

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Бондарькова Ю.А.

Московский городской психолого-педагогический университет, 127051, Москва, ул. Сретенка, дом 29; e-mail: julia-net@list.ru

Важной проблемой современного специального образования в России является своевременное оказание ранней психолого-педагогической помощи детям и семьям группы риска. Согласно медицинской статистике растёт количество детей с ранним органическим поражением центральной нервной системы различного генеза, получающих помощь в системе здравоохранения, при этом не осуществляется психолого-педагогическая и социальная помощь, в которой они также нуждаются. Изучая проблему подбора адаптированного современного диагностического инструментария, автор приходит к выводу о влиянии внешнего фактора на развитие детей раннего возраста. Динамическое сопровождение выборки семей, имеющих детей раннего возраста из группы риска, позволило выделить три группы внешних факторов, которые подробно представлены в статье: «ситуационная осведомлённость», модели родительского поведения в связи с проблемной ситуацией, социальная ситуация и семейное окружение.

Ключевые слова: ранняя помощь, дети раннего возраста с особыми возможностями здоровья, диагностика, внешний фактор.

INFLUENCE OF SOCIAL FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF INFANT WITH PERINATAL IMPAIRMENTS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Bondarcova Y.A.

Moscow state university of psychology and education, Srietienka St., building 29, Moscow, 127051, e-mail: julia-net@list.ru

An important problem of modern special education in Russia is the timely provision of early psychological and pedagogical assistance to children and families at risk. According to medical statistics it has been increasing the number of children with the early organic disorders of central nervous system of various genesis assisted by the health care system while the psychological, pedagogical and social assistance they need as well is not carried out. By studying the problem of adapted modern diagnostic tools selection, the author comes to a conclusion about the impact of external factors on the development of young children. Dynamic care the sample of families with young children at risk, has allowed to define three groups of external factors, which are detailed in the article: "situational awareness", the models of parental behavior in relation to the problem situation, social situation and family environment.

Keywords: early intervention, children of early age with special needs, diagnostics, external factor.

Особенности развития детей раннего возраста традиционно связывают главным образом с влиянием биологических причин: Бадалян Л. О., Мастюкова Е. М., Журба Л. Т. [3], [5]. Ребёнок попадает в группу риска при наличии негативных пре-, пери- или постнатальных факторов. Динамическое изучение значительного количества детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы показало, что особенности развития этих детей, имеющих примерно одинаковые биологические предпосылки, по-разному компенсируются в первые 2–3 года жизни: от полной минимизации нарушений до выраженных ограничений психомоторного развития. При этом врачи подчёркивают, что различные по степени выраженности компенсаторные механизмы интенсивнее запускаются у детей раннего возраста [2], [6]. Изучение анамнеза и обширных реабилитационных мероприятий в

клиниках не даёт ключа к пониманию компенсаторного механизма, а часто входит в противоречие с тем, что получается в итоге. Мы наблюдаем, что даже при вовремя оказанной медицинской помощи и многоэтапного выхаживания в центрах восстановительного лечения, дети с последствиями перинатального поражения головного мозга к дошкольному возрасту имеют нарушения ментального, речевого и социального развития разной степени выраженности. При диагностическом изучении знание биологической составляющей нарушения важно, но не менее важным для понимания специалистом особенностей развития ребёнка, структуры и глубины нарушения и возможностей компенсации является фактор среды и условий, в которых находился ребёнок в первые годы жизни. Во многом именно формы взаимодействия ребёнка с близкими и окружающей его средой в раннем периоде развития определяют высокую адаптационную способность и позитивные личностные характеристики ребёнка, его возможности к дальнейшей успешной интеграции в социуме. Исходя из этого, считаем одной из важных задач диагностики и сопровождения семьи ребёнка раннего возраста с ОВЗ проведение мониторинга условий, в которых растёт ребёнок для установления соответствия их требованиям его возрастного развития, а также определение социального статуса и материального благополучия семьи. Для подтверждения этой гипотезы мы провели психологическое и социологическое исследование.

В исследовании участвовало 44 семьи, воспитывающих детей группы риска 1–2 года жизни. В поликлинике нами наблюдалось 22 ребёнка, проживающих в основном (95 %) в полных семьях. В кризисных центрах в исследование были включены также 22 ребёнка, воспитывающихся матерями, попавшими в трудную жизненную ситуацию, среди них большинство – несовершеннолетние мамы. У всех детей-участников исследования имело место раннее органическое поражение центральной нервной системы, что выявилось в ходе анализа медицинской документации. Для оценки особенностей развития детей использовался метод наблюдения и психометрический метод: Мюнхенская функциональная диагностика развития [4], предусматривающая дифференцированную оценку психомоторного развития по 8 функциональным областям: ползание, сидение, ходьба, хватание, перцепция, речь, понимание речи, социальное поведение. При обследовании родителей (матерей) использовались авторские опросники: № 1 – «Сведения о семье» и № 2 – определение негативных эмоциональных состояний. Вопросник «Сведения о семье» включает в себя сведения биографического характера, о внутрисемейном окружении ребёнка, какой тип учреждения он посещает, медицинский блок, материальные условия проживания семьи, наличие запроса на специалистов. Вопросник № 2 состоит из двух одинаковых частей, первая часть заполняется родителем до проведения диагностики развития ребёнка, вторая – после её окончания. В нём отражено отношение родителя к

развитию ребёнка и к ситуации проведения диагностики: собственная оценка родителем развития ребёнка, определение сильных и слабых сторон в развитии, возможное изменение родительской позиции после проведения диагностики, наличие запроса на специалистов.

Проведённый нами мониторинг семей двух категорий: наблюдающихся в районных поликлиниках и проживающих в кризисных центрах, позволил нам выделить следующие пары внешних факторов, способствующих и препятствующих гармоничному развитию ребёнка раннего возраста из группы риска: осведомлённость – неосведомлённость родителей, адекватность – неадекватность их оценки и позиции по отношению к ситуации, сотрудничество во взаимодействии с ребёнком – гипер- или гипопека, позитивная модель родительского поведения – негативная модель, благоприятная социально-материальная база – неблагоприятная. Результаты этой аналитической работы представлены в таблице¹.

Влияние внешних факторов на развитие ребёнка раннего возраста

	внешний фактор	как проявляется	как влияет на ребёнка
	позитивный / негативный		
"Ситуационная осведомлённость"	Осведомлённость родителей об особенностях ребёнка / Неосведомлённость родителей	Поиск информации, заинтересованность и участие в реабилитационных мерах / Отсутствие самостоятельной поисковой активности, мотивации в сотрудничестве со специалистами	Способствует своевременному началу реабилитационного процесса, стимулирует развитие ребёнка / приводит к позднему началу реабилитации, задержке развития ребёнка, потере эффективности реабилитационных мер
	Адекватная оценка состояния ребёнка и принятие ситуации / Неадекватная оценка состояния ребёнка и игнорирование ситуации	Адекватные / неадекватные способы взаимодействия с ребёнком, требования к нему	Способствуют /препятствуют развитию ребёнка, формируют адаптивные черты личности / дезадаптивные
в проблемной ситуации	Взаимодействие с ребёнком по принципу сотрудничества / Гипопека, гиперопека	Эмоционально-тёплые отношения с ребёнком / недостаточность/чрезмерность эмоционально-тёплых отношений, принятие /непринятие ребёнка	Способствуют хорошей социализации / Провоцируют развитие у ребёнка негармоничных форм взаимодействия с социальным окружением

Модели родительского	Сознательное родительство: позитивная модель родительского поведения / Несознательное родительство: негативная модель	Действия родителей, демонстрирующие заботу о ребёнке и эмоциональное участие / Действия родителей, эмоционально безучастные, аффективно неустойчивые, наносящие вред ребёнку	Способствуют развитию ребёнка, формируют высоко адаптивные черты личности / ведут к задержке развития, формируют дезадаптивные характерологические черты личности: тревожность, агрессивность, отгороженность
Социальное окружение	Благоприятная социально-материальная база / Неблагоприятная социально-материальная база	Семьи социально благополучные/неблагополучные, материально обеспеченные/необеспеченные, в кризисной ситуации: пережившие катаклизмы, семьи мигрантов	Способствуют/препятствуют реализации родителем своих воспитательных задач, что приводит к неврозам, тревожности у ребёнка, задержке развития

В условиях отсутствия работающей государственной системы раннего психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей с риском развития или с выявленными нарушениями, первый из выделенных факторов, «ситуационная осведомлённость», приобретает особое значение в силу проблем, которые возникают у родителей при поиске необходимой им помощи. Опыт показывает, что они зачастую даже не знают о существовании иных форм сопровождения детей 1-2 года жизни, кроме медицинского. Как правило, ребёнок с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы наблюдается либо в поликлинике по месту жительства, либо в реабилитационном Центре, где получает необходимую медицинскую помощь. Отмечается негативная тенденция к сокращению структурных подразделений, оказывающих раннюю помощь в г. Москве. В них может обслуживаться лишь небольшая часть детей раннего возраста с выраженными нарушениями развития (с сенсорными нарушениями, генетическими патологиями и т.п.), родители остальных детей из группы риска не знают и не получают информации о необходимости проведения первичной диагностики развития ребёнка. В связи с чем такая помощь начинает оказываться им только в дошкольном возрасте, что значительно снижает её результативность. Другая сторона этого вопроса – нежелание самих родителей занимать активную позицию, объяснением чему служат разные причины. В обществе мало уделено внимания культуре родительства как особой сфере семейного воспитания. Согласно нашему опросу, среди мам, принявших участие в исследовании, пять посещали школу будущих мам (11 %), все они воспитывают детей в семьях. По данным анкет используют специальную литературу о развитии ребёнка или ищут информацию в сети интернет семнадцать мам, воспитывающих детей в семьях, и девять мам из кризисного центра, что соответствует 77 % и 41 %. Итак, мы установили, что часть мам остались безразличны к проблемам ребёнка. Можем предположить, что в этих случаях у

родителей формируется механизм психологической защиты, который позволяет игнорировать нарушение.

В результате проведённой диагностики и бесед со специалистом по её результатам двадцать мам, воспитывающих детей в семье, и тринадцать мам из кризисного центра (91 % и 59 % соответственно) при анкетировании подтвердили свой запрос на специалистов для работы с их ребёнком. При этом по три мамы из каждой группы в числе специалистов назвали только специалистов медицинского профиля, а остальные указали специалистов психолого-педагогического профиля. Статистика диагностических приёмов в поликлиниках показывает, что пятнадцать мам из 22 семей видят те или иные проблемы в развитии своих детей, что подтвердилось и нашими результатами диагностики. Высказанное ими сомнение в том, что у ребёнка имеются проблемы, совпало с результатами диагностики и выводами специалиста в 16 случаях из 22. Что касается матерей из кризисных центров, то там лишь три мамы до проведения диагностики считали, что у их детей имеются какие-то слабые места в развитии, тогда как диагностика показала восемнадцать таких детей. Имеющиеся сомнения у некоторых мам совпали с результатами диагностики и выводами специалиста лишь в 7 случаях из 22. То есть из представленной выборки шесть мам, воспитывающих детей в семьях, и пятнадцать мам из кризисных центров ошибочно считают, что их дети, имеющие осложнённый медицинский анамнез, развиваются нормативно, что соответствует 27 % семей из поликлиник и 68 % мам из кризисных центров.

После ознакомления с результатами диагностики, согласно анкетам, двадцать мам, воспитывающих детей в обычных семьях, изменили свой взгляд на развитие своего ребёнка, увидели что-то новое, обратили внимание на те стороны, которые раньше не замечали и не знали, что они имеют определяющее значение в данный возрастной период.

Пример: ребёнок в 3 месяца на приёме в поликлинике в тонком комбинезоне с рукавичками. На вопрос специалиста, всегда ли у ребёнка спрятаны кисти рук, молодая мама подтверждает, объясняя тем, что иначе ребёнок царапается. В результате после того, как специалист снял рукавички, при обследовании хватания во всё время наблюдения ладони у ребёнка преимущественно закрыты, ребёнок не делает попыток тянуться приоткрытой ладонью в направлении игрушки, демонстрируемой ему на расстоянии 20–30 см, хотя он и реагирует на неё взглядом, оживляется, но руки остаются разведёнными в стороны, на уровне пелёнки. На этом примере выявленная задержка в развитии навыка хватания может быть легко устранена путём демонстрации маме правильного способа ухода за ребёнком и стимуляции кисти, пальцев рук с помощью лёгкого массажа и формирования координации «глаз – рука».

Мама из кризисных центров в количестве 11 из 22 также изменили своё представление о раннем развитии ребёнка после проведённой в их присутствии и при их участии диагностики, которая показала, как и что должен уметь малыш в норме в данный возрастной период развития. Следует отметить, что многие мамы не имели собственного мнения на развитие их ребёнка, ссылаясь на диагноз, поставленный врачом, мнение няни, воспитателя или других специалистов кризисного центра, а свои подозрения, что что-то не так мотивировали тем, что другие дети из центра это уже умеют или фразой «так положено». Чаще всего при этом мамы из кризисного центра отрицают какие-либо проблемы, либо вовсе игнорируют данный вопрос в анкете, не считая нужным, либо возможным для себя его ставить и на него отвечать. На вопрос о проблемах в развитии ребёнка, которые их беспокоят, несовершеннолетние мамы из кризисного центра часто отвечают незамысловато – «много плачет».

Особенности развития ребёнка раннего возраста важно изучать также в контексте модели взаимодействия с ним близкого взрослого внутри проблемной ситуации. Это второй внешний фактор, в котором нами было выделено две составляющих: особенности взаимодействия родителя с ребёнком, с одной стороны, и сознательность родительской позиции и модель его поведения, с другой. Несмотря на комплексное сопровождение мам и детей в кризисном центре медицинским персоналом и педагогами разной направленности, диагностика показала, что мамы испытывают значительные трудности во взаимодействии с ребёнком, но чаще всего не осознают их, либо скрывают имеющуюся тревогу о ребёнке, игнорируя проблему, связанную с его воспитанием и замещая реальное положение дел домыслами. Кроме того, наблюдается двойственность и противоречивость в их поведении, непоследовательность родительских переживаний: зачастую мамы оказываются лишёнными эмпатии по отношению к ребёнку, что проявляется, например, в том, насколько некоторые мамы оказываются нечувствительны к детскому плачу, в большинстве случаев не понимают и не пытаются понять его причин и соответственно среагировать. Например, в одном из случаев мама недоношенного, маловесного малыша из кризисного центра во время диагностики не могла успокоить кричащего младенца, раскачивая его в руках, и на предположение специалиста, что он голоден, ответила, что кормит его строго по режиму, когда же она начала его кормить, ребёнок ел с жадностью, захлёбываясь молоком. Кормление младенцев часто происходит не на руках, а в кроватке, мы наблюдали ситуацию, когда 1,5-месячный младенец сосёт бутылку, лежащую сбоку от него, а мамы в этот момент нет в комнате. Характерно приписывание ребёнку чувств, которые он не может испытывать в силу возраста, проецирование на него неадекватных характеристик: мама 4-месячного кричащего младенца, вложив ему в рот соску и взяв на руки, говорит: «Истеричка! Добилась,

чего хотела!» Все эти примеры демонстрируют нарушение «поведения привязанности», направленного на достижение близости и безопасности. На более поздних этапах развития детей в некоторых случаях отмечаются выраженные трудности коммуникации мамы и ребёнка, проявляющиеся в довольно грубом принуждении ребёнка, применении силовых методов воздействия, частых и необоснованных запретов, отсутствии попыток договориться с ним, что приводит к задержкам и дисгармониям развития ребёнка [1]. Мамы с детьми из поликлиник часто демонстрируют противоположную тенденцию по типу гиперопеки, излишней эмоциональности, что также негативно сказывается на его развитии в первую очередь в отсутствии надлежащих навыков самообслуживания и социализации.

Третий фактор, оказывающий влияние на раннее развитие ребёнка, – внутрисемейная ситуация и окружение, что включает условия воспитания и взаимоотношения проблемной семьи с социумом. Неоспорим факт, что поведение родителя во многом определяется его собственным опытом отношений в прародительской семье. Опрос мам, воспитывающих детей в полных семьях, показал, что большинство из них поддерживают связи во внутрисемейных отношениях – в 86 % случаев, в кризисных центрах этот показатель соответствует 36 %. В первом случае в воспитании ребёнка обычно принимают участие, кроме папы и мамы, ещё бабушки, дедушки, а также в семьях, как правило, имеются и другие дети. То есть имеет место система взаимосвязей между разными поколениями внутри семьи, передача опыта и навыков от старших к младшим, совместность в действиях. Мамы из кризисных центров находятся в конфликтных отношениях со своей семьёй, либо вообще её не имеют, в отдельных случаях их навещает один из родителей, бабушка или дедушка. При этом большинство – это неполные семьи (55 %), часть мам указали, что поддерживают отношения с партнёром (23 %), столько же указали, что состоят в браке. В кризисных центрах роль семейного окружения принимают на себя няни, медсёстры, воспитатели. В целом они транслируют ровное, позитивное отношение к детям, неполную палитру чувств, сдерживая такие сложные эмоции, как гнев, раздражение. Эмоциональная незрелость и личностный инфантилизм самих несовершеннолетних матерей из кризисных центров при отсутствии помощи со стороны ближайшего семейного окружения и материальной базы препятствуют реализации родительских задач и создают угрозу развития дезадаптивных черт личности ребёнка.

Проведённое исследование на материале двух категорий семей, воспитывающих детей раннего возраста из группы риска или с выявленными нарушениями развития, выводит на идею профилактики негативного влияния представленных в работе внешних факторов.

Список литературы

1. Винарская Е. Н. Задержки и дисгармонии развития при воспитании детей методами силового принуждения. – Томск, 1999. – 91с.
2. Левченкова В. Д., Семёнова К. А. Современные представления о морфологической основе детского церебрального паралича // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2012. – № 7 (2). – С. 4-8.
3. Мастюкова Е. М. Виды и причины отклонений в развитии у детей // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития / сост. и общая редакция В. М. Астапова, Ю. В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2002. – 384 с.
4. Мюнхенская функциональная диагностика развития. Первые три года жизни. Хельбрюгге Т. и др. / под ред. Ф. Л. Ратнер, М. А. Уткузовой. – Казань: Центр инновационных технологий, 2004. – 288с.
5. Руководство по неврологии раннего детского возраста / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволожская. – Киев : Здоров, 1980. – 527 с.
6. Семёнова К. А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. – М.: Закон и порядок, 2007. – 616 с.

Рецензенты:

Левченко И.Ю., д.псих.н., профессор, заведующая лабораторией инклюзивного образования МГПУ, г. Москва;

Жигорева М.В., д.п.н., профессор кафедры специальной педагогики и специальной психологии МГГУ им. М.А. Шолохова, г. Москва.