенок произносит как «мятя» или «мя». При полном отсутствии словесных сочетаний словарь ребенка с задержкой речевого развития может включать до 100-150 слов, в основном существительных, произносимых с множеством звуковых и слоговых пропусков и перестановок. Если при нормальном речевом развитии однажды воспроизведенная форма быстро захватывает ряды слов, то при речевых

нарушениях дети не способны использовать подсказывающий образец, в их речи длительное время преобладают аграмматизмы¹⁴.

Таким образом, при выявлении у ребенка задержки речевого развития необходима своевременная логопедическая помощь. Эффективность работы с ребенком зависит не только от грамотного педагогического воздействия, но и от усилий родителей, соблюдения ими единых речевых требований и рекомендаций специалистов.

Рекомендации по формированию речи ребенка раннего возраста.

1. Начинайте работу с ребенком с того уровня, который ребенок демонстрирует, не форсируйте события. Первые слова-определения, которые ребенок должен усвоить, – это те речевые «штампы», которыми он должен оперировать регулярно в естественных жизненных ситуациях.

2. Присоединяйте к жестам ребенка, которые призваны привлечь внимание родителя к исполнению его потребностей, слова-определения. Иначе говоря, произносите за него то, что он не может произнести.

3. «Опредмечивайте» эмоции малыша и свои чувства (например, не просто обнимайте ребенка, а добавляйте при этом слова, объясняющие ваши эмоции: «молодец», «я тебя очень люблю», «я соскучилась»). Старайтесь озвучивать каждый жест ребенка, каждую эмоцию.

4. Говорите кратко, четко, эмоционально и по делу. Последнее значит, что малыш должен видеть или осязать то, о чем вы говорите, чтобы у него сработал эмоциональный или осязательный «перевод», объясняющий, о чем вы ведете речь. То есть, если вы гуляете в парке и мимо вас пробежала собака, в ту же секунду, указывая на нее пальцем, оборачивайтесь с малышом и кричите ей вслед одно единственное определение «со-ба-ка!».

5. Еще лучше, если вы будете показывать вслед пробежавшей собаке (и не только) пальцем ребенка. Таким образом вы привлекаете внимание малыша и заставляете его сознание воспринимать объект как выделенный собственным вниманием.

6. Активно используйте руки ребенка, чтобы задействовать его внимание. Следите, чтобы они работали всякий раз, когда вы работаете с речью ребенка (правило работы со слепоглухонемыми детьми). Помните, что в силу обстоятельств ваш малыш почти так же слеп к окружающему его миру «слововещей», как глухонемой ребенок: его внимание страдает, конечно, не по причине слепоты, но все же имеется его существенный дефицит. Поэтому, работая с детской речью, привлекайте руки ребенка к своим губам (если ребенок не концентрирует внимание на вашем лице) или поглаживайте руки

¹⁴Датешидзе Т.А. Система коррекционной работы с детьми раннего возраста с задержкой речевого развития. – СПб.: Речь, 2004. – 128 с.

ребенка, чтобы расслабить тонус мышц рук (тем самым удлинняя время концентрации внимания ребенка).

7. Следите, чтобы ребенок имел возможность видеть ваши губы, когда вы общаетесь с ним. Или проводите его рукой по своим губам в целях привлечения его внимания к ним. Этот прием обязательно должен сработать в отношении малыша, привыкшего обращать внимание больше на действия собственной руки, нежели на речь (например, у ребенка с чертами раннего детского аутизма, с синдромом гиперактивности). Ловите взгляд ребенка, старайтесь, чтобы во время вашего общения взгляд малыша концентрировался на вашем лице и руках. Как только данное условие перестает выполняться – прекращайте общение, дайте ребенку пару минут передохнуть. Через некоторое время возобновите общение, изменив интонацию, обогатив речь мимикой, жестами – старайтесь вновь завладеть вниманием малыша.

8. Если вы даете инструкцию ребенку, следите, чтобы она была краткой и состояла сначала из одного слова. Поскольку инструкция подразумевает действие, то в инструкциях, данных ребенку или полученных от него самого, всегда используйте глаголы. Экономя внимание ребенка, который в первое время не в силах воспринять большой объем вербальной информации, вы должны облегчить ему понимание речи, чтобы последнее все-таки произошло. Это вовсе не значит, что нужно говорить «дай!» (подразумевая «дай мне не знаю что»). Необходимо действительно сделать упор на отрабатываемый речевой штамп (в данном случае глагол), и затем показать жестом, что необходимо принести. И только когда малыш принесет вам необходимый предмет, назовите его отдельно от инструкции – «мяч».

9. Иногда дети отказываются реагировать даже на односложный призыв. Разыграйте перед ребенком пантомиму. Покажите, что означает тот или иной глагол, призывом к какому действию он является. Причем не добавляйте при этом лишних слов.

10. Убедившись в том, что ребенок начал использовать небольшой активный запас определений по назначению, начинайте присоединять к определениям глаголы. Например, если раньше вы просили малыша сказать «молоко» или «дай» и хлопнуть по столу, когда он хотел пить, то теперь просите его сказать «дай молока». Если раньше, увидев на улице кошку, вы восторженно обращали внимание ребенка – «кошка!», то теперь восклицайте – «кошка бежит!», так же как «машина едет», «девочка идет», «дерево растет», «листья падают».

11. Комментируйте все окружающее, не молчите. Давайте оценку всему, на что обращает или может обратить внимание ребенок, но – коротко, двусложно. Не забывайте сопровождать восклицания действиями руки.

12. Следовать последней рекомендации необходимо не время от времени. Изучая глаголы, помните о принципе логичности и непрерывности. То есть на прогулке мало сказать однократно «кошка бежит», «птичка летит»,

«машина едет», «мама с Васей идут» и т.д. Приходя домой, продолжайте работать «диктором», который дает внятные, четкие и понятные комментарии: «идем есть», «бери ложку», «взял ложку», «съел», «вкусно». Особенно ценными для работы с ребенком будут постоянно повторяющиеся комментарии относительно ежедневно наблюдаемых процессов.

13. Комментируя, используйте в работе с ребенком наглядные ситуации: помня о том, что речь должна быть понятна ребенку. Понятность вашей речи вы должны будете постоянно анализировать сами: малыш сам вряд ли даст вам знать, задав соответствующий вопрос.

14. Работая с глаголами, не допускайте регресса речи – теперь только вперед. Если малыш уже научился произносить понятное ему определение (пусть в слегка измененном варианте) в сочетании с глаголом-действием, следите, чтобы он не «откатывался» назад к односложной речи, состоящей только из глаголов или только из определений («дай», «на», «ложка»). Теперь требуйте от него только «дай ложку» и «на ложку».

15. Эмоциональное единство крайне важно для воздействия на разум ребенка. Старайтесь постоянно комментировать происходящее с самим ребенком и вокруг него. Следите за тем, что интересно малышу в данный конкретный момент, какие чувства он испытывает, и переводите на язык слов его ощущения, впечатления. Присоединитесь к детской эмоциональности. Сделайте вид, что вы испытываете такое же блаженство, глядя мех или собирая листики в букеты. Только не впадайте в крайность: не забывайте сопровождать текстом ваши ощущения. Будьте переводчиком для своего малыша. Помните, что переводчик всегда переводит только то, что интересно его клиенту, обеспечивая последнего краткой, но емкой информацией.

16. Используйте интерес ребенка для увеличения времени концентрации внимания ребенка. Иными словами, позвольте малышу самому выбирать интересные для него занятия, чтобы добиться его внимания. Исключения составляют только стереотипные движения. Спасение от них – прогулка. Воздушные, как и водные ванны, способствуют релаксации, а потому именно в это время концентрация внимания ребенка может быть максимальной.

17. Чтобы ребенок запоминал языковые штампы, старайтесь каждый раз использовать их в неизменном виде (особенно в быту). Отрабатывая речевой штамп, проверяйте его понимание ребенком на вопросах, к нему обращенных. И только убедившись в том, что малыш понимает то, что говорит (т.е. правильно оперирует штампом), переходите к изучению нового материала. Штампы должны быть короткими и ясными для понимания ребенком. Последнее требование выполняется, когда малыш постигает штамп по частям (например, сначала учится говорить «не...», а затем «не буду»). А затем длительное время отрабатывает понимание словосочетания на разных ситуациях.

18. Следите, чтобы языковые штампы употреблялись ребенком только по назначению. Не допускайте, чтобы малыш, например, говорил «больше никого» вместо «больше не буду». Объясняйте смысл каждого варианта, активно используя руки ребенка для создания запоминающихся образов, рисуйте рисунки-комментарии, чтобы малышу был понятен смысл речи. Иначе он может запомнить неправильный вариант использования фразы, а переучивать таких малышей крайне сложно.

19. Абстрактное мышление у детей с ЗРР, как правило, развивается с трудом. Поэтому первое время избавьте речь от сослагательного наклонения, поговорок и междометий. Каждый раз говорите медленно, при этом при возможности водите руками ребенка по предмету разговора. Даже если вы читаете книгу, прежде всего, адаптируйте ее текст под возможности ребенка, заранее вычеркнув «лишний текст» (вы также можете придумать в принципе новый текст, состоящий только из известных ребенку слов и выражений). Книга также должна быть красочной (каждый абзац должен быть сопровожден картинкой, по которой под медленным, но весьма эмоциональным темпом своего голоса необходимо водить пальчиком ребенка). Читая книгу, попробуйте находиться перед ребенком, так чтобы он видел эмоции, которые передает ваша мимика (это облегчит понимание речи и позволит дочитать книгу до конца).

20. Мультфильмы неразговорчивые дети любят гораздо больше. Во-первых, фильм не требует концентрации внимания (малыш вообще может не понимать, о чем идет речь, быстро меняющиеся картинки это компенсируют), во-вторых, мультфильм не требует обратной связи от ребенка, к которой последний не расположен. Поэтому следует исключить из режима дня длительный просмотр мультфильмов, не оставлять их в «фоновом режиме» во время игровой деятельности ребенка.

21. По мере роста способностей ребенка, постепенно необходимо будет объяснять малышу смысл сослагательного наклонения («если бы коровы летали...»), сложных предложений с деепричастными оборотами («я пошел в магазин, чтобы...»), предложений с двумя основами и дополнениями. Делать это необходимо плавно, опять-таки апеллируя к наглядности, возможности опыта. Как правило, в случае изучения сложной грамматической структуры, требующей работы абстрактного воображения, время, затраченное на усвоение информации, удлинится: необходимо закрепление информации на различных примерах. И только добившись понимания (а лучше и воспроизведения), переходите к отработке понимания смысла, заложенного в новой грамматической структуре.

22. Следите за развитием своего ребенка. Вполне возможно, что в начале работы на уяснение нового материала у вас уходило больше времени, чем малышу требуется теперь. Когда ребенок будет способен сочинять предложения из двух слов (или использовать закрепленные штампы),

начинайте привлекать малыша к тому, чтобы повторять за вами все произнесенное. Постоянное проговаривание речи не только тренирует артикуляционный аппарат, но и способствует наработке механической памяти. Последнее приобретает особую важность еще и потому, что созревание нервной системы ребенка может запаздывать, но когда оно всё-таки состоится, у малыша будет возможность «вытащить» из механической памяти много интересного и рассказать об этом словами, а то и целыми предложениями.

23. Проявляйте терпение. Если вы будете срываться на крик, ребенок может потерять в вас друга, заслуживающего доверия. В результате он может эмоционально закрыться, и вы потеряете с малышом главное – эмоциональный контакт, который также важен для развития детской речи. Ребенок может начать из упрямства демонстрировать вам свой характер, что также будет являться препятствием к обучению¹⁵.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата

В настоящее время все более актуальной становится проблема профилактики, медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Основной задачей их обучения и воспитания является социальная адаптация и интеграция в общество, включение в общественно полезную деятельность.

Нарушения функции опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5-7 % детей и могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей с такой патологией отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности. В зависимости от причины и времени действия вредных факторов отмечаются следующие **виды патологии опорно-двигательного аппарата**.

1. Заболевания нервной системы:

- детский церебральный паралич,
- полиомиелит.

2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:

- врожденный вывих бедра,
- кривошея,
- косолапость и другие деформации стоп,
- аномалии развития позвоночника (сколиоз),
- недоразвитие и дефекты конечностей,
- аномалии развития пальцев кисти,
- артрогрипоз (врожденное уродство).

3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:

¹⁵Развитие речи у плохо говорящих детей / О.А. Реуцкая. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2013. – 155 с. – (Библиотека логопеда).

-
- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей,
 - полиартрит,
 - заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит),
 - системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата страдают церебральным параличом (89 %). Двигательные расстройства у них сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, что связано с органическим поражением нервной системы. Очень часто отмечаются речевые нарушения, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Потому эти дети помимо лечебной и социальной помощи нуждаются также в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Остальные, как правило, не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности.

Чаще всего при выявлении заболевания или повреждения опорно-двигательного аппарата у ребенка в младенческом или раннем возрасте усилия родителей направлены преимущественно на развитие и коррекцию нарушенных двигательных функций, т. е. на восстановительное лечение. Это происходит потому, что одни родители, хотя и замечают некоторые особенности психического и речевого развития ребенка, не торопятся обращаться к специальным педагогам, логопедам, психологам. Другие считают, что психическое и речевое развитие выровняется после того, как малыш будет вылечен или добьется больших успехов в двигательном развитии. Третьи полагают, что болезнь всегда накладывает отпечаток на психику, поведение ребенка, и это невозможно изменить. Любое из этих мнений свидетельствует, что многие взрослые не знают о том, что ребенку с двигательной патологией необходимо создание специальных условий обучения и воспитания в образовательном учреждении.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Ведущими в

клинической картине детского церебрального паралича являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние ребенка, как правило, улучшается.

Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом – минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические расстройства могут отсутствовать или быть минимальными и, наоборот, при легких двигательных нарушениях могут наблюдаться грубые психические и речевые расстройства.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

ДЦП возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробный (пренатальный) период, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в ранний постнатальный период). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придают сочетанию Поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов.

К вредным факторам, неблагоприятно действующим на плод внутриутробно, относятся:

- инфекционные заболевания, перенесенные будущей матерью во время беременности (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз);
- сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери;
- токсикозы беременности;

-
- физические травмы, ушибы плода;
 - несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови;
 - физические факторы (перегревание или переохлаждение; действие вибрации; обучение, в том числе и ультрафиолетовое в больших дозах) ;
 - некоторые лекарственные препараты;
 - экологическое неблагополучие (загрязненные отходами производства вода и воздух; содержание в продуктах питания большого количества нитратов, ядохимикатов, радионуклидов, различных синтетических добавок).

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП широко варьируются. В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи¹⁶.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. Важнейшими из них являются следующие:

- нарушения мышечного тонуса;
- ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи);
- наличие насильственных движений;
- нарушения равновесия и координации движений;
- недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных (статокинетических) рефлексов;
- наличие патологических тонических рефлексов.

Эффективность работы с ребенком с нарушениями опорно-двигательного аппарата зависит от наличия социальной, психологической и медицинской помощи его семье.

При выявлении ранних признаков детского церебрального паралича необходима консультация:

- детского невролога,
- ортопеда,
- психиатра,

¹⁶ Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.

-
- медицинского психолога,
 - логопеда.

Несвоевременно поставленный диагноз, отсутствие или недостаточность проведения лечебно-реабилитационных мероприятий приводят, в зависимости от формы ДЦП и степени нарушенных функций организма, к частичной или полной социальной дезадаптации ребенка, ограничивая его жизнедеятельность в следующих сферах: передвижении; самообслуживании; общении; обучении; контроле за своим поведением.

Дети с задержкой психического развития

Задержка психического развития (ЗПР) – нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в развитии от принятых психологических норм для определенного возраста.

Причины возникновения задержки психического развития

Основные причины возникновения задержки психического развития у детей (по мнению отечественных психологов М.С. Певзнер и Т. А. Власовой) можно условно разделить на три группы¹⁷.

1. Неблагоприятное течение беременности:

- Хронические заболевания мамы, которые отразились на здоровье ребенка (порок сердца, давление, болезни щитовидной железы, сахарный диабет и др.).
- Токсоплазмоз.
- Инфекционные заболевания, перенесенные будущей мамой (грипп, ангина, паротит, герпес, краснуха и др.).
- Вредные привычки матери (никотин, алкогольная и наркотическая зависимость).
- Несовместимость резус-факторов у матери с плодом.
- Токсикоз, как на раннем, так и на позднем сроке.
- Преждевременные роды.

2. Патология родов:

- Асфиксия новорожденного или ее угроза. (Например, после обвития пуповиной шеи ребенка.)
- Родовые травмы, полученные малышом.
- Травмы механического характера, возникающие при использовании различных средств родовспоможения (например, наложении щипцов).

3. Причины социального характера:

- Неблагополучная семья.

¹⁷Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1995.–175 с.

– Ограниченность эмоциональных контактов с малышом на различных этапах его развития.

- Низкий уровень интеллекта родителей и других членов семьи.
- Педагогическая запущенность.

Также к факторам риска появления ЗПР у детей относят:

- Осложненные первые роды.
- «Старо-родящая» мама.
- Лишний вес будущей мамы.
- Наличие патологий в предыдущие беременности и родах.
- Стрессы и депрессии будущей мамы.
- Нежелательная беременность.

Таким образом, чтобы избежать задержки психического развития у ребенка, молодым родителям необходимо:

- создавать максимально благоприятные условия для протекания беременности и родов,
- избегать факторов риска, перечисленных ранее, которые негативно отразятся на развитии малыша,
- внимательно следить за развитием ребенка с первых дней его жизни, что поможет вовремя распознать и скорректировать отклонения в развитии ребенка.

Необходимо регулярно посещать с ребенком невропатолога с целью своевременного выявления у него задержки в развитии. Это необходимо даже если беременность и роды прошли идеально, а малыш прекрасно чувствует. Врач проверит наличие или отсутствие различных рефлексов, которые должны присутствовать у ребенка в определенном периоде новорожденности и младенчества, объективно оценит развитие малыша. Также врач проверит зрение и слух, отметит особенности взаимодействия со взрослыми.

Зная показатели и нормы развития ребенка каждого возраста, родители могут самостоятельно следить за психомоторным развитием малыша. Рассмотрим основные симптомы, которые должны насторожить родителей на определенном этапе развития ребенка:

- в 2 месяца ребенок не держит голову.
- в 3-5 месяцев не умеет переворачиваться со спины на живот.
- в 4 месяца малыш никак не отвечает маме и папе на улыбку, жесты, обращение.
- в 6-8 месяцев ребенок не лепечет.
- в 8-9 месяцев ребенок не умеет сидеть, вставать. Лепетная речь отсутствует, он растет тихим и замкнутым.

С года до полутора лет малыш не проявляет интереса к окружающему миру (не ощупывает игрушки, не рассматривает их), не проявляет радости при виде мамы и других близких родственников. Ребенок не откликается на свое имя. В его речи отсутствуют простые слова типа «мама», «баба», «дай»;

ребенок не воспринимает речь взрослых, не выполняет просьбы, плохо жует и может поперхиваться даже небольшим кусочком. Малыш с трудом удерживает в руке предметы, в том числе ложку, бутылочку, чашку.

В 2 года малыш не реагирует на свое имя, не проявляет интереса к игрушкам, либо он кратковременный. У него нет желания познавать что-то новое за счет повторения действий за окружающими. У ребенка в запасе может быть малый примитивный набор слов, не пытается повторять слова за взрослым.

В 2,5 года не сличает цвета и формы, не может разложить одинаковые предметы по кучкам. Он не может составить предложение из 2-3 слов, не знает или путает названия частей тела, животных, бытовых предметов, действий.

В 3 года малыш говорит очень быстро или, наоборот, слишком медленно, но речь его отрывочна, состоит из отдельных слов. У него нет устойчивых знаний о названиях и признаках привычных предметов, частей тела, названиях цветов. Не понимает суть несложных историй, не может в точности повторить за взрослым произнесенную фразу.

У ребенка практически всегда немного приоткрыт рот, из которого течет слюна.

Он часто проявляет агрессию, ему не сидится на месте, он быстро устает.

Малыш невнимателен, плохо запоминает информацию, простые ритмичные стихи.

Часто играет сам с собой в однообразные игры, так как у него слабо развита фантазия.

Плохо идет на контакт со сверстниками и взрослыми.

Часто родители болезненно воспринимают диагноз ЗПР, не понимая его значения. Важно осознать, что задержка психического развития не значит, что ребенок психически больной. ЗПР означает, что ребенок немного отстает от своих сверстников.

Рекомендации для родителей, имеющих детей с ЗПР¹⁸:

1. Необходимо регулярно наблюдаться у врачей: невролога, психоневролога, психиатра.

2. Посещать коррекционные занятия учителя-дефектолога, педагога-психолога и учителя-логопеда.

3. Использовать в обучении дидактические игры, которые должны соответствовать возрасту и умственным способностям ребенка. Игры должны быть доступными и понятными для малыша.

4. Необходимо ежедневно заниматься с ребенком, лучше это делать в

¹⁸Рекомендации для родителей, воспитывающих детей с задержкой психического развития: методические рекомендации/ сост. Н.А. Крушная. – Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2014.– 23 с.

одно и то же время.

При правильно организованном коррекционном подходе дети с ЗПР способны на значительный прогресс в знаниях, умениях и навыках¹⁹. Положительная динамика дает возможность детям с задержкой психического развития нормально адаптироваться в обществе.

Дети с интеллектуальными нарушениями

Интеллектуальное нарушение (умственная отсталость различной степени выраженности) – стойкое, необратимое недоразвитие уровня психической, в первую очередь интеллектуальной деятельности, связанное с врожденной или приобретенной (деменция) органической патологией головного мозга. Наряду с умственной недостаточностью всегда имеет место недоразвитие эмоционально-волевой сферы, речи, моторики и всей личности в целом²⁰.

Выявить нарушения в развитии ребенка раннего возраста прежде всего помогут наблюдения родителей за его речевой и двигательной сферой, познавательной деятельностью.

Первоначально «*группу риска*» по отставанию в детском развитии ребенка определяет врач-невролог, учитывая особенности рождения ребенка: показатели шкалы Апгар, срок рождения, степень доношенности, появление и угасание безусловных рефлексов. Поэтому важно проходить медицинское обследование 4 раза на первом году жизни: в 1, 3, 6 и 12 месяцев, чтобы отследить изменения в неврологическом статусе ребенка и предпринять все меры в случае неблагоприятного развития центральной нервной системы, определить выраженность задержки развития (темповая или патологическая, требующая срочной медикаментозной и психолого-педагогической помощи)²¹.

Младенчество (от 2-х месяцев до 1-го года).

Развитие ребенка с нарушениями интеллекта с первых дней жизни отличается от нормы. У многих детей задерживается появление прямохождения, т.е. они значительно позднее начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Эта задержка иногда бывает весьма существенной, захватывающей и второй год жизни.

У всех детей с нарушениями интеллекта отсутствует характерное для здорового ребенка неудержимое стремление познать окружающий мир, снижена реакция на внешние раздражители, отмечается безразличие, общая патологическая инертность (что не исключает крикливости, беспокойства,

¹⁹Гонеев А.Д. и др. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений/ А.Д.Гонеев, Н.И.Лифинцева, Н.В.Ялпаева; под ред В.А. Слостенина – 2-е изд., перераб. – М.: Академия, 2002.–272 с.

²⁰Оценка физического и нервно-психического развития детей дошкольного возраста / Сост. Н.А. Нокина, Л.И. Казьмина, Н.Н. Войнович. СПб.:Акцидент, 1999. –32 с.

²¹Волбуева Л.В. Как определить отставание в развитии ребенка раннего возраста. Электронный ресурс:<https://www.maam.ru/detskijasad/marfa2104>

раздражительности и т.д.). У них не возникает потребности в эмоциональном общении со взрослыми, отсутствует, как правило, «комплекс оживления», в то время как нормально развивающийся ребенок в ответ на голос, улыбку взрослого вскидывает ручки, ножки, улыбается, тихо гулит.

В дальнейшем у детей с нарушениями интеллекта не появляется интереса к игрушкам, подвешенным над кроваткой или находящимся в руках у взрослого. Не происходит своевременного перехода к общению со взрослым на основе совместных действий с игрушками, не возникает новая форма общения – жестовая. Дети на первом году жизни не дифференцируют «своих» и «чужих» взрослых, хотя при нормальном развитии это наблюдается уже в первом полугодии жизни.

Нарушение эмоционального контакта со взрослыми сказывается на характере первых действий с предметами – хватании и на развитии восприятия, тесно связанного в этот период с хватанием. У детей с нарушениями интеллекта нет активного хватания, не формируются зрительно-двигательная координация и восприятие свойств предметов (большие и маленькие предметы нормально развивающиеся дети хватают по-разному, в зависимости от формы), а также выделение предметов из ряда других.

У этих детей не формируются своевременно предпосылки развития речи: предметное восприятие и предметные действия, эмоциональное общение со взрослым и, в частности, доречевые средства общения (мимика, указательный жест), развитие артикуляционного аппарата и фонематического слуха связано с тем, что у детей с нарушениями интеллекта, в отличие от нормальных, не возникает своевременно не только лепет, но и гуление. В норме в возрасте 4-6 месяцев появляется истинное гуление, отличающееся от предыдущего этапа большим разнообразием звуков, интонацией, появлением в конце периода сочетания губных звуков с гласными («ба», «па»). Данный период является начальным этапом перехода от гуления к лепету. При перинатальных поражениях центральной нервной системы возможна задержка развития данного периода, сочетающаяся с задержкой темпов психомоторного развития. У детей в первую очередь снижены коммуникативные функции (зрительное и слуховое сосредоточение, низок интерес к окружающему, задержано статико-моторное развитие). Гуление и лепет монотонные, тихие, без модуляции и интонаций²².

Периоды речевого развития 6-9 и 9-12 месяцев характеризуются формированием лепета и концу 11-12 месяцев – слогов и односложных слов, усовершенствованием движений губ, языка, мягкого нёба, а также совершенствуется функция дыхания, удлиняется произвольный выдох, ребенок регулирует громкость и высоту голоса в зависимости от ситуации.

²²Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика: учеб. для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 208 с.

Лепет является закономерным продолжением истинного гуления и проявляется в норме соединением отдельных артикуляционных движений в линейную последовательность. При общей задержке моторного развития без грубых симптомов поражение нервной системы в эти периоды может сохраняться примитивное гуление в виде однообразия, монотонности голосовых реакций, невозможности произвольного контроля громкости и высоты голоса. Кроме того, обычно имеют место недостаточность слухового внимания, затруднение в определении источника звука в пространстве, нарушение дифференцировки восприятия голоса и его тембра. Это является одним из главных факторов в задержке развития начального понимания обращённой речи.

Эти процессы физиологические, они появляются в самые первые месяцы жизни нормально развивающегося ребенка, протекают, в основном, независимо от окружающей среды, от влияния взрослых и связаны с состоянием центральной нервной системы ребенка.

В целом ребенок с нарушениями интеллекта к раннему возрасту уже имеет существенные вторичные отклонения в психическом и речевом развитии. Так, к концу первого года жизни, наблюдаются: отставание в развитии прямохождения, не сформированность эмоционального общения со взрослым, отсутствие хватания предметов, отсутствие неудержимого стремления познать окружающий мир, а также не сформированность зрительно-двигательной координации.

Ранний возраст (от 1 года до 3 лет).

Важнейшими достижениями раннего возраста при нормальном развитии является овладение ходьбой (прямохождением), развитие предметной деятельности и развитие речи.

Овладение ходьбой и развитие предметных действий. В начале второго года жизни нормально развивающиеся дети начинают самостоятельно ходить. У многих детей с нарушениями интеллекта овладение ходьбой задерживается на длительный срок, иногда до конца раннего возраста. Кроме этого, их движения, как правило, качественно отличаются от движений детей с нормальным развитием. У них наблюдается неустойчивость, неуклюжесть походки, замедленность или импульсивность движений.

Овладение ходьбой оказывает большое влияние на общее психическое развитие ребенка. С освоением ходьбы начинается новый этап в развитии – этап ознакомления с окружающим предметным миром. Получив относительную независимость от взрослого, ребенок осваивает «дальнее» пространство, самостоятельно входит в контакт с массой предметов, которые раньше оставались для него недоступными. Он познает на практике направление и отдаленность в пространстве, свойства многих предметов. В результате начинается бурное развитие предметных действий.

Не всякое действие ребенка с предметом – предметное действие. Предметным действием называется только такое действие, когда предмет используется в соответствии с его функциональным назначением. Так, например, если ребенок берет в руки ложку и стучит ей по столу, это не предметное действие, а манипуляция с предметом, так как функция ложки – другая; предметным, действие будет тогда, когда ребенок использует ложку для еды.

У детей раннего возраста с нарушениями интеллекта предметная деятельность не формируется. Некоторые из них не проявляют интереса к предметам, в том числе к игрушкам. Они вообще не берут игрушки в руки, не манипулируют с ними. У них нет не только ориентировки типа «Что с этим можно делать?», но и более простой ориентировки типа «Что это?». В других случаях у детей третьего года жизни появляются манипуляции с предметами, иногда напоминающие специфическое его использование, но в действительности ребенок, производя эти действия, совсем не учитывает свойства и назначения предметов. Кроме того, эти манипуляции перемежаются неадекватными действиями.

Неадекватными действиями называются такие действия, которые противоречат логике употребления предмета, вступают в конфликт с ролью предмета в предметном мире. Например, когда ребенок надевает на стержень пирамидки вначале колпачок, а затем пытается нанизывать колечки; стучит куклой по столу; в маленький гараж пытается засунуть большую машинку и т.п. – значит, он совершает неадекватные действия. В данном случае отсутствует познавательно-ориентировочная деятельность и эти действия не способствуют развитию ребенка.

Наличие неадекватных действий – характерная черта ребенка с нарушениями интеллекта.

У детей с нарушениями интеллекта раннего возраста отсутствуют необходимые предпосылки, для формирования речи: действия с предметами, эмоциональное общение со взрослым, готовность артикуляционного аппарата и фонематического слуха. В результате, хотя в ситуации для общения у детей изучаемой категории те же, что и у детей в норме, содержание этих ситуаций выступает для них по иному: поскольку у них меньше собственных и совместных со взрослыми действий, совсем не сформировано подражание, поэтому речь взрослого «повисает» в воздухе, не соединяется с тем опытом, который служит ей опорой при нормальном развитии. Дети не обращают внимания на многие предметы, а, значит, и не запоминают их названий, еще хуже овладевают названиями действий. Но происходит и противоположный процесс: потребность в общении так или иначе появляются – этого требует социальная среда. Кроме того, воспитывая ребенка со сниженным интеллектом, взрослые опираются на возрастные нормы (в режиме дня, самообслуживании, речи). Первое, на что они обращают внимание, — это

отставание речи и своими силами и средствами всячески стимулируют ее развитие. Дети повторяют вслед за родителями слова и фразы, хотя за ними нет никаких представлений, слушают непонятные им рассказы, сказки. Иногда они запоминают слова и даже фразы, которые для них не наполнены конкретным содержанием. Часть детей начинает понимать часто повторяющиеся задания, но только в определенной, привычной ситуации. Например, если привести ребенка в ванную комнату и сказать ему: «Вымой руки», он выполняет просьбу. Если же сказать ему то же в столовой, ребенок не понимает, чего от него хотят²³.

Особенности развития детей с интеллектуальными нарушениями

1. Дети с нарушениями интеллекта овладевают прямохождением в разное время: у небольшой части детей оно развивается по срокам в пределах нормы, у другой половины наблюдается существенное отставание, которое компенсируется, как правило, в пределах раннего возраста. Вместе с тем у всех длительно сохраняется неуверенность, шаткость походки, неустойчивость.

2. Развитие предметных действий у детей с нарушениями интеллекта в раннем возрасте фактически только начинается, в основном, в виде манипуляций. У части детей возникают некоторые стандартные предметные действия (только при самообслуживании) или стремление к овладению ими. Предметная деятельность в раннем возрасте не возникает.

3. Развитие речи и общения также задерживается. У большинства детей активная речь не возникает. Пассивная речь развивается лучше. Она может оказывать некоторое воздействие на деятельность и поведение ребенка в пределах хорошо знакомых бытовых ситуаций. У некоторых детей появляются отдельные искаженные слова. В единичных случаях наблюдается формально соответствующая возрасту, но «пустая» речь.

Дети с расстройствами аутистического спектра

Наблюдая за поведением малыша с момента его рождения, родители могут отметить определенные особенности в развитии или поведении, реакциях ребенка, которые делают его не похожим на других сверстников. Данные особенности могут быть непонятны родителям, вызывать волнение и беспокойство за процесс развития ребенка. В настоящее время увеличилось число детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Последнее время увеличивается число обращений родителей детей раннего возраста как с уже оформленным синдромом аутизма, так и с тенденциями аутистического дизонтогенеза. Значимость их своевременного выявления очевидна, но также очевидна и необходимость немедленного обучения родителей специальным способам и условиям организации и развития взаимодействия с малышом.

²³Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика: учеб.для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 208 с.

Перед специалистами и близкими ребенка встает задача выбора действенного и адекватного раннему возрасту коррекционного подхода. Именно в работе с маленькими детьми наиболее естественным и перспективным представляется путь последовательного формирования предпосылок и основ активного и осмысленного взаимодействия ребенка с окружающими²⁴.

Для правильного понимания особенностей данного расстройства и своевременного выявления определенных характерных для него признаков в развитии ребенка раскроем некоторые факторы, связанные с формированием и особенностями течения РАС в детском возрасте.

Клинически можно выделить три варианта РАС у детей: ранний детский аутизм (РДА синдром Каннера), атипичный аутизм, синдром Аспергера^{25, 26}.

Понятие аутизма

Определение аутизма, данное немецким психиатром Е. Блейлер, не совсем подходит для детского возраста. Аутизм, с точки зрения Е. Блейлер, – это уход от реальности в мир иллюзий или фантазий, отгороженность от внешнего мира. У детей с РАС не наблюдается активного ухода в мир фантазий, с раннего детства отмечается частичная или полная неспособность к установлению социальных контактов²⁷.

В настоящее время РАС детского возраста относят к общим расстройствам развития, которые в десятом пересмотре международной классификации болезней (МКБ-10) определяются как «группа расстройств, характеризующихся качественными нарушениями социального взаимодействия и коммуникативных процессов, а также специфическими, стереотипными интересами и действиями»²⁸.

В большинстве случаев нарушения в развитии наблюдаются в раннем возрасте. Лишь в редких случаях расстройство начинается после трех лет. Часто при аутистическом расстройстве у детей отмечается отставание в интеллектуальном и речевом развитии. Однако определяющими для данного расстройства являются нарушения в поведении, связанные, прежде всего, с отсутствием потребности в общении, с нарушениями формирования коммуникативных навыков.

Синдром раннего детского аутизма (РДА или синдром Каннера) был выделен американским психиатром Лео Каннером как самостоятельное заболевание в 1944 году²⁹. Течение данного заболевания может иметь

²⁴Баенская Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода // Аутизм и нарушения развития. 2017. Том 15. № 2. С. 32–37.

²⁵Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии / М.И. Буянов – М.: Просвещение, 1992. – 67 с.

²⁶Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков / Х. Ремшмидт – М.: Мир, 2000. – 638 с.

²⁷Блейлер Е. Руководство по психиатрии / Е. Блейлер. – пер с нем. М., 1997. – 542 с.

²⁸Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии / М.И. Буянов – М.: Просвещение, 1992. – 67 с.

²⁹Канер Л. Особенности аутизма у детей / Л. Канер – М.: [б.и.], 1998. – 214 с.

различный характер в зависимости от степени выраженности и глубины патологического процесса. При глубоких и грубых нарушениях, начавшихся в раннем детстве, страдают не только навыки общения, но и интеллектуальное и речевое развитие.

Для синдрома РДА наиболее характерны выраженные отставания в интеллектуальном и речевом развитии.

– Для раннего детского аутизм характерны следующие речевые особенности: задержка речевого развития (формирование речи после трех лет), эхолалии, неправильное употребление личных местоимений.

– Нарушения в поведении: разнообразные стереотипные (повторяющиеся) движения (наклоны, покачивания, кружение, бег на цыпочках), действия. Повторяющиеся движения и действия это своеобразные ритуалы, которые являются психологической защитой для ребенка и помогают ему адаптироваться в новом месте. Выполняя их, ребенок формирует связь с внешним миром; его стереотипы помогают принять что-то новое, например, вступить в контакт с незнакомым человеком.

Пример.

Девочка 2 лет 8 месяцев при первом посещении специалиста (врача) сначала плакала, затем успокоилась и долго бегала по кабинету, кружилась вокруг себя, бегала по кругу, встряхивала кистями рук, когда останавливалась. Не реагировала на обращенную речь, не обращала внимания на игрушки и предметы, окружающие ее.

При повторном посещении в знакомом месте (кабинете врача) была более спокойна, стала проявлять интерес к неигровым предметам (кран с водой, ручки на столе и т.д.).

Дети с РДА плохо принимают новое (одежду, еду, игрушки), болезненно реагируют на изменение привычного режима дня или обстановки. Не принимают тактильный контакт, не любят, когда их обнимают или гладят или просто касаются. На подобные действия со стороны взрослых ребенок с РДА реагирует плачем, раздражением или не обращает внимание.

Пример.

Мальчик с трех лет отстает от сверстников в речевом и когнитивном развитии. Нет фразовой речи, произносит только отдельные слова редко, неосознанно. На обращенную речь не реагирует, в глаза не смотрит, на имя откликается редко. В поведении выражены стереотипные (повторяющиеся) движения (бег по кругу, покачивания) и действия. Может много раз повторить одно и то же действие в процессе игры (крутить колесико у машинки, стучать палочкой от пирамидки по столу). Любит играть с не игровыми предметами кухонной посудой, водой, пересыпать крупы или песок. На просьбу сделать что-либо откликается редко, делает то, что хочет сам. Взрослого человека чаще воспринимает как неодушевленный предмет, но может брать его за руку, если ему что-либо нужно. Не любит, когда его трогают, пытаются обнять, погладить, на тактильное прикосновение реагирует плачем, раздражается либо просто не замечает. Эмоционально холоден. Плохо принимает все новое еду, одежду, игрушки, реагирует плачем, если меняется привычный маршрут прогулки, в новой обстановке в начале плаксив, раздражителен, подвижен, склонен к повторяющимся движениям и действиям. Навыки коммуникативного общения с детьми и взрослыми отсутствуют, на детей внимания не обращает, играет один, нет потребности в общении и проявлении речевой активности.

Таким образом, у детей с синдромом РДА наблюдаются нарушения коммуникативных навыков, которые часто сочетаются с глубоким отставанием в психическом развитии³⁰.

Атипичный аутизм. Начало заболевания выявляется в возрасте 3 лет. При этом виде аутизма у ребенка отставание в интеллектуальном и речевом развитии отчетливо заметно только после трех лет, стереотипные движения и действия, избирательное принятие нового не выражены или не наблюдаются совсем. Ребенок может не всегда реагировать на обращенную речь, держать контакт глазами, реагировать на взрослого, но при этом сохранять эмоциональную восприимчивость, откликаться на ласковый голос, тактильный контакт, позволять взять себя на руки, прижать, обнять. Последнее особенно касается детей с выраженным отставанием интеллектуальным развитием, которые часто сочетаются с нарушениями речевого развития. У таких детей снижено понимание обращенной речи. Они не могут понять, что именно хотят от них взрослые, поэтому не реагируют на команды и просьбы. Частот поведение таких детей бывает либо чрезмерно спокойным. Либо подвижным, импульсивным. В этих случаях говорят о выраженном отставании в интеллектуальном развитии *с аутистическими чертами*.

Пример.

Мальчик трех лет отстает от сверстников в интеллектуальном и речевом развитии, обращенную речь понимает в виде простых команд, более сложную речевую инструкцию не понимает. Отстает в моторном и психическом развитии с раннего детства: сел в 9 месяцев, пошел в год и шесть месяцев. Первые слова появились в три года. Мальчик вял, медлителен, на свое имя реагирует не всегда, в контакт с детьми и взрослыми вступает на непродолжительное время. Задания специалиста пытается выполнять, но по своему, так как не понимает их смысла. Ребенок позволяет себя обнимать, гладить, охотно сидит на коленях, может сам обнять знакомого взрослого, прижаться к нему. Положительно воспринимает тактильное прикосновение, ласку. Мать мальчика называет его «теплым, солнечным». Стереотипных (повторяющихся) движений и действий у ребенка не наблюдается.

Синдром Аспергера был выделен венским психиатром Хансом Карлом Аспергером как самостоятельное заболевание в 1945 году.

Отклонения при синдроме Аспергера проявляются позднее, чем при синдроме Каннера или при атипичном аутизме после трех лет. Отставание в интеллектуальном и речевом развитии не наблюдается³¹.

Ведущими признаками синдрома Аспергера являются качественные нарушения социального взаимодействия, стереотипные формы поведения, необычные специфические интересы и высокая степень увлеченности детей узко обозначенной темой (например, названиями железнодорожных станций, динозаврами, церковными башнями, конструкциями подъемных кранов, принципами их работы и т.д.).

³⁰Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков / Х. Ремшмидт - М.: Мир. 2000. – 638 с.

³¹Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков / Х. Ремшмидт - М.: Мир. 2000. – 638 с.

Пример.

Мальчик 3 лет во время прогулки постоянно наблюдал за работой подъемного крана, дома играл машинами с подъемным краном, строил дома, все время вовлекал близких родственников в разговоры на волнующую тему (подъемный кран, принципы работы), так как не мог говорить ни о чем другом.

У детей с синдромом Аспергера *наблюдается раннее речевое развитие*. Коммуникативная сторона речи имеет иные особенности, чем у детей с синдромом Каннера или атипичном аутизме: речь с богатым словарным запасом, сложными речевыми оборотами, не свойственными для детей, они говорят, когда хотят, не обращая внимания на слушателей; часто ведут беседу сами с собой. В речи отсутствуют речевые особенности характерные для раннего детского аутизма: эхолалии, неправильное употребление личных местоимений, задержка речевого развития, характерны отклонения интонационного оформления речи (монотонность).

Дети плохо ориентируются в социальных ситуациях. Бесцеремонны в реализации своих желаний, не соблюдают дистанцию, игнорируют мнение и советы других людей. Из-за отклонений (странностей) в поведении они легко становятся объектом насмешек в саду. Реагируют часто неадекватно на замечания и шутки: чрезмерно агрессивно или импульсивно. Дети с синдромом Аспергера стремятся к социальным контактам и не знают, как их установить.

Пример.

Мальчик 3 лет посещает младшую группу детского сада, с детьми имеет формальный контакт, близких друзей нет. Раннее развитие протекало без особенностей: сел в 6 месяцев, пошел в год. Первые слова появились в 12 месяцев, фразовая речь сформировалась в 1;6. Отмечалось раннее речевое развитие, с применением в речи сложных слов и оборотов.

Посещал детский сад с двух лет, привык постепенно, близких друзей не имеет, любил играть один, но рядом со сверстниками, часто с интересом следит за их игровой деятельностью. Пытается принять участие в игре, но не знает как, хочет, чтобы игра проходила по его правилам, злится и обижается на сверстников, когда его не понимают, не хотят с ним играть, дразнят. С взрослыми общается лучше, чем с детьми, любимое увлечение динозавры. Может «прочитать лекцию» про динозавров, на другие темы беседует без интереса, не охотно, в речи у мальчика много сложных, взрослых высказываний.

Часто в поведении у детей с синдромом Аспергера проявляется медлительность, робость, пугливость, чувство собственной несостоятельности, затрудняющее контакты и социальную адаптацию. Формируется сильная эмоциональная зависимость от матери.

Происходит замещение объектов реального мира компенсаторными фантазиями, связанными с перевоплощением, которые позволяют ребенку адаптироваться в новой для него социальной среде³².

³²Коган В.Е. Аутизм у детей / В.Е. Коган - СПб.: [б.и.], 1991. – 100 с.

Пример.

Мальчик, посещавший сеансы игровой терапии, первое время в процессе занятия становился существом, нуждающимся в защите: ежиком, кроликом, раком (существом робким, ведущим уединенный образ жизни).

Часто наблюдается одушевление неигровых предметов, что также является проявлением фантазий. Диванная подушка превращается в кошку, собаку, слонёнка, а большая столовая ложка превращается тоже в живое существо, которое кормят и укладывают спать.

Пример.

Девочка 4-х лет называла папой большой платяной шкаф и подолгу беседовала с ним, игнорируя живого отца. Подобные фантазии отдаляют ребенка от реальной жизни, но бывает так, что любимая вещь, постоянно находясь с маленьким хозяином, помогает адаптироваться в новой для него ситуации.

В приведенных выше примерах мы разобрали особенностями течения РАС в детском возрасте.

Признаки развития РАС у детей в возрасте от рождения до 3 лет

От рождения до 6 месяцев:

1. Периодами у ребенка наблюдается недостаток устойчивого внимания к внешним стимулам (отсутствует готовность к прислушиванию, взгляд чаще направлен в себя) либо, наоборот, очень долгое (не по возрасту) сосредоточение на внешних стимулах.

2. В двигательной активности ребенка в большей степени, чем в норме, преобладает самостимулирующая активность (тенденция к принятию эмбриональной позы, атетозные движения пальцев).

3. Периодами наблюдается сильное возбуждение, повышение чувствительности к тактильным стимулам (в том числе при сосании груди), возбуждение часто заканчивается моторной разрядкой, «сучением» ногами, плачем.

4. Нарушается взаимодействие с матерью: ребенок не смотрит на нее, с трудом привлекается к взаимодействию, не приспособливается на руках, проявления радости и улыбки при контакте мимолетны и неустойчивы.

От 6 до 8 месяцев:

1. Периодами у ребенка наблюдается недостаток устойчивого внимания и целенаправленных действий (он не реагирует на звук, если не видит его источника, не прослеживает взглядом игрушку, не перекладывает из руки в руку погремушку, не пытается подражать, часто не ползает) либо, наоборот, наблюдается не по возрасту очень долгое сосредоточение на внешних стимулах с трудностями переключения.

2. В двигательной активности ребенка преобладают самостимуляции: он часто раскачивается, стоя на коленях, стереотипно стучит погремушкой, долго и

пристально разглядывает «нестандартный» зрительный стимул, например, узор на ковре.

3. Периодами у ребенка наблюдается сильное возбуждение, повышается чувствительность в зрительной, слуховой и тактильной сферах, наблюдается испуг при резкой смене стимулов.

4. Нарушается взаимодействие с матерью: ребенок не ориентируется на лицо матери, больше интересуется деталями ее одежды; радость носит скорее физиологический характер и не несет коммуникативной нагрузки; взаимодействие кратковременное, чаще как ответ на инициативу мамы.

С 1 года:

1. У ребенка наблюдается недостаток устойчивого внимания и целенаправленных действий, что проявляется в задержке формирования навыков: ребенок не реагирует на имя, не выполняет имитационных действий, не реагирует на просьбы, не сигнализирует о своих витальных потребностях, не указывает пальцем на интересующий объект; задерживается формирование речи и бытовых навыков.

2. В свободной активности ребенка больше, чем в норме, преобладают самостимуляции: его привлекают ритмичные стимулы: например, мигание света, кручение мячика, пересыпание песка; он разглядывает штрих-коды, бегает по кругу, раскачивается, повторяет одни и те же слова.

3. Периодами наблюдается сильное возбуждение, повышается чувствительность в зрительной, слуховой и тактильной сферах, возбуждение выражается в повышении тонуса тела, в крике, кусании, других агрессивных действиях; поведение может носить импульсивный и аффективно заряженный характер.

4. Нарушается взаимодействие с людьми: ребенок не ориентируется на лицо матери, отношения часто строятся по типу функционального симбиоза (использование матери как неодушевленного предмета); он не реагирует на эмоциональные сигналы окружающих; не разделяет собственные эмоции с другими людьми; речь не несет коммуникативной нагрузки³³.

Выраженность симптомов может очень широко варьироваться в каждом отдельном случае, а также изменяться с возрастом. Достаточно часто участковые педиатры игнорируют опасения родителей необычных малышей, успокаивая их тем, что ребенок «перерастет» все эти «милые странности». В результате диагноз РАС выставляется гораздо позже, чем стоило бы. Поэтому, если вы замечаете какие-либостораживающие нюансы в поведении своего маленького сына или дочери – постарайтесь как можно быстрее обратиться к детскому психологу, не теряя драгоценного времени³⁴.

³³Никитина Ю.В. Механизмы формирования аутистического синдрома в пренатальном и раннем постнатальном развитии//Аутизм и нарушения развития. 2017. Том 15. № 2. С. 65–79.

³⁴Баенская Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода // Аутизм и нарушения развития. 2017. Том 15. № 2. С. 32–37.

При проявлении определенных особенностей в развитии или поведении, реакциях ребенка, которые делают его не похожим на других сверстников, родителям следует обращаться к детским специалистам с целью своевременного выявления расстройства и оказания необходимой помощи и дальнейшего сопровождения ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные позитивные изменения в правовом и образовательном пространстве приводят к интенсивному развитию новых областей педагогической науки (педагогике пренатального периода и раннего возраста, педагогике индивидуальности и образовательной инклюзии). Развитие данных областей педагогической науки обусловлено рядом причин:

- увеличением количества детей с особенностями психофизического развития, важностью их своевременного выявления, оказания ранней помощи, направленной не только на ослабление, но и на устранение имеющихся нарушений;

- значимостью преддошкольного периода как наиболее сензитивного для развития важных психических функций, чувствительных на данном этапе к внешним воздействиям и интенсивно развивающихся под их влиянием;

- необходимостью сокращения временного интервала с момента определения отставания или выявления нарушения в развитии ребенка и до начала его целенаправленного коррекционно-развивающего воспитания и обучения с привлечением родителей (законных представителей) к участию в этой работе;

- важностью информационного, ресурсного, в том числе программно-методического обеспечения организации и осуществления ранней комплексной помощи;

- необходимостью достижения межведомственного и междисциплинарного взаимодействия специалистов в оказании ранней помощи ребенку и его семье.

Получение качественных абилитационно-реабилитационных услуг на самых ранних этапах развития ребенка с особыми потребностями является гарантированным правом всех детей и их семей. Реализация этого права осуществляется путем создания целостной региональной системы оказания комплексной психолого-медико-педагогической помощи ребенку и его семье, а также путем информационно-просветительской работы с целью разъяснения значимости раннего выявления отклонений в состоянии здоровья ребенка, предупреждения возникновения патологического процесса и профилактики возможной инвалидизации ребенка.

Авторы пособия выражают надежду, что повышение уровня компетентности родителей (законных представителей) в вопросах раннего выявления нарушений в развитии детей с целью оказания им своевременной психолого-медико-педагогической помощи будет способствовать минимизации имеющихся недостатков и проблем в детском развитии,

предупреждению у детей вторичных отклонений, повышению качества жизни ребенка и его семьи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баенская Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода//Аутизм и нарушения развития. 2017. Том 15. № 2. С. 32–37.
2. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии/М.И Буянов – М.: Просвещение, 1992. – 67 с.
3. Блейлер Е. Руководство по психиатрии/Е. Блейлер. – пер с нем. М., 1997. – 542 с.
4. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1995. – 175 с.
5. Воспитание и обучение слепого дошкольника/под ред. Л. И. Солнцевой, Е.Н. Подколзиной. – М.: Логос, 2005. – 265 с.
6. Волобуева Л.В. Как определить отставание в развитии ребенка раннего возраста. Электронный ресурс: <https://www.maam.ru/detskijasad/marfa2104>
7. Выявление детей с подозрением на снижение слуха. Младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст [текст]: методическое пособие/под ред. Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. – М.: Полиграф сервис, 2002. – 68 с.
8. Гонеев А.Д. и др. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений/А.Д. Гонеев, Н.И. Лифинцева, Н.В. Ялпаева; под ред В.А. Сластенина – 2-е изд., перераб. – М.: Академия, 2002. – 272 с.
9. Датешидзе Т.А. Система коррекционной работы с детьми раннего возраста с задержкой речевого развития. – СПб.: Речь, 2004. – 128 с.
10. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни/сост. Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. – М.: Полиграф сервис, 2001. – 160 с.
11. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. – М.: Просвещение, 2000. – 240 с.
12. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика: учеб.для студ. высш. учеб. заведений. –М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 208 с.
13. Канер Л. Особенности аутизма у детей/Л. Канер – М.: [б.и.], 1998. – 214 с.
14. Коган В.Е. Аутизм у детей/В.Е. Коган – СПб.: [б.и.], 1991. – 100 с
15. Лёве А. Развитие слуха у неслышащих детей: История. Методы. Возможности/пер. снем. Л.Н.Родниченко, Н.М.Назаровой. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 224 с.
16. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб.пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.
17. Методика выявления значимых раздражителей для стимулирования гуканья, гуления и лепета [Электронный ресурс] /Ю.А. Разенкова//Альманах Института коррекционной педагогики. – 2001. – Альманах №3.
18. Нарушения зрения у детей раннего возраста: диагностика и коррекция: для педагогов и психологов, врачей и родителей/Л. И. Фильчикова, М. Э. Бернадская, О. В. Парамей; Ин-т коррекц. педагогики РАО. - 2-е изд. – М.: Экзамен, 2004. – 190 с.
19. Никитина Ю.В. Механизмы формирования аутистического синдрома в пренатальном и раннем постнатальном развитии//Аутизм и нарушения развития. 2017. Том 15. № 2. С. 65–79.
20. Особенности психологической помощи детям с нарушением зрения в дошкольном учреждении: метод.рекомендации/под ред. Л. И. Солнцевой. – М., 2001. – 96 с.
21. Оценка физического и нервно-психического развития детей дошкольного возраста/Сост. Н.А. Нокина, Л.И. Казьмина, Н.Н. Войнович. СПб.:Акцидент, 1999. – 32 с.
22. Потапчук А.А. Диагностика развития ребенка. – СПб.: Речь, 2007 – 154 с.

23. Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы/Клинические рекомендации под редакцией академика РАН Володина Н.Н. и академика РАО Шкловского В.М. – М.: 2015. – 57 с.

24. Разенкова Ю.А. Игры с детьми младенческого возраста: 2 изд. – М.: Школьная пресса, 2003. – 160с. («Дошкольное воспитание и обучение –Приложение к журналу «Воспитание школьников». Вып. 48.)

25. Развитие речи у плохо говорящих детей/О.А. Реуцкая. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2013. – 155 с. – (Библиотека логопеда).

26. Рекомендации для родителей, воспитывающих детей с задержкой психического развития: методические рекомендации/сост. Н.А. Крушная. – Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2014. – 23 с.

27. Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков/Х. Ремшмидт – М.: Мир, 2000. – 638 с.

28. Шевцова Е.Е., Воробьева Е.В. Развитие речи ребенка от одного года до семи лет. – М.: Сфера, 2007. – 96 с. – (Библиотека журнала «Логопед»).

Информационно-методическое пособие

Лилия Сергеевна Русанова – заместитель директора, учитель-логопед высшей квалификационной категории, кандидат психологических наук
(ГОУ ЯО «Центр помощи детям»)

Екатерина Николаевна Шипкова – исполняющий обязанности директора,
(ГОУ ЯО «Центр помощи детям»)

Наталья Михайловна Жукова – руководитель структурного подразделения «Отдел методического сопровождения работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья»
(ГОУ ЯО «Центр помощи детям»)

Раннее выявление нарушений в развитии детей



Разработано ГОУ ЯО «Центр помощи детям»
в рамках реализации регионального проекта
«Поддержка семей, имеющих детей»
национального проекта «Образование»
Ярославль, 2019

Редакторы
Л.С. Русанова
Е.Н. Шипкова
Н.М. Жукова