

УДК 159.922.76+616-056.3

Міждисциплінарна оцінка порушень психомоторного та соціально-емоційного розвитку у дітей раннього віку в системі раннього втручання

Кукуруза Г.В.

В роботі представлені результати вивчення психомоторного та соціально-емоційного розвитку 242 дітей віком до трьох років з синдромом Дауна, розладами спектру аутизму та неврологічною патологією. Визначені особливості рухового, сенсорного, мовного, когнітивного розвитку. Показано, що половина дітей характеризується порушеннями адаптивності, ритмічності поведінкових патернів, підвищеною інтенсивністю афективних реакцій незалежно від модальності, емоційною нестабільністю, зниженням уваги. Встановлено, що змістовна характеристика психомоторного та соціально-емоційного розвитку дітей значною мірою залежать від виду захворювання.

Ключові слова: психомоторний та соціально-емоційний розвиток, діти раннього віку, раннє втручання.

В работе представлены результаты изучения психомоторного и социально-эмоционального развития 242 детей до трех лет с синдромом Дауна, расстройствами спектра аутизма и неврологической патологией. Определены особенности двигательного, сенсорного, речевого, когнитивного развития. Показано, что половина детей характеризуется нарушениями адаптивности, ритмичности поведенческих паттернов, повышенной интенсивностью аффективных реакций независимо от модальности, эмоциональной нестабильностью, снижением внимания. Установлено, что содержательная характеристика психомоторного и социально-эмоционального развития детей в значительной мере зависят от вида заболевания.

Ключевые слова: психомоторное и социально-эмоциональное развитие, дети раннего возраста, раннее вмешательство.

The paper presents the results of a study of psychomotor and social-emotional development of 242 children up to three years with Down syndrome, autism spectrum disorders and neurological diseases. characteristics of motor, sensory, speech, cognitive development are defined. It is shown that half of children characterized by impaired adaptability, rhythmicity of behavioral patterns, increased intensity of affective reactions regardless of the modality, emotional instability, decreased attention. Found that substantial characteristic of psychomotor and social-emotional development of children is largely dependent on the type of the disease.

Keywords: psychomotor and social-emotional development, young children, early intervention.

Програми раннього втручання спрямовані на допомогу дітям перших трьох років життя з відхиленням або загрозою відставання у розвитку [1,2]. За міжнародною класифікацією раннього втручання потребують діти з порушеннями інтелекту, зору та слуху, моторного розвитку, з комунікаційними та мовними проблемами, порушеннями поведінки, діти біологічного та соціального ризику: недоношені та з малою вагою, після внутрішньоутробних інфекцій або важких пологових травм; діти, батьки яких не можуть забезпечити їм необхідних умов розвитку [International Society on Early Intervention, 1997]. Тобто включення дитини в програму раннього втручання здійснюється при наявності порушень розвитку, незалежно від медичного діагнозу [3,4,5]

Організація програм раннього втручання передбачає ідентифікацію проблем розвитку у дітей раннього віку та їх сімей та здійснення допомоги і підтримки дітям раннього віку та їх сім'ям. Надзвичайно важливим є необхідність з'ясувати з чим пов'язані проблеми дитини, оцінити сильні та слабкі сторони дитини і сім'ї, і на підставі цього розробити індивідуальну програму втручання. Але ці заходи неможливо виконати без проведення міждисциплінарної оцінки дитини і сім'ї. [6].

Метою дослідження було встановлення особливостей розвитку дітей раннього віку з різними видами захворювання за результатами міждисциплінарної оцінки.

В дослідженні прийняли участь 242 дитини віком від двох місяців до 3 років, батьки яких звернулись по допомогу в Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України та Центр раннього втручання.

Аналіз результатів клінічної діагностики, яка проводилась лікарем дозволила розподілити дітей в залежності від медичного діагнозу на три групи. 62 дитини (25,62%) мали генетичний діагноз (у 100% випадків це був синдром Дауна), 32 дитини (13,23%) - розлади аутистичного спектру або аутизм, у 148 дітей (61,15%) провідним в клінічній картині була неврологічна патологія.

Вивчення особливостей психомоторного та соціально-емоційного розвитку дитини включало аналіз результатів опитування батьків, яке відображало батьківський погляд на процес розвитку дитини, а також результати включеного спостереження за дитиною та дитячо-батьківською взаємодією в стандартній ситуації оцінки [7].

Аналіз результатів дозволив встановити, що проблеми в руховому розвитку спостерігались у 60,74% дітей, що проявлялось у відставанні в появі та формуванні моторних навичок або в змінненні їх якості. У батьків, діти яких мали неврологічну патологію, саме наявність порушень рухового розвитку звертала на себе увагу на першому році життя як одна з головних ознак порушення розвитку у дитини. Діти з синдромом Дауна більш повільно проходили всі стадії в розвитку рухових функцій, у всіх дітей з цією патологією визначалась м'язова гіпотонія та підвищена рухливість суглобів різного ступеню, вони зазнавали труднощі в управлінні частинами тіла в позах та рухах, що було пов'язано з недостатністю постурального контролю. В той же час проведений аналіз дозволив визначити досить

великий індивідуальний розмах показників моторного розвитку.

Наявність особливостей сенсорного розвитку у вигляді зорових та слухових проблем відмічали відповідно 23,97 % та 19,84 % батьків. Виражені проблеми із зором у вигляді зниження гостроти, обмеження полів зору, косоокість та інші фіксувались у дітей з важкою неврологічною патологією. В деяких випадках важко було визначити ступінь порушення, та навіть їх наявність, оскільки діти не фіксували погляд або з причини порушення зору, або когнітивних порушень та слабкої мотивації. У дітей з синдромом Дауна батьки визначали таку особливість як гарну зорову фіксацію на обличчі дорослого та низьку зацікавленість в зоровому вивченні оточуючого предметного середовища, насамперед іграшок. Зоровий розвиток дітей з порушеннями аутистичного спектру характеризувався тим, що діти віддавали перевагу безпредметним об'єктам, таким як блискучі поверхні, візерунки шпалер, мерехтіння тіней, споглядання за рухами, вертінням. Діти затримувались на етапі роздивляння власних рук та перебирання пальців біля обличчя, роздивляння предметів під незвичайним кутом. Батьки відмічали, що діти мали особливий погляд, навіть, коли вони дивились на батьків, це був погляд наче наскрізь.

Сенсорні розлади також реєструвались у вигляді підвищеної чутливості до тактильних подразників в 30,99 %. Це проявлялось в тому, що навіть легкі дотики викликали оборонні поведінкові реакції, а також виражені емоційні реакції негативного забарвлення. Загалом слід відмітити, що у дітей проблеми сенсорної регуляції проявлялись як в сенсорному захисті, тобто надмірній чутливості по відношенню до тактильних, зорових, слухових стимулів, так і сенсорному ігноруванні, тобто зниженні інтенсивності проявів будь-якої чутливості до зовнішніх стимулів.

Серед батьків, які скаржились на порушення в мовному розвитку, у 80,35 % випадків діти були віком старше 2 років. Мовні проблеми відмічали батьки дітей з усіма типами захворювання, хоча якісні характеристики труднощів, що виникали, відрізнялись. Так для дітей, які мали порушення аутистичного спектру мовний розвиток характеризувався відставанням або практично повною відсутністю мови. У разі відставання мова дітей характеризувалась такими якісними змінами як ехोलалія, незвичайні інтонації, «гра» звукосполученнями, словами. Батьки підкреслювали, що мова не є засобом для спілкування, а мовні реакції дуже часто є незрозумілими в контексті реальних подій.

У дітей, що мали синдром Дауна, розвиток мови визначався відставанням, зниженням темпів формування активного словника, порушеннями експресивної мови. В той же час батьки відмічали досить високу ефективність невербальної комунікації.

Для дітей, у яких неврологічна патологія була причиною порушень розвитку, мовні особливості залежали великою мірою від важкості порушень та сфер, які зазнавали найважчих уражень.

В цілому 64,88 % батьків відмічали, що у дітей визначались особливості формування мовних навичок як на домовному, так і мовному рівні. Мовний розвиток характеризувався маловиразністю гуління та лепету, затримками у строках появи лепету на першому році життя, великою кількістю атипових вокалізацій, недостатньою диференційованістю звуків, відсутністю або зниженням інтонаційної виразності голосових реакцій, труднощами в освоєнні жесту як засобу комунікації, спробах відтворювати слідом за дорослими склади та звуки, відсутністю появи типових слів. Таким чином, у дітей фіксувались затримки та якісні зміни на всіх етапах формування мови, що призводило до викривлення комунікативної функції мови.

Майже третина батьків (59,94 %) фіксували емоційно-поведінкові особливості розвитку дитини, які становили певні труднощі при взаємодії з ними: надмірна збудливість або торпідність афективних реакцій, емоційна нестабільність, швидка зміна емоційних станів, недостатня диференційованість емоційних реакцій. В поведінці це проявлялось дратівливістю, капризністю, агресивними реакціями, немотивованим плачем або криком, переважанням негативного настрою протягом дня, апатичністю. Не завжди батьки могли пов'язати емоційно-поведінкові реакції дитини з нагальною ситуацією. При прискіпливому опитуванні було з'ясовано, що «занадто спокійна» поведінка дітей, яка характеризувалась низькою активністю дитини, емоційною індиферентністю, практичною відсутністю ініціюючих емоційно забарвлених дій та реакцій, не викликала великого занепокоєння у батьків.

Відомо, що увага є одним з ключових факторів в регуляції психічних процесів та пізнавальної діяльності на всіх етапах індивідуального розвитку та становить неспецифічну основу будь-кого психічного процесу. Характерними особливостями уваги дитини раннього віку є те, що вона піддана значним коливанням, але в процесі розвитку і формування забезпечує можливості дитини зосереджуватися на досить вузьких ланках, якими можуть бути дії, предмети, емоційні контакти, тощо.

Дослідження характеру розвитку уваги показало, що 48,77 % дітей мали певні труднощі, які проявлялись у дуже швидкій втраті інтересу до іграшки або діяльності, короткостроковим епізодам зосередження, які легко переривалися зовнішніми або внутрішніми подразниками. В цілому поведінка цих дітей характеризувалась хаотичністю та недостатньою структурованістю, ознаками «польової» поведінки. Для 23,96 % дітей порушення уваги мали значну ступінь вираженості та були неподоланими навіть при зовнішній мотивації у вигляді спроби дорослого зацікавити дитину та утримати її увагу. Діти демонстрували хаотичну поведінку, яка супроводжувалась великою руховою активністю, переключенням уваги з однієї іграшки до іншої, надзвичайно швидкою зміною різних активностей, відсутністю цілеспрямованості у діях, що виходило за межі вікових характеристик формування уваги. Для 24,81 % зовнішня мотивація у вигляді участі дорослого та його зусиль, спрямованих на підтримку зацікавленості у дитини, структурування її активності дозволяла стабілізувати діяльність дитини та підтримувати її увагу на виконанні певної діяльності.

Було встановлено, що у 71,07 % дітей фіксувались порушення формування ігрової діяльності, яка є і важливою умовою, і індикатором розвитку дитини. Визначено, що вже на цьому етапі у дітей відмічались особливості, які полягали у відсутність зацікавленості іграшками та труднощах у мотивуванні дітей на обстеження предметів. 50,83 % дітей демонстрували низький рівень пізнавальної активності та обмежений і одноманітний репертуар дослідницької поведінки, хоча саме пізнавальна активність є важливим індикатором успішного психічного розвитку дитини в ранньому віці. Діти не демонстрували емоційного залучення, настирливості, задоволення від дослідження предметів та результативності власних дій. Можна було констатувати наявність якісних змін пізнавальної активності, які відображались в зниженні її енергетичного та змістовного показників.

Діти з синдромом Дауна, маючи фізичні можливості, із затримкою у строках починали простежувати за предметами, не утримували іграшки в руках саме через відсутність мотивації до їх дослідження, не проявляли інтересу у самостійному маніпулюванню іграшками та надавали перевагу пасивному нагляданню переважно обличчя дорослих або слуханню звукових іграшок. Із затримкою у строках у дітей з синдромом Дауна формувались орієнтовні операції, спрямовані на виявлення особливостей предметів-іграшок. Вони з відставанням засвоювали способи дії з іграшками, які пов'язані з їх фізичними властивостями, спрямованими на виявлення специфічних характеристик предметів та досягнення за допомогою цього предмету певного ефекту (наприклад, вкладання одного предмету в інший, катання, стукання предметів один об одного, щоб почути звук та інші), дії по черзі, імітації, сюжетної гри. Тобто подальше формування ігрової діяльності також проходило із затримкою.

Оскільки дослідницька поведінка пов'язана з моторними можливостями, у дітей з руховими порушеннями утримання та маніпулювання іграшками було утруднено, з самого початку у них було лімітовано формування можливості самостійного ініціювання та здійснення ігрових дій. При наявності комбінованих проблем із залученням когнітивних аспектів розвитку формування гри проходило із затримками в темпах та набувало негативних якісних змін на всіх етапах.

Ретроспективний аналіз розвитку ігрової діяльності у дітей з розладами аутистичного спектру показав, що особливості формування гри визначались такими особливостями як одноманітні дії-маніпуляції, повторення яких не має в собі змістовності (пересипання, крутіння, вертіння, перекладання предметів, постукування предмета о предмет, обнюхування, облизування, обсмоктування), гра руками перед очима, яка зберігалась протягом довгого часу, хоча вона характерна для дітей трьохмісячного віку, стереотипні форми ігрової поведінки. З опису батьків та за результатами спостережень гра виглядала як механічна, з нестачею природної тенденції досліджувати, з окремими діями, які були ізольованими від будь-якого контексту.

В ході роботи були визначені особливості саморегуляції у дітей в ситуаціях емоційного навантаження, заборон та адаптації до нових умов. Враховувалось, що процес розвитку саморегуляції дитини тісно пов'язаний з дитячо-батьківською взаємодією, а батьки на перших етапах діють як зовнішні регулятори дитячих ритмів та афектів та стимулюють зростання власних можливостей дитини до саморегуляції. В дослідженні було встановлено, що 96,69 % батьків не відчували труднощів в тому, щоб заспокоїти дитину у разі, коли вона проявляє негативні емоційні реакції. Для цього батьки використовували тактильні засоби, беручи дитину на руки, пригортаючи, пестячи, розгойдуючи, заколискуючи її, супроводжували процес заспокоєння використанням певних слів, пісень, інтонацій. Тобто поведінка батьків була ефективним інструментом зовнішньої регуляції емоційного стану дитини. В той же час 45,04 % дітей не мали сформованих механізмів самозаспокоєння, які б дозволяли ефективно регулювати дитині власний стан.

В ситуації заборон 52,9 % дітей демонстрували афективні та поведінкові реакції у вигляді довготривалого плачу, роздратування, протестної або агресивної поведінки. Як неадекватні вони оцінювались в зв'язку з тривалістю або надмірною силою, що викликало занепокоєння та стурбованість у батьків.

56,62 % дітей демонстрували труднощі в адаптації до нових умов, для подолання яких вони потребували підтримки та участі батьків. Поведінкові патерни розрізнялись за силою, емоційною модальністю та тривалістю. Третина з цих дітей проявляли активно-негативну реакцію: вони кричали, виглядали збудженими, активно рухались, довго не заспокоювались, навіть при намаганнях матері або батька взяти на руки. Частина з цих дітей, маючи активно-негативну реакцію наче застигали на одному місці, на протязі досить довгого часу кричали або плакали, не реагуючи на будь-які спроби їх заспокоїти або відволікти. Третина дітей характеризувалась пасивно-негативною реакцією, яка виражалась в несміливості, сором'язливості, апатичності, тривожності, зниженій руховій активності. Адаптуватися до нових умов таким дітям допомагала дозована активність дорослих та зважене ініціювання ними контакту та взаємодії з дитиною.

Важливим компонентом оцінки було визначення різноманітних аспектів соціально-емоційної взаємодії із дорослими та іншими дітьми, що давало підстави для визначення особливостей розвитку та функціонування системи афіліації.

Встановлено, що проблеми у спілкуванні з ровесниками відмічались у 64,96 %. До уваги брались саме ті випадки, коли за віковими нормативами така оцінка була легітимна. Діти демонстрували феномени, які відображали труднощі у формуванні всіх ланок, які забезпечують успішне спілкування: зниження рівня або якісні зміни в активності, спрямованої на ознайомлення з іншими дітьми, емоційно негативне або емоційно знебарвлене ставлення до дій інших дітей, пасивність у діях, які б дозволяли проявити

свої властивості та тим самим дати можливість іншому ознайомитися з собою, зниження чутливості або незвичайність (не типовість) афективних реакцій в ситуації взаємодії.

Особливості формування спілкування з іншими дітьми залежали від провідних проблем дитини. У разі наявності виражених моторних порушень саме вони ставали на перешкоді незалежного самостійного спілкування. При наявності розладів аутистичного спектру фіксувались відсутність прагнення до спілкування з іншими дітьми, або особлива поведінка, яка за якісними характеристиками не відповідала основним параметрам спілкування, пов'язаним із взаємністю та емоційним обміном.

Важливим показником соціального розвитку дитини є її можливість взаємодіяти з дорослими, проявляти активність, ініціювати та підтримувати соціальну взаємодію, бути суб'єктами соціальних інтеракцій. Слід відзначити, що у 47,53 % випадків відмічались проблеми різного ступеню важкості у встановленні контакту та організації взаємодії дитини з незнайомим дорослим. Випадки, коли дитина проявляла ознаки «страху стороннього» як психологічного феномена, кваліфікувались як показник її нормативного соціально-емоційного розвитку.

У разі встановлених порушень в 33,05 % випадків діти демонстрували готовність до спілкування, що проявлялося в особливих невербальних та поведінкових реакціях: короткотривалому погляді на дорослого, напівзакритій позі, «несміливій» усмішці, спрямованій до дорослого, які сполучались із ознаками емоційного напруження. У разі, коли дорослий оцінював таку поведінку як пасивний пошук контакту та відповідав на запит дитини, створюючи умови безпечної взаємодії, остання набувала змістовності та емоційно-позитивного забарвлення. В 14,48 % випадків порушення спілкування мали виражений характер, що проявлялось в емоційно-поведінкових реакціях різного регістру – від пасивного, але стійкого уникнення будь-якого контакту з дорослим до агресивних емоційно-негативних реакцій, які супроводжувались плачем, криком, руховою активністю, кусанням, розкиданням або жбурлянням іграшок.

Ситуація, в якій проводилось дослідження, передбачала можливість спостерігати за особливостями взаємодії дитини з близькими дорослими. В ході дослідження було встановлено, що в більшості випадків взаємодія дорослого з дитиною характеризувалась позитивною емоційною модальністю та виконувала регулюючу функцію, яка здійснювалась на поведінковому, емоційному та мотиваційному рівнях. Дорослий у разі потреби допомагав дитині (38,01 %), втішав та надавав їй підтримку (12,4 % та 14,05 % відповідно), що дозволяло дитині продовжувати свою активність, відчуваючи середовище як безпечне. В той же час фіксувались епізоди, коли якість взаємодії була змінена, а батьки демонстрували полярні моделі поведінки, хоча всі вони відображали ситуацію ігнорування батьками сигналів дитини. В 26,45 % випадків батьки реалізували поведінку, яка полягала в утримуванні дитини коло себе, обмеження її автономності, незважаючи на бажання та реально існуючу здатність дитини здійснювати самостійну діяльність, або надмірному контролю поведінки дитини, не беручи до уваги її потреби, навіть коли дитина територіально була на достатній відстані від батьків. 9,09 % випадків, коли дитина демонструвала потребу у взаємодії, привертаючи увагу певними діями або звуками, батьки не звертали уваги або формально реагували на інтеракції, які ініціювала дитина, зосереджуючись на спілкуванні із фахівцями.

Підсумовуючи отримані дані щодо психомоторного, соціально емоційного розвитку та динамічних характеристик поведінки дітей можна зробити висновок, що практично у половини з них мають ознаки, сукупність яких свідчить про наявність так званого важкого темпераменту дитини з наявністю порушень адаптивності, ритмічності поведінкових патернів, підвищеною інтенсивністю афективних реакцій, незалежно від модальності, емоційною нестабільністю, зниженням уваги. Змістова характеристика психомоторного та соціально-емоційного розвитку значною мірою залежать від виду захворювання. Оцінка, яка враховує індивідуальні особливості розвитку та дитини у сполученні з особливостями дитячо-батьківської взаємодії створює підґрунтя для розробки та здійсненні реабілітаційних програм.

1. Mahoney G. Relationship-focused early intervention with children with pervasive developmental disorders and other disabilities: a comparative study [Text] / G. Mahoney, F. Perales // *Developmental and Behavioral Pediatrics*. – 2005. – Vol. 26, N 2. – P. 77-85.

2. Малофеев Н.Н. О развитии службы ранней помощи семье с проблемным ребенком в Российской Федерации [Текст] / Н.Н. Малофеев, Ю.А. Разенкова, Н.А. Урядницкая // *Дефектология*. – 2007. – № 6. – С. 60-68.

3. Mickael J.Guralnick *The Effectiveness of Early Intervention*. –1987. - 540 p.

4. Бурмистрова Е.В. Семья с «особым ребенком»: психологическая и социальная помощь [Текст] / Е.В. Бурмистрова // *Вестник практической психологии образования*. – 2008. – №4 (17).

5. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. – СПб. : Из-во С.-Петербурга. Ун-та, 2003. – 288 с.

6. Elizabeth D. Gibbs *Interdisciplinary assessment of infants: a guide for early intervention professionals* / Elizabeth D. Gibbs, Douglas M. Teti // P.H. Brookes Pub. Co. – 2000. – 347 p.

7. Процедура оцінки розвитку дітей раннього віку в системі раннього втручання : метод. рек. /ДУ «ІОЗДП АМНУ»; уклад.: Н. Г. Міхановська, Г. В. Кукуруза, А.М. Н. Кравцова [та ін.]. – Х., 2005. – 29 с.