

ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ
по раннему выявлению признаков нарушения здоровья детей,
в том числе психического, с целью оказания ранней помощи и
профилактики инвалидности

Особенности развития ребенка на раннем периоде жизни

Составители:

Шабалина Н.Б. - кандидат психологических наук, заведующая сектором научно-методического обеспечения экспертно реабилитационной диагностики при осуществлении медико-социальной экспертизы научно-методического центра ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России;

Науменко Л.Л. - доктор медицинских наук, руководитель научно-методического центра ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России, врач-педиатр;

Игнатова О.В. - научный сотрудник научно-методического центра ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России.

1. Особенности психофизического развития ребенка на раннем периоде жизни

Период внутриутробного развития начинается с импрегнации половых клеток и заканчивается рождением ребенка. Характеризуется быстрым ростом плода и его питанием за счет материнского организма.

Период новорожденности начинается с момента перевязки пуповины. Длительность его (от 18 до 24 дней) определяется состоянием физиологической зрелости. В этот период все основные функции находятся в состоянии неустойчивого равновесия, и незначительные изменения условий внешней среды могут стать причиной тяжелых нарушений важнейших жизненных процессов. Это связано с незавершенностью развития всех органов и систем организма, выражается в слабости всех регуляторных процессов и интегративной деятельности функциональных систем, особенно центральной и периферической нервной системы.

Грудной или младенческий период, который следует за периодом новорожденности, протекает в два этапа: первый этап - до 4-4,5 мес., второй - до конца первого года жизни.

Первый этап характеризуется функциональным созреванием всех систем организма, и прежде всего центральной нервной системы (ЦНС).

Второй этап характеризуется формированием сложных локомоторных актов (функции кисти, овладение самостоятельной ходьбой) и речевой деятельности (понимание речи взрослого и произнесение первых слов).

К концу первого года жизни проявляется влияние социальных факторов на жизнедеятельность ребенка. Сказываются результаты воспитания, формируются привычки, манеры, и некоторые черты характера.

Анатомо-физиологические особенности и незрелость функциональных систем определяют характер патологии у детей этого возраста.

У них тяжелее протекают острые и хронические расстройства питания и пищеварения. Отмечается предрасположенность к фебрильным судорогам, пароксизмальным состояниям, менингоэнцефалитическим реакциям.

Особенностью развития детей первого года жизни является его неравномерность и большая зависимость от действий взрослого человека. Кроме приспособительных реакций, формируется элементарное коммуникативное поведение. Общение с взрослыми является необходимой потребностью детей уже в первые месяцы жизни. В процессе общения формируются основы психической деятельности ребенка.

С 3-4 недели жизни в ответ на обращенный к ребенку голос и улыбку возникает слуховое сосредоточение и ротовое внимание – ребенок замирает, его губы вытягиваются вперед. Вслед за этой реакцией возникает улыбка.

В возрастном периоде (от 1 до 3 мес.) формируются зрительные и слуховые ориентировочные и ответные эмоционально-двигательные реакции. Ребенок фиксирует взгляд на игрушках, ярких предметах, лице взрослого; прослеживает движущиеся предметы; ищет глазами источник звука.

В начале 2 мес. появляется ответная улыбка на обращенную речь, к 3 мес. - ярко выраженная эмоциональная реакция на общение с взрослыми (комплекс оживления). Двигательное (моторное) развитие ребенка характеризуется способностью совершать симметричные движения, приподниматься на руках, удерживать голову, находясь в горизонтальном или вертикальном положении, во время перемещений; поворачиваться с бока на спину, принимать более удобное для себя положение.

В 3-6 мес. появляется ориентирование в окружающем пространстве, на основе которого формируются понимание речи, предпосылки предметной деятельности, сенсорное восприятие и сложные формы поведения. В этом возрасте существенную роль играет развитие движений руки – движения руками становятся более целенаправленными, появляются попытки самостоятельно брать и манипулировать игрушками. Комплекс оживления становится дифференцированным: ребенок начинает отличать «своих» от «чужих». Развиваются голосовые реакции - наряду с «гулением» появляется лепет.

В двигательном развитии к концу первого полугодия ребенок осваивает повороты со спины на живот и обратно; крепко упирается ножками при вертикализации и совершает шагающие движения; лежа на животе, опирается на ладони выпрямленных рук; сидит с поддержкой или самостоятельно, садится без помощи взрослого (6 мес.); осматривает собственные руки; всей ладонью с частичной оппозицией большого пальца хватает предмет, использует при хватании зрительно-моторную координацию.

Период 6-9 мес. характеризуется скачком в развитии движений. К 7 мес. ребенок хорошо ползает; подтягивается, чтобы встать; совершает шагающие движения; на мгновения удерживает собственную массу тела, распределяет её, стоя с поддержкой (6-7 мес.) и без (8-9 мес.); переступает вдоль барьера (9 мес.). Ребенок становится более активным и самостоятельным, увереннее ориентируется в окружающем пространстве и манипулирует предметами, поднимает перевернутую чашку, участвует в совместной игре, рассматривает

картинки в книге, перелистывает страницы, подражает звукам, избирательно прислушивается знакомым словам;

В 9-12 мес. ведущим является развитие речи.

К 9 мес. значительно расширяется понимание обращенной речи.

К возрасту 10-12 мес. формируется активная речь, ребенок овладевает первыми словами; усложняются его действия с предметами.

В возрасте 10-12 мес. ребенок выполняет действия, показанные взрослым или по его словесной инструкции; выполняет простые команды. Движения рук становятся координированными (рисует, бросает мяч), а действия - более разнообразными и носят целенаправленный характер. Начинают формироваться игровые действия - участвует в совместной игре, использует жесты, чтобы привлечь внимание. Развивается двигательная активность – ребенок встает без помощи взрослых, пытается ходить или ходит с поддержкой, опираясь на предметы (9 мес.); начинает ходить самостоятельно (12 мес.), с опорой поднимается и спускается по лестнице.

К концу первого года жизни ребенок овладевает умениями самостоятельно принимать вертикальную позу и ходить.

Период от 1 года до 3 лет характеризуется значительными сдвигами в процессах роста и развития ребенка, начинается формирование молочных зубов.

Завершается дифференцировка анализаторно-синтетической функции коры головного мозга, определяющей совершенствование локомоторных актов, развитие интеллектуальной сферы, речевой деятельности; обогащается запас представлений, дифференцируются эмоциональные переживания. Продолжается формирование иммунитета. Дети этого возраста чувствительны к возбудителям инфекции, для них характерно интенсивное проявление реакций аллергического типа.

Возрастной период от 1 до 3 лет характеризуется овладением ходьбой, формированием сложных видов движений.

Ведущей становится предметная деятельность, на базе которой формируется наглядно-действенное мышление. Интенсивно развивается речь.

К 2 годам начинает формироваться регулирующая функция речи: ребенок подчиняет свои действия словесной инструкции взрослого, может самостоятельно обнаружить ошибочность собственных действий и исправить ошибку, старается достичь желаемого результата.

Самостоятельно передвигаясь, ребенок осваивает пространство и контактирует с предметами, которые ранее оставались недоступными. Хорошо понимает речь.

К 3 годам ребенок общается с окружающими с помощью развернутых фраз, увеличивается словарный запас, при произнесении слов преобладает интонационно-ритмическая и мелодическая речь.

Речь становится ведущим средством общения и развития мышления ребенка. Совершенствуется восприятие и формируются сенсорные эталоны.

Двигательное развитие предполагает, что к 2 годам ребенок уверенно перешагивает через препятствия, чередуя шаг; нагнувшись, поднимает игрушку с пола; попадает по мячу ногой.

К 3 годам может постоять на одной ноге, прыгать на двух ногах; подниматься и спускаться по лестнице; кататься на трехколесном велосипеде.

Уровень развития мелкой моторики позволяет в возрасте 2 лет обвести по предложенному контуру вертикальные линии и круги, а к 3 годам – копировать круг, рисовать человечка без туловища («головонога»).

В возрасте 3 лет заканчивается период раннего детства, и ребенок вступает в новый этап развития, который длится до 7 лет.

Говоря о физическом развитии ребенка, необходимо отметить, что этот процесс взаимодействует с социальными факторами при формировании человека.

На этой основе устанавливается ряд закономерностей формирования некоторых патологических процессов.

Установлено, что существуют периоды повышенной восприимчивости к различным вредностям. Это так называемые возрастные кризисы, которые обусловлены перестройками в организме. Этим объясняется тот факт, что в разные годы жизни организм ребенка по-разному реагирует на вредоносное воздействие.

Так, в возрасте 0 - 3 года преобладает соматовегетативный тип реагирования (повышенная возбудимость, расстройства пищеварения, питания, сна, навыков опрятности).

В возрасте от 4 до 10 лет преобладает психомоторный тип (двигательная расторможенность, тики, заикание и т.п.).

Для возраста от 7 до 12 лет характерен аффективный тип реагирования (страхи, уход из дома, бродяжничество).

В возрасте 12 – 16 лет часто возникают сверхценные идеи, сверхценные увлечения и интересы, фантазирование, анорексии и т.п.

1.2. Особенности психического развития детей раннего возраста

Переходя к описанию психического развития детей, следует отметить, что, психологи (З. Фрейд, Э. Эриксон, Ж. Пиаже, Л.С. Выготский и др.) большое внимание уделяли изучению раннего этапа жизни ребенка и придавали ему особенное значение.

Психологический подход к изучению детского возраста отличается от другого тем, что он имеет дело с особенной единицей анализа – это возраст, который является не просто календарной датой. По выражению Л.С. Выготского, возраст ребенка – это относительно замкнутый цикл детского развития, имеющий свою структуру и динамику.

Продолжительность возраста определяется его внутренним содержанием. Часто хронологический и психологический возраст не совпадают, в таких

случаях хронологический возраст служит лишь точкой отсчета, на фоне которой происходит процесс психического развития ребенка.

Значительный вклад в разработку вопросов психического развития детей был сделан выдающимся отечественным психологом Л.С. Выготским. Им были разработаны основные законы нормального развития психики у детей, им же был описан особый тип психического развития.

По его мнению, особенностью детского развития психики является непреформированность. Это такой тип развития, который детерминирован не снизу, т.е. не обусловлен нижележащими особенностями организма, а сверху, т.е. теми формами и уровнем развития науки и практики, которые доступны в обществе. Иными словами, человеческое развитие происходит по образцу, сложившемуся в обществе. Особенностью детского развития является то, что оно подчиняется общественно-историческим законам, а не биологическим, как у животных.

Ему же принадлежит мысль о том, что ребенка нельзя рассматривать как маленького взрослого, который меньше знает и умеет, а как существо с качественной иной психикой.

1.3. Варианты нарушений нормального психического развития детей

Известно, что не всегда психическое развитие ребенка протекает в соответствии со стандартными нормами.

В таких случаях, по мнению Л.С. Выготского, развитие психики протекает, подчиняясь тем же законам, что и нормальное развитие, хотя и возможно формирование специфических черт и особенностей. Возможно формирование различных вариантов дизонтогенеза интеллектуальной, моторной, сенсорной и эмоциональной сфер.

Виды нарушенного психического развития Г.Е. Сухарева (1959) с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное, искаженное развитие, Л. Каннер выделяет лишь недоразвитие и искаженное развитие.

Г.К. Ушаков (1973) и В.В. Ковалев (1979), основным клиническими типами психического дизонтогенеза рассматривают два:

- 1) ретардация - замедление или стойкое психическое недоразвитие, как общее, так и парциальное;
- 2) асинхрония - неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации [2].

По мнению В.В. Лебединского (1986), психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами:

- 1) общее стойкое недоразвитие,
- 2) задержанное развитие,
- 3) поврежденное развитие,

- 4) дефицитарное развитие,
- 5) искаженное развитие,
- 6) дисгармоническое развитие.

Предлагаемая классификация основана на выделении основного качества нарушения развития: либо это отставание, задержка темпа развития; либо диспропорциональность его; либо его искажение; либо полом и выпадение отдельных функций.

Для дизонтогенеза по типу *общего стойкого недоразвития* наиболее типично раннее время поражения, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития.

Типичным примером стойкого недоразвития, по мнению В.В. Лебединского, является олигофрения. Экстенсивность поражения, связанная с генетическими пороками развития, диффузным повреждением незрелого мозга при ряде внутриутробных, родовых и ранних постнатальных воздействий, обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем. Вторичный же дефект имеет сложный характер. Он формируется за счет недостаточности воздействия со стороны наиболее страдающих высших психических функций, а также и недостаточности воздействия дефектных базальных функций на высшие.

Для данного типа дизонтогенеза характерна выраженная инертность психических процессов с фиксацией на примитивных ассоциативных связях, с трудностью их перестройки. Формирование иерархических связей грубо затруднено. Различные функции недоразвиты неравномерно. Наиболее выражена недостаточность высших психических функций и меньше — базальных: развитие интеллекта, как правило, страдает в большей степени, чем речи, а последняя нарушена больше, чем восприятие, память, моторика, элементарные эмоции.

Для психического дизонтогенеза по типу *задержанного развития*, характерно замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах.

Задержанное психическое развитие может быть вызвано генетическими факторами, соматогенными (хронические соматические заболевания), психогенными (неблагоприятные условия воспитания), а также церебрально-органической недостаточностью, чаще резидуального характера (инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постнатального периода). При этом проявляется задержка развития эмоциональной сферы во всех клинических вариантах инфантилизма (конституциональный, соматогенный, психогенный, церебрально-органический). Замедление же темпа познавательной деятельности связано при соматических заболеваниях с хронической астенией (общей повышенной истощаемостью); при психогенных формах - в большей мере с явлениями микросоциальной и педагогической запущенности; при церебрально-

органических поражениях, наиболее часто приводящих к трудностям в обучении, с одной стороны, с нейродинамическими (в первую очередь церебрастеническими) и энцефалопатическими (психопатоподобными, эпилептиформными и др.) расстройствами, а в ряде случаев - с первичной недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций (праксиса, гнозиса, речи, памяти и т. д.).

Для задержанного развития характерна мозаичность поражения, при которой наряду с дефицитарными функциями имеются и сохранные. Наблюдается инертная фиксация более элементарных связей, преимущественно в базальных звеньях, что ведет к временной задержке затухания более ранних форм психической деятельности. Явления асинхронии обусловлены тем, что первичный дефект чаще нарушает развитие отдельных базальных звеньев психических процессов, высшие же уровни страдают вторично.

Парциальность поражения связана с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранности высших регуляторных систем, преимущественно нейродинамического характера, что отличает задержанное развитие от стойкого психического недоразвития по типу олигофрении и определяет более благоприятный прогноз его динамики и возможность коррекции.

Поврежденное развитие имеет следующую этиологию: наследственные заболевания; постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС.

Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2 - 3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована, а их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Следует отметить, что компонент повреждения присутствует почти при всех видах аномального развития. Однако при других видах дизонтогенеза он является либо осложняющим фактором при осложненной олигофрении, либо пусковым механизмом в случае замедления темпа развития и т. д.

Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция. При ее возникновении в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетически более молодых новообразований (лобных систем).

В более старшем детском возрасте может иметь место и первичное повреждение лобных систем. Страдают лобно-подкорковые взаимоотношения. Наряду с выпадением отдельных корковых функций, прежде всего, отмечаются расстройства эмоциональной сферы, нередко с расторможенностью влечений, тяжелые нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархических связей, нередко с грубым регрессом интеллекта и поведения.

Особый вид дизонтогенеза представляет собой *дефицитарное развитие*¹, связанное с тяжелыми нарушениями (грубым недоразвитием либо повреждением) отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, а также рядом инвалидизирующих хронических соматических заболеваний.

Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом.

Асинхрония при дефицитарном развитии проявляется в разной степени недоразвития одних анализаторных систем при сохранности других. Дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции. Так, нарушение зрения приводит к недоразвитию координации между речью и действием.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с глубиной поражения данной функции. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы, других сенсорных и регуляторных систем.

Дефицитарное развитие при нарушениях отдельных сенсорных систем дает наиболее яркие примеры компенсации за счет сохранности других каналов связи и интеллектуальных возможностей. Эта компенсация осуществляется в условиях адекватного воспитания и обучения.

В случае недостаточности коррекционной работы возникают явления депривации, приводящие к нарушению развития, как познавательной деятельности, так и личности ребенка.

При *искаженном развитии* наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований.

Искаженное развитие чаще свойственно ряду процессуальных наследственных заболеваний.

Наиболее характерной моделью является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. Его этиология и патогенез неясны. В значительной части случаев речь идет о ранней детской шизофрении. В последнее время все чаще высказывается мнение о связи этой аномалии развития и с органическим поражением мозга.

Для искаженного развития характерна наиболее выраженная асинхрония. В процессе формирования психических функций наблюдается иная иерархия в последовательности развития отдельных систем, противоположная нормальному

¹ термин, предложенный В.В. Ковалевым (1976, 1979) в отношении патологического формирования личности у детей с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, а также хроническими соматическими заболеваниями, при которых дефицитарность в сенсорной, моторной, соматической сферах обуславливает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы

онтогенезу: так, преждевременное развитие речи значительно обгоняет формирование локомоторных функций, а в более старшем возрасте развитие вербального интеллекта парадоксально опережает становление предметных навыков.

Большое значение в искаженном дизонтогенезе имеют явления «изоляции»: функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других. Формируясь на собственной узкой основе, в более тяжелых случаях они «зацикливаются», что приводит к явлениям стереотипии в речи, игровых действиях и т.д. Даже при шизофренической природе раннего аутизма явления дизонтогенеза нередко выражены больше, чем симптомы болезни. Однако последним также принадлежит определенная роль в формировании дизонтогенеза.

Так, возникновение аутизма, особенно на ранних этапах развития, в большей мере обусловлено диффузными страхами окружающего. Выраженный дефицит общения, а в свою очередь является важнейшим тормозом социального развития больного ребенка.

Дисгармоническое развитие по своей структуре в определенной мере напоминает искаженное развитие. Это сходство состоит в сочетании явлений ретардации одних систем с парциальной акселерацией других. Наблюдается и сходное с искаженным развитием нарушение иерархии в последовательности развития ряда психических функций.

Отличие дисгармонического развития от искаженного развития состоит в том, что основой этого вида дизонтогенеза является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные виды искаженных межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Эта диспропорциональность, по Г.Е. Сухаревой (1955), обуславливает формирование ряда аномальных вариантов личности, для которых характерна «неадекватная реакция на внешние средовые раздражители, вследствие чего более или менее нарушено поведение и затруднена активная приспособляемость к окружающей среде».

Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, в первую очередь конституциональных, большей частью наследственно обусловленных, а также так называемые патологические формирования личности (О.В. Кербиков, 1960, 1965; В.В. Ковалев, 1969, 1979) в результате неправильных условий воспитания.

Отсутствие грубых психопатологических расстройств и прогрессирования нарушений развития, характерных для текущего болезненного процесса, ограниченность дизонтогенеза преимущественно личностной сферой переносят акцент в становлении данной аномалии развития на социальный фактор. Степень выраженности психопатии и само ее формирование в значительной мере зависят от условий воспитания и окружения ребенка.

Таковы основные варианты психического дизонтогенеза у детей.