**Содержание.**

Введение……………………………………………………………………….стр. 3

**Глава I. Теоретическая .**……………………………………………………стр. 6

1. Понятия "нормы" и "отклонения в развитии"…………………………..стр. 6
2. Особенности протекания возрастного периода «младенчество»………стр. 11
3. Проблема ранней диагностики отклонений в развитии…………………стр.18

### **Глава II. Экспериментальная**……………………………………………….стр.22

1. Диагностика психического развития младенцев в возрасте 6-8 месяцев……………………………………………………………………………стр.22

2. Выявление взаимосвязи между течением беременности и родов и отклонением психического развития детей 1 года жизни……………..стр.30

2.1. Анализ беременностей и родов матерей диагностируемых детей…..стр.30

2.2. Выделение различных групп женщин в зависимости от течения беременности и родов…………………………………………………...стр.31

2.3.Выделение уровня отклонений в развитии…………………………….стр.32

2.4. Соотнесение уровней отклонений психического развития младенцев с течением беременности и родов………………...………………………стр.33

Выводы……...…………………………………………………………..……...стр.34

Заключение………………………………………………………………….… стр.35

Литература……………………………………………………………………...стр.36

**Введение.**

**Актуальность исследования.**

В последнее время внимание психологов во всем мире привлечено к проблемам раннего детства. И это не случайно, так как первые годы жизни являются периодом наиболее интенсивного развития, когда закладывается фундамент физического, психического и нравственного здоровья. От того, в каких условиях оно будет протекать, во многом зависит будущее ребенка.

Размышляя о том, как складывается жизнь малыша, невольно понимаешь, что во многом это зависит от нас, взрослых. От того, как мы помогаем ему войти с доверием в этот мир сложных и противоречивых отношений, от тех условий, которые создаются для ребенка в семье - эмоционального и физического комфорта, тепла и уюта в доме, от тех отношений, которые складываются между родителями, от того, как они понимают младенца, что хотят дать и получить от своего малыша.

Каждый период детства имеет свои особые, неповторимые достоинства, присущие только определенному этапу развития. Но именно в период младенчества закладываются основы психологического, физиологического и нравственного здоровья.

Знание факторов развития ребенка является реальной основой для формирования критериев и показателей их психического и нравственного развития, его интеллекта, эмоционально-волевой сферы, в целом личности маленького человека.

Для того, чтобы понять сложную, многофакторную и порой весьма противоречивую картину психического развития ребенка, необходимо найти и точно определить рычаги, запускающие в действие и регулирующие процесс этого развития. В первую очередь, такими пусковыми механизмами является беременность и роды, а также та социальная среда, в которую попадает младенец.

В наш современный век эти механизмы очень часто "дают сбой" (ухудшение экологии, ослабление физического здоровья и снижение стрессоустойчивости мам и др.). Это не может не отразиться на малышах. И как результат таких сбоев - увеличение детей с различными отклонениями в психическом развитии. Таким образом, одной из важнейших проблем психологов является выявление таких отклонений в первый год жизни ребенка с целью их дальнейшей коррекции.

Наша работа посвящена диагностике психического развития в младенческом возрасте и установлению взаимосвязи между протеканием беременности, родами и психическим развитием ребенка первого года жизни. Прежде чем начать работу, необходимо описать научный аппарат исследования.

**Тема исследования:** Выявление отклонений психического развития у детей первого года жизни.

**Цель исследования:** провести диагностику психического развития младенцев и выявить взаимосвязи между протеканием беременности, родами и психическим развитием ребенка первого года жизни.

**Предмет исследования:** психическое развитие младенцев.

**Объект исследования:** особенности психического развития детей в возрасте от 6 до 8 месяцев.

**Гипотеза исследования:** физическое и психическое развитие младенца будет проходить нормально, если беременность и роды будут процессами неосложненными и контролируемыми.

**Задачи исследования:**

1. Осуществить анализ медицинской, психологической и психолого-педагогической литературы по теме исследования.
2. Подготовить пакет методического обеспечения для проведения ранней диагностики отклонений в развитии ребенка.
3. Провести диагностику психического развития младенцев.
4. Выявить факторы, вызывающие отклонение в развитии.
5. Проанализировать течение беременностей и родов у матерей исследуемых детей.
6. Установить закономерности между течением беременности и родов и здоровьем малышей.
7. Проанализировать результаты исследования и сделать выводы.

**База исследования:** детский специализированный городской дом ребенка г. Тулы.

**Методы исследования:**

1. Анализ литературы по теме исследования.
2. Сбор анамнестических данных, изучение медицинских карт детей и их мам.
3. Наблюдение.
4. Беседа с персоналом, ухаживающим за детьми, психологом.
5. Количественный и качественный анализ результатов эксперимента.

**Глава I. Теоретическая.**

**1. Понятия "нормы" и "отклонение в развитии".**

Понятие «отклоняющееся развитие» можно рассматривать только как *«отклоняющееся от (или относительно) чего-либо».* Использование этого определения в такой плоскости требует внесения опре­деленной динамики, постоянных изменений (во времени) в развитии и оцен­ки этих изменений в сравнении с нормативным ходом развития ребенка. Для этого, соответственно, необходимо определить, что является «нормой», «нор­мативным развитием» и т.п.

До сих пор эти понятия рассматривались как набор статистически опре­деляемых количественных показателей, характеризующих некий «срез» пси­хического развития в конкретный момент времени (возраст ребенка). Каче­ственное изменение структуры всей психической деятельности ребенка, иерар­хия высших психических функций, включая «ведущие» и «ведомые» образования и системы, оцениваются как изменяющиеся исключи­тельно на границах возрастных периодов (возрастных кризисов), определен­ных еще в работах Л.С. Выготского, А.Б. Эльконина, других отечественных исследователей. Отсюда вытекает и фактически постулируемое положение о постоянстве новообразований, которые, возникая в критические моменты (воз­растные кризисы), оказываются практически «неизменяемыми» в межкризис­ные периоды. На практике такое положение вещей определяет изолирован­ную, как правило в пределах одной функции, количественную оценку ее в сравнении со статистическими количественными показателями, полученными для этой психической функции для конкретного возраста. Нормативным развитием в данном случае считается ситуация, когда количественные оцен­ки функции (в лучшем случае нескольких функций) не выходят за пределы статистически полученных отклонений, характерных для данного возраста.

Такое понятие «нормы» фактически отрицает как оценку динамики от­дельных психических функций и всей структуры психического развития в целом, так и означает вытекающее отсюда фактическое пренебрежение *гетерохронностъю развития* (разновременность формирования и опережения од­них функций другими), пренебрежение теснейшей взаимообусловленнос­тью всех систем и психических образований в процессе развития. Помимо это­го подобный статичный «срезовый» подход не дает возможности оценить адаптивность и компенсаторность самого психического онтогенеза в услови­ях эндо- и экзогенных воздействий, включая и влияние социальных факто­ров, в особенности системы воспитания и обучения. Определение "степени нормальности" человека - проблема сложная, ответственная и неоднозначная. В наше время это понятие все больше "размывается" и рассматривается в различных значениях.

Для более четкого определения, что такое «нормативное развитие», нам кажется продуктивным использование такого понятия, как «идеальная про­грамма развития», или короче - *«программа развития».* В данном случае подразумевается своевременное поступательное формирование взаимосвязан­ных функций и их систем в условиях «идеаль­ной» обусловленности внутренними (генетическими) законами и столь же «идеальным» воздействием внешних факторов, в которые вклю­чается присущее развитию ребенка столь же «идеальное» при­своение человеческого опыта согласно культурно-исторической теории Л.С. Выготского. Необходимым условием для развертывания подобной «иде­альной» программы является такая же идеальная нейробиологическая «предуготованность» и последовательное формирование мозговой организации пси­хических процессов.

Таким образом, психический онтогенез может быть представлен как последовательный континуум взаимосвязанных между собой и «разверты­вающихся», изменяющихся во времени высших психических функций, в том числе их базовых составляющих. Естественно, подобная «идеальная» модель может существовать исключительно только как про­грамма развития некоего «идеального» ребенка в идеальных условиях. В то же время каждый конкретный случай имеет индивидуальные различия онтогенеза как отдельных психических функций, так и всей системы ВПФ в целом.

Кроме того, не должно создаться впечатление, что такой подход отрицает или каким-либо образом «принижает» важность влияния окружающего ребенка социума, в частности взрослого, как одного из важнейших источников прижизненного формирования и становления новых психических функций и качеств ребенка.

Чтобы перейти непосредственно к расшиф­ровке термина «отклоняющееся развитие», необходимо привлечь к анализу еще одно базовое понятие — «социально-психологический норматив».

Понятие «социально-психологический норматив» в сжатом виде можно определить как систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов. Чтобы успешно функционировать в конкретном обществе, каждый человек должен отвечать тем требованиям, которые к нему предъявляются. Эти требования и составляют содержание СПН и являются *идеальной моделью* системы тре­бований социальной общности к личности. В свою очередь, СПН следует рас­сматривать в системе образовательно-возрастных границ, что как бы выделя­ет определенный разброс, «коридор», определяющий качественно-количественные показатели каждого конкретного СПН.

Таким образом, динамически объединив понятия *«программа развития» и «социально-психологический норматив»* в контексте вышеприведенных оп­ределений, можно представить, что какие-либо изменения (девиации) «про­граммы развития (одной или одновременно нескольких психических функций) в рамках (в пределах) параметров социально-психологического норматива можно рассматривать как *«условно нормативное развитие».* То есть услов­но нормативное развитие представляется в виде некоего «коридора», «облас­ти нормативного развития», границы которой определяются действующим в конкретном месте и времени социально-психологическим нормативом, опре­деляемым, в свою очередь, образовательной, социокультурной, этнической и т.п. ситуациями. В то же время любое изменение (девиация) той же психической функции, группы функций или всей системы ВПФ, выходящее за пределы области, определяемой конкретным СПН, можно оценить как *отклоняющее­ся развитие.*

Следовательно, мы можем окончательно сформулировать понятие *«отклоняющееся развитие***»:** *любое отклонение отдельной функции или системы психических функций от «программы развития» вне зависимости от знака этого изменения «+» или «-» (опережение или запаздывание), вы­ходящее за пределы социально-психологического норматива, определяемо­го для данной образовательной, социокультурной или этнической ситуа­ции и данного возраста ребенка, следует рассматривать как отклоняю­щееся развитие данной функции или системы психических функций. Ребенок, демонстрирующий подобные феномены, должен быть отнесен к категории детей с отклоняющимся развитием.*

Причины таких отклонений много и, они могут носить различный характер. Условно их можно разделить на 2 части: биологические и социальные.

По времени воздействия патогенные факторы делятся на:

\* Пренатальные (до начала родовой деятельности);

\* Натальные (в период родовой деятельности);

\* Постантальные (после родов, прежде всего имевшие место в период с раннего детства до 3 лет).

К биологическим факторам риска относятся:

\* хромосомно-генетические отклонения;

\* инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, грипп);

\* венерические заболевания (гонорея, сифилис);

\* эндокринные заболевания матери, в частности диабет;

\* несовместимость по резус-фактору;

\* алкоголизм и прием наркотиков родителями, и особенно матерью;

\* биохимические вредности (радиация, экологическое загрязнение окружающей среды, неправильное использование медицинских препаратов и др.), воздействующие на родителей до наступления беременности или на мать во время беременности, а также на самих детей в ранние периоды постнатального развития;

\* серьезные отклонения в соматическом здоровье матери, включая недоедание, гиповитаминоз, опухолевые заболевания, общую соматическую ослабленность;

\* гипоксические (кислородная недостаточность);

\* токсикозы матери во время беременности, особенно во второй ее половине;

\* патологическое протекание родовой деятельности, особенно сопровождающееся травматизацией головного мозга;

\* мозговые травмы и тяжелые инфекционные заболевания, перенесенные ребенком в раннем возрасте;

\* хронические заболевания (такие, как астма, заболевания крови, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и др.), начавшиеся в раннем и дошкольном возрасте.

К социальным факторам риска относятся:

В пренатальный и натальный периодах развития:

\* неблагоприятные социальные ситуации, в которых оказывается мать ребенка и которые направлены непосредственно против самого ребенка (желание прервать беременность, негативные и тревожные чувства, связанные с будущим материнством, и др.);

\* сильные и кратковременные стрессы у матери во время беременности (потрясения, испуги);

\* неблагоприятное и не комфортное, в психологическом плане, протекание родов;

В постанатальный период:

\* отсутствие или недостаток эмоционально-личностного общения ребенка с взрослыми (родителями);

\* отсутствие или недостаток речевого общения ребенка с взрослыми (родителями);

К основным категориям детей с ограниченными возможностями здоровья относят:

\* с нарушением слуха (глухие, слабослышащие);

\* с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);

\* с тяжелыми нарушениями речи (логопаты);

\* с нарушением интеллектуального развития (умственно отсталые, дети с задержкой психического развития);

\* с комплексными нарушениями психофизического развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые, глухие умственно отсталые и др.);

* с нарушениями опорно-двигательного аппарата

**2. Особенности протекания возрастного периода «младенчество».**

В нормальных условиях появление нового человека является результатом готовности матери к его рождению. Новорожденный изначально беспомощен, едва появившись на свет, он должен приспособиться к условиям существования, которые резко отличаются от жизни в утробе матери. Жизнь новорожденного зависит от того, как его организм может адаптироваться к изменившимся условиям среды.

##### Период новорожденности

Физиологические особенности.

Длится от момента рождения до 1-2 месяцев. Доношенным ребенок считается, если он рождается в 38-42 недели беременности, весит не менее 2500,0 грамм и его рост не меньше 45 см. Также признаками доношенности являются: розовый цвет кожных покровов, хорошо развитые безусловные рефлексы, волосяной покров располагается только на плечиках, ногтевое ложе полностью заполнено ногтем, у девочек большие половые губы закрывают малые, у мальчиков яички находятся в мошонке. Слух к моменту рождения хорошо развит, но малыш не дифференцирует звуки. Зрение отстает от слуха: примерно месяц ребенок видит предметы в перевернутом виде и черно-белом свете. Хорошо развит вкус (может дифференцировать горькое, сладкое, кислое, солёное к моменту рождения). Обоняние и осязание также хорошо развиты к моменту рождения.

Психологические особенности.

Кризис новорожденности, его психологическая сущность

В момент родов, пишет Л.С, Выготский, ребенок физически отделяется от матери, но биологического отделения от нее в этот момент не происходит. Ведь в основных жизненных функциях ребенок остается еще долго не самостоятельным существом. Жизнедеятельность и само существование ребенка в тот период дают основание Л.С. Выготскому говорить о периоде новорожденности как особом возрастном этапе, "обладающем всеми отличительными чертами критического возраста".

Самую главную особенность данного возрастного периода Л.С. Выготский видит в своеобразии ситуации развития. Она, эта ситуация, создается благодаря тому, что, отделяясь от матери физически, ребенок не отделяется от нее биологически. А потому существование ребенка в период новорожденности можно рассматривать как промежуточное состояние между внутриутробным и внеутробным развитием. "Новорожденность как бы соединительное звено между утробным и внеутробным развитием, она совмещает в себе черты того и другого. Это звено, - пишет Л.С. Выготский, - представляет собой в истинном смысле переходный этап от одного типа развития к другому, коренным образом отличному от первого".

К характеристикам психической жизни ребенка Л.С. Выготский относит: "недифференцированность и нерасчлененность переживаний, представляющих как бы сплав влечения, аффекта и ощущения"; неумение выделить себя и свои переживания в ряду объективных вещей ребенком, отсутствие способности дифференцировать социальные и физические объекты; нерасчлененное восприятие ситуации в целом.

Критерием для определения возрастных границ периода новорожденности Л.С. Выготский предлагает считать степень социального развития ребенка. Новорожденный, считает Л.С. Выготский, не обнаруживает никаких специфических форм социального поведения. Первое общение ребенка с человеком возможно лишь за пределами данного периода. Ибо для настоящего общения, подчеркивает свою мысль Л.С. Выготский, обязательно необходимы психические процессы, благодаря которым ребенок "сознает", что кто-то с ним занимается, благодаря которым ребенок реагирует на человека иначе, чем на все окружающее. Таких возможностей у ребенка пока нет. Психическая жизнь новорожденного ребенка связана преимущественно с подкорковыми отделами мозга.

К концу первого или началу второго месяца в психической и социальной жизни ребенка появляется переломный момент. Его связывают со специфической реакцией ребенка на человеческий голос. У него вырабатывается особая эмоционально-двигательная реакция, обращенная к взрослому, которая называется комплекс оживления - основное новообразование критического периода. Это и первый акт общения. Появление улыбки в ответ на разговор взрослого человека суть этой специфической реакции. В конце первого месяца крик одного ребенка может вызывать ответный крик у другого.

Появление комплекса оживления и использование его ребенком как коммуникативного средства во взаимодействии с взрослыми заставляет Л. С. Выготского заключить, что именно здесь лежит "верхняя граница периода новорожденности, переходя которую ребенок вступает в новый возрастной этап развития".

*Собственно младенчество.*

Младенчество - период, когда ребенок развивается в физиологическом, психологическом и социальном плане очень быстро, проходя колоссальный путь от беспомощного новорожденного с маленьким набором врожденных реакций, до активного младенца, способного смотреть, слушать, действовать, решать некоторые наглядно воспринимаемые ситуации, взывать о помощи, привлекать внимание, радоваться и огорчаться. Длится от 1-2 до 12 месяцев.

Физиологические особенности.

Организм ребенка претерпевает огромные перемены. Вес ребенка к 6 мес. удваивается, а к году утраивается. За год в росте малыш прибавляет около 25см. Развиваются все органы и системы. В 2 месяца ребенок хорошо держит головку, в 4 - может сидеть на руке, в 5 - начинает переворачиваться и может сидеть в подушках. В 6 - сидит самостоятельно, в 7-8 может ползать, в 8 - стоит в кроватке, в 9-10 стоять на полу, переступает в кроватке, идет, держась за руку, 11-12 ходит самостоятельно. Также к году у ребенка появляются зубы, их количество 6-8 штук.

Психические особенности.

Социальная ситуация развития и новообразования возраста

Специфическая реакция улыбки на лицо матери есть показатель того, что социальная ситуация психического развития ребенка уже сложилась. Это социальная ситуация связанности ребенка с взрослым. Л. С. Выготский назвал ее социальной ситуацией" "МЫ".

Социальная ситуация неразрывного единства ребенка и взрослого содержит в себе противоречие: ребенок максимально нуждается во взрослом и, в то же время, не имеет специфических средств воздействия на него. Это противоречие решается на протяжении всего периода младенчества. Разрешение указанного противоречия приводит к разрушению социальной ситуации развития, которая его породила.

Социальная ситуация общей жизни ребенка с матерью приводит к возникновению нового типа деятельности - непосредственного эмоционального общения ребенка и матери. Как показали исследования Д. Б. Эльконина и М. И. Лисиной, специфическая особенность этого типа деятельности состоит в том, что предмет этой деятельности - другой человек. Но если предмет деятельности - другой человек, то эта деятельность - и есть общение. Со стороны взрослого ребенок становится предметом деятельности. Со стороны ребенка можно наблюдать возникновение первых форм воздействия на взрослого. Так, очень скоро голосовые реакции ребенка приобретают характер эмоционально активного призыва, хныканье превращается в поведенческий акт, направленный на взрослого человека. Это еще не речь в собственном смысле слова, пока это лишь только эмоционально-выразительные реакции.

Общение в этот период должно носить эмоционально-положительный характер. Тем самым у ребенка создается эмоционально-положительный тонус, что служит признаком физического и психического здоровья.

Является ли общение ведущим типом деятельности в младенческом возрасте? Исследования показали, что дефицит общения в этот период сказывается отрицательно.

Это первый подпериод младенческого возраста.

Примерно в 5 месяцев происходит перелом в развитии ребенка, и начинается II подпериод младенческого возраста. Он связан с возникновением акта хватания - первого организованного, направленного действия. Это настоящая революция в развитии ребенка первого года жизни. Акт хватания подготавливается всей предшествующей его жизнью. Он организуется взрослым, и рождается как совместная деятельность ребенка с взрослым, но это обычно не замечают.

Акт хватания - это поведенческий акт, а поведение предполагает обязательное участие ориентировки. Акт хватания имеет чрезвычайное значение для психического развития ребенка. С ним связано возникновение предметного восприятия. Когда раздражитель падает на глаз, образа еще нет. Образ возникает тогда, когда есть практический, действенный контакт между изображением и предметом. Благодаря хватанию возникает пространство, это пространство вытянутой руки, протяженность его невелика, но предмет вырывается из прежней схемы. На основе акта хватания расширяются возможности манипулирования с предметом, а в возрасте от 4 до 7 месяцев возникают результативные действия: простое перемещение предмета, двигание им, извлечение из него звуков. В возрасте 7-10 месяцев формируются соотносимые действия: ребенок может манипулировать с двумя объектами одновременно, отдаляя их от себя и, соотнося их между собой: ребенок отводит объект от себя, приближая его к другому объекту, чтобы положить, поставить или нанизать на него. К концу младенческого возраста (10-11 до 14 месяцев) возникает этап функциональных действий: это более совершенные действия нанизывания, открывания, вкладывания, но если раньше ребенок выполнял действие одним показанным ему способом и на одних и тех же предметах, то теперь он пытается воспроизвести действие на всех возможных объектах.

Хватание, направление к предмету стимулирует возникновение сидения. Когда ребенок садится, перед ним открываются другие предметы. Благодаря этому общение приобретает другой характер, оно становится общением по поводу предметов. М. И. Лисина назвала его ситуативно-деловым. Начиная со второго полугодия жизни, ребенок больше не соглашается просто "обмениваться с взрослым ласками". Ему теперь уже нужно, чтобы взрослый "сотрудничал" с ним в деле, организовывал его, помогал в трудную минуту, подбадривал при неуспехе, хвалил за достижения. Изменение предмета общения требует новых средств и способов воздействия на взрослого. Из протянутой к недосягаемому предмету руки возникает указательный жест. Он уже предметно отнесен и содержит в себе зародыш слова.

К концу младенческого возраста у ребенка возникает первое понимание слов, а у взрослого появляется возможность управлять ориентировкой ребенка.

К 9 месяцам (начало кризиса 1-го года) ребенок становится на ножки, начинает ходить. Как подчеркивал Д. Б. Эльконин, главное в акте ходьбы не только то, что расширяется пространство ребенка, но и то, что ребенок отделяет себя от взрослого. Впервые происходит раздробление единой социальной ситуации "Мы", теперь не мама ведет ребенка, а он ведет маму, куда хочет. Ходьба - первое из основных новообразований младенческого возраста, знаменующих собой разрыв старой ситуации развития.

Второе основное новообразование этого возраста - появление первого слова. Особенность первых слов в том, что они носят характер указательных жестов. Ходьба и обогащение предметных действий требуют речи, которая бы удовлетворяла общение по поводу предметов. Речь, как и все новообразования возраста, носит переходный характер. Это автономная, ситуативная, эмоционально окрашенная речь, понятная только близким. Это речь специфическая по своей структуре, состоящая из обрывков слов. Исследователи называют ее "языком нянь". Но какой бы ни была эта речь, она представляет собой новое качество, которое может служить критерием того, что старая социальная ситуация развития ребенка распалась. Там, где было единство, стало двое: взрослый и ребенок. Между ними выросло новое содержание - предметная деятельность.

##### Кризис первого года жизни

Суть любого кризиса в детском развитии, по Л.С. Выготскому, состоит в следующем: новообразования возраста, которые складываются к концу возрастного периода, вступают в противоречие со старой социальной ситуацией развития. Так, возросшая, благодаря ходьбе и первому слову, самостоятельность ребенка делает рамки единства матери и ребенка слишком узкими.

О ребенке этого возраста нельзя сказать, ходящий он или неходящий. Речь может идти в данном случае, по мнению Л.С. Выготского, о самом становлении ходьбы. Это и есть первый момент в содержании данного кризиса.

Второй момент, описывающий суть кризиса первого года жизни - относится к речи. И здесь мы не можем сказать, является ли ребенок говорящим или нет. Однако именно здесь можно говорить о наличии латентного периода в становлении речи, который длится, по Л. С. Выготскому, примерно три месяца.

В качестве третьего момента, характеризующего кризис первого года жизни, Л.С. Выготский называет особенности проявления аффектов и воли. В связи с кризисом у ребенка возникают первые акты протеста, оппозиции, противопоставления себя другим.

При неправильном воспитании такие реакции ребенка могут проявляться с особой интенсивностью. Обычно у ребенка, которому в чем-нибудь отказано или которого не поняли, наблюдается резкое нарастание аффекта, заканчивающегося часто тем, что ребенок ложится на пол, начинает кричать, отказывается ходить, бьет ногами об пол. Это реакция, направленная против запретов, отказов и т.д. и выражающаяся в том, что ребенок как бы возвращается к более раннему периоду, но использует он это, конечно, совершенно иначе.

**3. Проблема ранней диагностики отклонений в развитии.**

Фактически в современной медицинской практике первичная диагностика развития ребенка осуществляется уже в первые часы его жизни. Проводится она врачом-неонатологом в родильном доме. В период новорожденности у ребенка превалируют различные рефлексы, отражающие состояние и процессы созревания нервной системы, что, как мы считаем, является одним из основополагающих факторов наличия или отсутствия отклонений в психологическом здоровье ребенка.

Ребенок рождается с определенной готовностью нервной системы приспосабливать организм к внешним условиям. Так сразу, после рождения включаются рефлексы, обеспечивающие работу основных систем организма.

В первые дни можно отметить группу функциональных рефлексов, необходимых для выживания:

\* защитный - если новорожденного положить на живот, то он рефлекторно поворачивает голову в сторону;

\* зрачковый - при резком увеличение света зрачок сужается;

\* мигательный - при мелькании света или дуновении воздуха малыш прищуривается или закрывает глаза;

\* сосательный - при раздражении полости рта ребенок начинает сосать;

\* поисковый - при прикосновении к щеке малыш поворачивает голову в сторону раздражителя и с открытым ртом ищет грудь.

Эти жизненно важные врожденные реакции для ребенка. Они помогают ему приспособиться к новым условиям существования. Если какие-либо из этих врожденных реакций отсутствуют, то врач может заподозрить отклонения в работе нервной системы, что в свою очередь может привести к отклонению в психическом развитии. Помимо этих рефлексов, есть еще и другие, которые утратили свою важность в ходе эволюции, но их отсутствие или снижение является важным диагностическим признаком при оценке работы нервной системы в период новорожденности. Перечислим их: рефлекс опоры и автоматическая походка новорожденного, хватательный рефлекс, рефлекс ползанья и др.

В этот период развития особое значение имеет выявление сниженной чувствительности и реактивности к зрительным и слуховым раздражителям. Чем раньше диагностируется сенсорная недостаточность, тем выше возможности развития сохранных звеньев и компенсации с использованием неповрежденных анализаторов. В этих случаях наибольшую диагностическую ценность имеют методы электрофизиологического обследования младенцев с помощью регистрации зрительных и слуховых вызванных потенциалов.

После двух месяцев с целью выявления соответствия нормам проводится психологическое обследование. О.В. Баженова и Е.И. Морозова разработали следующую схему обследования ребенка с 1,5-2 месяцев до 1 года. Обследование ребенка включает анализ уровня развития:

1) двигательной сферы;

2) сенсорной сферы;

3) особенностей манипулирования с предметами;

4) способов взаимодействия со взрослыми;

5) эмоциональных особенностей;

6) голосовой активности;

Еще одну методику психодиагностики в младенческом возрасте предложил Э.Л. Фрухт по материалам Н.М. Щелованова, М.Ю. Кистяковой, С.М. Кривиной. Эта методика также основана на анализе уровней психических процессов, но только более развернуто:

1) зрительные ориентировочные реакции;

2) слуховые ориентировочные реакции;

3) эмоции и социальное поведение;

4) движения руки и действий с предметами;

5) движения общие;

6) подготовительные этапы развития понимания речи;

7) подготовительные этапы развития активной речи;

8) навыки и умения в режимных процессах.

Основной метод обследования ребенка первого года жизни - наблюдение за его реакциями, деятельностью с игрушками, особенностями общения со взрослыми, эмоциональными проявлениями, способами выражения положительных и отрицательных переживаний и др. Анализ особенностей, выявленных при конкретном обследовании ребенка в сопоставлении с нормативными характеристиками, дает основание для заключения об отсутствии или наличии нарушений, что позволяет сделать выводы о необходимости дальнейшего наблюдения за ребенком или об оказании специфической медико-психо-педагогической помощи уже на данном этапе развития.

К базовым предпосылкам нормального онтогенеза ребенка начиная с младенческого периода относится прежде всего положительное отношение к взрослому как таковому, сопровождающееся развитием различных элементарных экспрессивно-мимических средств установления социального контакта и выражения своего отношения к другому человеку.

Отклонением уже на первом году жизни можно считать задержку в формировании коммуникативной потребности, с ограниченным арсеналом коммуникативных средств.

Легкая степень нарушения: при наличии выраженного интереса к взрослому отмечается некоторое снижение количества используемых ребенком коммуникативных средств или их недостаточное развитие.

Средняя степень нарушения: интерес к взрослому неустойчив, при наличии затруднений в установлении контакта ребенок не пытается их преодолеть, коммуникативные средства ограничены.

Тяжелая степень нарушения: взрослый не вызывает у ребенка интереса, отсутствуют попытки использования каких-либо способов коммуникации.

Начиная со второго полугодия жизни условием благополучного формирования личности ребенка является появление избирательности в общении, а именно возникновение двух разных типов реакций: полноценного комплекса оживления на "своих" и реакции торможения и избегания на "чужих".

Отклонением можно считать отсутствие избирательного реагирования на разных взрослых.

К тяжелым нарушениям можно отнести наличие таких симптомов, как наличие выраженного страха при виде взрослого, наличие двигательных стереотипов вместо социального и познавательного интереса, избегание контакта глаз и тактильного контакта.

##### **Глава II. Экспериментальная.**

1. Диагностика психического развития младенцев в возрасте 6-8 месяцев.

Во второй главе нашей работы мы будем рассматривать следующие проблемы:

* во-первых, действительно ли возможна диагностика психического развития младенцев;
* во-вторых, определить наличие взаимосвязи между течением беременности и родов и отклонением психического развития детей 1 года жизни;

В своем исследовании мы использовали следующую диагностическую методику:

Методика диагностики нервно-психического развития детей первого года жизни разработанную Э.Л. Фрухт по материалам Н.М. Щелованова, М.Ю. Кистяковой и С.М. Кривиной.

В результате проведенного исследования мы продиагностировали 10 младенцев и получили следующие результаты:

№ 1. Мальчик Ваня, 6 месяцев. В детский дом ребенка поступил из детского отделения патологии новорожденных Муниципальной городской больницы № 1 в возрасте 2,5 месяца. Маме 16 лет, беременность – 1, роды – 1, курит. На учете в женской консультации стояла с 16 недель. Течение беременности: II триместр – ОРЗ, угроза прерывания беременности, III триместр – анемия, водянка беременных. Роды преждевременные в 35-36 недель, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Вес ребенка при рождении 2100,0 грамм. Послеродовый период без особенностей.

При диагностике выявили следующее:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Зрительно-ориентировочные реакции | слуховые ориентировочные реакции | эмоции и социальное поведение | Движения руки и действия с предметами | Движения общие | подготовительные этапы развития понимания речи | подготовительные этапы развития активной речи | навыки и умения в процессах |
| 6 месяцев | Отличает близких людей от чужих по внешнему виду (по разному реагирует на лицо знакомого и незнакомого взрослого) | Узнает голос знакомого человека, различает интонации речи | Радуется ребенку, берет у него из рук игрушку. Гулит | Четко берет игрушку из рек взрослого, но удерживает ее в руке плохо, не может перекладывать из одной руки в другую | Недолго лежит на животе, подняв корпус на выпрямленных руках Пытается переворачивается со спины на живот, Не пытается ползать | На вопрос «где» не находит знакомый предмет, который находится в одном и том же месте. | Кратковременно гулит | Ест с ложки полугустую и густую пищу, а сосет из бутылки |

№ 2. Девочка Марина В., возраст 8 месяцев. В дом ребенка поступил из отделения недоношенных Муниципальной городской больницы № 1 в возрасте 2,5 месяца. Маме 31 год, беременность - 7, роды - 3. На учете в женской консультации стояла с 8 недель. Течение беременности: I триместр – угроза прерывания, II триместр - обострение герпетической инфекции, III триместр – анемия и токсикоз беременности. Роды преждевременные в 33-34 недель, вес при рождении 1650,0 грамм, оценка по шкале по Апгар 3-7 баллов. В послеродовом периоде перенесла пневмонию.

При диагностике выявили:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| возраст | Зрительно-ориентировочные реакции | слуховые ориентировочные реакции | эмоции и социальное поведение | Движения руки и действия с предметами | Движения общие | подготовительные этапы развития понимания речи | подготовительные этапы развития активной речи | навыки и умения в процессах |
| 8 месяцев | Знакомых людей узнает, на чужих не реагирует. | Ориентировочные реакции присутствуют, знакомые голоса узнает, различает интонацию | Радуется воспитателю, другому ребенку, берет у них игрушки из рук. | Берет иг­рушки из разных по­ложений занимается ими недолго, но без учете свойств предмета, не подражает действиям взрослого. | Переворачивается с живота на спину. Передвига­ется, переставляя руки или немного ползая. Ровно устойчиво стоит при поддержке под мышки. | На вопрос «где» не находит ни одного предмета, которые находятся на постоянных местах. По слову взрослого не выполняет разученные ранее действия. | Произносит отдельные слоги (начало лепета) | Ест полугустую и густую пищу. |

№ 3. Девочка Вика, 6 месяцев. В детский дом ребенка поступил из детского отделения патологии новорожденных Муниципальной городской больницы № 1 в возрасте 2 месяца. Матери 17 лет, 1 беременность, курит. На учет в женскую консультацию встала в 22 недели. Течение беременности: триместр III - анемия, легкая водянка беременных. Роды преждевременные в 36-37 недель, быстрые, вес ребенка 2500,0 грамм, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Послеродовой период без осложнений. При диагностике выявили:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Зрительно-ориентировочные реакции | слуховые ориентировочные реакции | эмоции и социальное поведение | Движения руки и действия с предметами | Движения общие | подготовительные этапы развития понимания речи | подготовительные этапы развития активной речи | навыки и умения в процессах |
| 6 месяцев | Знакомых людей узнает | Проворачи­вает голову в сторону невидимого источника звука и находит его. По разному реагирует на спокойную и плясовые мелодии. | Во время бодрствова­ния возникает комплекс оживленияГромко смеется на эмоцио­нальное обращение, радуется другому ребенку | Рассматривает, ощупывает и захватывает низко висящие над грудью игрушки. | Недолго лежит на животе, подняв корпус на выпрямлен­ных руках, не переворачи­вается со спины на живот. Рефлекс опоры сохранен, но быстро истощается. |  | Гулит | Во время кормления бутылочку не придерживает. |

№ 4. Мальчик Алеша, возраст 8 месяцев. В дом ребенка поступил из отделения недоношенных Муниципальной городской больницы № 1 в возрасте 1,5 месяца. Матери 33 года, 1 беременность, курит. В женской консультации не наблюдалась. Роды преждевременные в 32-33 недель. Вес ребенка при рождении 1700,0 граммов, оценка по шкале Апгар 4-7 баллов. Послеродовый период без особенностей. При диагностике выявили:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Зрительно-ориентировочные реакции | слуховые ориентировочные реакции | эмоции и социальное поведение | движения руки и действия с предметами | движения общие | подготовительные этапы развития понимания речи | подготовительные этапы развития активной речи | навыки и умения в процессах |
| 8 месяцев | Знакомых людей узнает. Отличает близких людей от чужих по внешнему виду (по-разному реагирует на лицо знакомого и незнакомого взрослого) | Узнает го­лос близкого человека. Различает строгую и ласковую интонации обращенной к нему речи. По разному реагирует на свое и чужое имя. | Громко смеется на эмоцио­нальное обращение, радуется другому ребенку. Радуется воспитателям, психологу, берет у них из рук игрушку, гулит. На других детей внимание не обращает. | Уверенно берет игрушку из разных положений и подолгу занимается ими без учета свойств предмета.  | Переворачивается со спины на живот и обратно. Самостоятельно садиться, но встать не может. Переступает, держась за барьер. | На вопрос «Где?» не находит предметы в знакомых местах, не выполняет ранее разученные действия. | Начало лепета. | Пьет из бутылки, которую сам держит, ест с ложки. |

№ 5. Мальчик Саша, возраст 6,5 месяцев. В детский дом ребенка поступил из детского отделения патологии новорожденных Муниципальной городской больницы № 1 в возрасте 3 месяца. Матери 27 лет, беременность 4, роды 1, курит. В женской консультации стояла на учете с 12 недель. Течение беременности: I триместр – угроза прерывания, кольпит, ОРВИ, III триместр – водянка беременных. Роды срочные в 37-38 недель, оперативные (ягодичное предлежание), аспирация околоплодными водами, вес 3500,0 грамм, оценка по Апгар 4-7-8 баллов. Послеродовый период: без особенностей. При диагностике выявили:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Зрительно-ориентировочные реакции | слуховые ориентировочные реакции | эмоции и социальное поведение | движения руки и действия с предметами | движения общие | подготовительные этапы развития понимания речи | подготовительные этапы развития активной речи | навыки и умения в процессах |
| 6,5 месяцев | Узнает воспитателей, не реагирует на незнакомых. | Проворачи­вает голову в сторону невидимого источника звука и находит его. Узнает го­лос близкого человека. Различает строгую и ласковую интонации обращенной к нему речи | Радуется воспитателям, психологу, берет у них из рук игрушку, гулит | Четко берет игрушку из рук взрос­лого, но плохо удержи­вает в руке игрушку | Недолго ле­жит на животе, подняв корпус и опираясь ладони вы­прямленных рук. Пытается перевора­чиваться со спины на живот. При поддержке под мыши ровно устойчиво стоит, но быстро утомляется. |  | Подолгу пе­вуче гулит | Ест с ложки полугус­тую и гус­тую пишу |

№ 6. Девочка Женя, возраст 8 месяцев. В детский дом ребенка поступил из детского отделения патологии новорожденных Муниципальной городской больницы № 1 в возрасте 2,5 месяца. Матери 16 года, беременность 1. В женской консультации не наблюдалась, роды домашние (предположительно 38-39 недель). Вес ребенка 3000 грамм, кефалогематома левой теменной области, трещина левой теменной кости. Послеродовый период без особенностей.

При диагностике выявили:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Зрительно-ориентировочные реакции | слуховые ориентировочные реакции | эмоции и социальное поведение | движения руки и действия с предметами | движения общие | подготовительные этапы развития понимания речи | подготовительные этапы развития активной речи | навыки и умения в процессах |
| 8 месяцев | Узнает близких людей, на чужих нереагирует  | Поворачивает голову в сторону невидимого источника звука и находит его. Интонацию не различает, на чужое имя не реагирует. | На других детей не реагирует, радуется на эмоциональное обращение к ней воспитателя. | Игрушки берет неуверенно, плохо их удерживает. | Самостоятельно не садится, поворачивается со спины на живот, обратно только с помощью. Не ползает. | На вопрос «где» не реагирует. | Гулит | Пьет из бутылки, с ложки ест неаккуратно. |

№ 7. Девочка Оля, возраст 7 месяцев. В дом ребенка поступил из отделения недоношенных Муниципальной городской больницы № 1 в возрасте 3 месяца. Мама 18 лет, в анамнезе токсикомания, наркомания. Беременность 2, роды 1. В женской консультации на учете не стояла, роды преждевременные в 35-36 недели. Вес ребенка 2300,0 грамм, родился в тяжелой асфиксии, оценка по Апгар 2-5-7 баллов. Первые 5 суток находился на искусственной вентиляции легких. Послеродовый период: двухсторонняя пневмония, носитель гепатита «С». При диагностике выявили:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Зри­тельно-ориенти­ровочные реакции | слуховые ориенти­ровочные реакции | эмоции и социаль­ное пове­дение | движения руки и действия с предме­тами | движения общие | подгото­витель­ные этапы развития понима­ния речи | подгото­витель­ные этапы развития активной речи | навыки и умения в процессах |
| 7 месяцев | Знакомых людей узнает, по внешнему виду не отличает близких от чужих. | Повора­чивает голову в сторону невиди­мого ис­точника звука и находит его. Уз­нает го­лос близ­кого че­ловека.  | Громко смеется на эмо­цио­наль­ное об­ращение, радуется другому ребенку. Радуется воспита­телям, психо­логу. | Четко бе­рет иг­рушку из рук взрос­лого, удержи­вает в руке иг­рушку плохо. Действия с ней не произво­дит: не стучит, не размахи­вает, не перекла­дывает. | Перево­рачива­ется со спины на живот, обратно с помощью. Само­стоя­тельно не садится. Передви­га­ется, перестав­ляя руки или не­много ползая. Ровно ус­тойчиво стоит при под­держке под мышки. | На вопрос «где?» не реагирует, предмет, неоднократно называемый и находящийся в одном и том же месте не ищет. | Гулит | Держит бутылку, пьет из нее. Хорошо ест полугустую пищу с ложки. |

№ 8. Девочка Марина Н., возраст 7 месяцев. В детский дом ребенка поступил из детского отделения патологии новорожденных Муниципальной городской больницы № 1 в возрасте 2,5 месяцев. Мама 28 лет, беременность 7, роды 4, курит, часто употребляет алкоголь. В консультации наблюдалась с 16 недель. Течение беременности: II триместр – анемия, микоплазмоз, III триместр – водянка беременных. Роды срочные в 40 недель, вес ребенка 3600,0 грамм, в родах тугое двукратное обвитие пуповины вокруг шеи с удушением, на пуповине истинный узел, тяжелая асфиксия, затрудненное выведение плечиков. Апгар 4-6-7 баллов. Послеродовый период: перелом правой ключицы, гипертензионно-гидроцефальный синдром. При диагностике выявили:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Зрительно-ориентировочные реакции | слуховые ориентировочные реакции | эмоции и социальное поведение | движения руки и действия с предметами | движения общие | подготовительные этапы развития понимания речи | подготовительные этапы развития активной речи | навыки и умения в процессах |
| 7 месяцев | Узнает знакомых людей. | Узнает знакомые голосаРазличает интонацию речи | Кратковременно комплекс оживленияПреобладают отрицательные эмоции | Игрушкой стучит, размахивает, удерживает в руке непродолжительно | Самостоятельно не садится не встает, с трудом переворачивается с живота на спину и обратно, немного ползает | На вопрос «где?» не показывает знакомый предмет | Произносит отдельные слоги, начало лепета | Пьет из чашки, кушает с ложки |

№ 9. Мальчик Сережа. Б., возраст 7 месяцев. В детский дом ребенка поступил из детского отделения патологии новорожденных Муниципальной городской больницы № 1 в возрасте 3 месяца. Мама 25 лет, беременность 2 , роды 1. Наблюдалась в женской консультации с 8 недель. Течение беременности: I триместр – легкий гестоз, II триместр – анемия, гипотония, угроза прерывания беременности, III триместр – угроза преждевременных родов. Роды срочные в 37-38 недель, оперативные, отслойка нормально расположенной плаценты, кровопотеря 500 мл. Вес ребенка 2900,0 граммов, оценка по Апгар 6-8 балов. Послеродовый период: без особенностей. При диагностике выявили:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Зрительно-ориентировочные реакции | слуховые ориентировочные реакции | эмоции и социальное поведение | движения руки и действия с предметами | движения общие | подготовительные этапы развития понимания речи | подготовительные этапы развития активной речи | навыки и умения в процессах |
| 7 месяцев | Отличает близких людей от чужих по внешнему виду (по-разному реагирует на лицо знакомого и незнакомого взрослого) | Узнает го­лос близкого человека. Различает строгую и ласковую интонации обращенной к нему речи. | Громко смеется на эмоцио­нальное обращение, радуется другому ребенку. Радуется воспитателям, психологу, берет у них из рук игрушку, гулит | Уверенно берет иг­рушки из разных по­ложений и подолгу занимается ими, пере­кладывает из одной руки в другую, | Переворачивается с живота на спину, Передвига­ется, переставляя руки или немного ползая. |  | Произносит отдельные слоги (начало лепета) | Держит сам бутылочку и пьет из нее. Хорошо ест с ложки полугустую пищу. |

№ 10. Мальчик Сережа М., возраст 7 месяцев. В дом ребенка поступил из отделения недоношенных Муниципальной городской больницы № 1 в возрасте 2 месяцев. Мама 31 год, беременность 11, роды 5, курит, регулярно употребляет алкоголь. По беременности не наблюдалась. В анамнезе пролеченный сифилис в 30 недель. Роды преждевременные 36-37 недель, вес ребенка 2100,0 граммов, оценка по Апгар 7-8 баллов. Послеродовый период: профлечение сифилиса 21 день. При диагностике выявили:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Зрительно-ориентировочные реакции | слуховые ориентировочные реакции | эмоции и социальное поведение | движения руки и действия с предметами | движения общие | подготовительные этапы развития понимания речи | подготовительные этапы развития активной речи | навыки и умения в процессах |
| 7 месяцев | Отличает близких людей от чужих по внешнему видуРеагирует на незнакомых | Узнает голос знакомого человека, различает интонации речиреагирует на свое и чужое имяПлясовые движения под плясовую мелодию | Радуется воспитателюПолзет на встречу ребенку | Игрушками занимается долго, разнообразно без учета свойств предмета  | Переступает, держась за барьерСамостоятельно встает и садиться  | На вопрос «Где?» не находит предметы в знакомых местах | Начало лепета | Пьет из бутылки, которую держит сам. Ест в ложки полугустую и густую пищу, не снимая ее губами. |

Из данных диагностики видно, что все дети отстают в психическом развитии в разной степени. Опираясь на теоретическую часть можно сделать вывод, что причиной этого отставания являются следующие факторы:

* патологии беременности такие как: инфекционные, вирусные, венерические заболевания матери во время беременности; алкоголизм и прием наркотиков женщиной и др.
* осложнения родов такие как: асфиксии, аспирация околоплодными водами, родовые травмы, кровотечения и др.

2. Выявление взаимосвязи между течением беременности и родов и отклонением психического развития детей 1 года жизни.

*2.1. Анализ беременностей и родов матерей диагностируемых детей.*

Мы проанализировали выписки из роддомов всех диагностируемых детей, в которых было отражено течение беременности и родов их мам. Для удобства восприятия информации эти данные мы внесли в таблицу № 1. «Течение беременности и родов у матерей исследуемых детей»

Таблица № 1. «Течение беременности и родов у матерей исследуемых детей»

|  |  |
| --- | --- |
| Беременность | Роды |
| Наличие акушерских патологий(гестоз, нефропатия, угроза прерывания беременности, анемия и др.) | 100% | Роды срочные(38-40 недель)Из них оперативные/кесарево сечение/ | 40%20% |
| Наличие внутриутробной инфекции (сифилис, герпес, микоплазмоз, гепатит «С», ОРЗ, ОРВИ.  | 60% | Роды преждевременные(28-37 недель) | 60% |
| Наличие различных зависимостей (алкоголь, курение, наркотики) | 70% | Роды домашние  | 10% |
| Стояли на учете в женской консультации | 60% | с I триместра | 30% |
| со II триместра | 20% |
| с III триместра | 10% |
| На учете в женской консультации не стояли | 40% |

Из данной таблицы мы видим, что беременность у мам исследуемых детей протекала с отклонениями. Из них: с акушерской патологией (100%), очень высокий процент наличия внутриутробных инфекций (60%) и различных зависимостей (70%).На учете по беременности стояли 60% женщин, из них половина встали только во 2 и 3 триместре. 40% женщин во время беременности не наблюдалась у врачей. Больше половины родов всех исследуемых детей приходится на преждевременные (60%). Среди срочных родов 20% - оперативные, путем экстренного кесарева сечения.

*2.2. Выделение различных групп женщин в зависимости от течения беременности и родов.*

По течению беременности и родов можно выделить 4 группы женщин. Данные приведены в таблице № 2. «Группы женщин, выделенные по течению беременности и родов».

Таблица № 2. «Группы женщин, выделенные по течению беременности и родов».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Группы женщин | % |
| I. | Женщины, наблюдавшиеся по беременности и родившие в срок | 30  |
| II. | Женщины, не наблюдавшиеся по беременности и родившие в срок | 10 |
| III. | Женщины, наблюдавшиеся по беременности и родившие раньше срока | 30  |
| IV. | Женщины, не наблюдавшиеся по беременности и родившие раньше срока | 30 |

Из данной таблицы видно, что количество женщин, наблюдавшихся во время беременности и родившие в срок и родивших раньше срока одинаково (30%). Такое же количество женщин, не наблюдавшихся во время беременности и родивших раньше срока. Женщины, которые не наблюдались в женской консультации и родили в срок составляют 10%.

*2.3. Выделение уровней отклонений в развитии.*

Все полученные данные о психическом развитии детей мы соотнесли с нормой. По степени соответствия возрастным показателям всех диагностируемых детей мы разделили на 3 группы. Данные привели в таблице № 3 «Уровни отклонений в развитии».

Таблица № 3. «Уровни отклонений в развитии».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уровни отставания в развитии | Отставание от нормы (в месяцах) | Отставание по количеству показателей на 1 ребенка | Количество детей (в % от общего числа обследуемых)  |
| Значительный | На 3 и более | 5 и более | 30 % |
| Средний | От 2 до 3 | От 3 до 4 | 40 % |
| Незначительный | От 1,5 до 2 | От 1 до 3 | 30 % |

Значительному уровню отклонений психического развития младенцев соответствует очень большое отставание от нормы (на 3 месяца и более) и количество показателей на 1 ребенка достаточно высокое (5 и более). Отставание от нормы при среднем уровне отклонений психического развития соответствует от 2 до 3 месяцев, и количество показателей снижается до 3. Незначительный уровень отставания в развитии составляет отставание от нормы от 1,5 месяцев до 2, количество показателей не должно превышать 3. Если сравнить количество детей, то можно придти к следующему выводу: количество детей со значительным уровнем и с незначительным уровнем одинаковое (30/30%), немного больше детей со средним уровнем отклонений в психическом развитии(40%).

*2.4.Соотнесение уровней отклонений психического развития младенцев с*

 *течением беременности и родов.*

Мы соотнесли уровни отклонений психического развития младенцев с группами женщин, которые выделили в пункте 2.2. (см. таблица № 3). Наши данные мы занесли в таблицу № 4. «Зависимость уровней отклонений психического развития от течения беременности и родов».

Таблица № 4. «Зависимость уровней отклонений психического развития от течения беременности и родов».

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни отставания в развитии | Группы женщин |
| I | II | III | IV |
| Незначительный | 20% | - | 10% | - |
| Средний | 10% | - | 10% | 20% |
| Значительный | - | 10% | 10% | 10% |

Незначительный уровень отклонений психического развития младенцев мы можем наблюдать только у I (стояли на учете, срочные роды) и III(стояли на учете, роды преждевременные) группы женщин, причем у первой он в два раза выше (соответственно 20%/10%). У I, III, IV группs женщин мы наблюдаем, средний уровень отклонений, при этом самый высокий у IV группы – 20%, а у I(стояли на учете, роды срочные) и III (стояли на учете, роды преждевременные) группы соответственно по 10%, в II группе женщин такие дети отсутствуют. Значительный уровень отклонений мы видим в II, III и IV группе женщин, при этом количество детей одинаковое (10%).

Т.о. мы можем сказать, что даже при нормальном течении беременности и родов возможны отклонения в развитии ребенка, при этом процент выявленных отклонений увеличивается в ситуациях преждевременных родов, значительные отклонения в развитии ребенка однозначно диагностируются при отсутствии контроля за ходом беременности и осложненными родами.

3. Выводы:

Подводя итоги нашего исследования, можно сделать следующие выводы:

* Во-первых, выявление отклонений психического здоровья у детей на первом году жизни возможно, и его необходимо проводить для оказания им своевременной психологической помощи и поддержки.
* Во-вторых, физическое и психическое здоровье малыша во многом зависит от протекания беременности и родов у женщин.
* В третьих, значительные отклонения происходят в результате отсутствия контроля за ходом беременности и осложненными родами.
* В четвертых, количество и степень различных отклонений в психическом и физическом здоровье младенца зависит то того, в каком сроке он родиться и насколько ответственно отнесется к своей беременности будущая мама. А в частности от того будет ли она наблюдаться у врачей или нет.

**Заключение.**

Нормальное течение беременности и родов очень важно для удовлетворительного физического и психического развития ребенка. От того насколько ответственно отнесется женщина к своей беременности, зависит будущее ее малыша.

Целью данной работы являлось выявление отклонений психического развития у детей первого года жизни и выявление взаимосвязи между протеканием беременности и родов и психическим развитием ребенка первого года жизни.

Данная цель требовала решения следующих задач:

1. Провести диагностику психического развития младенцев.
2. Выявить факторы, вызывающие отклонение в развитии.
3. Проанализировать течение беременностей и родов у матерей исследуемых детей.
4. Установить закономерности между течением беременности и родов и здоровьем малышей.
5. Проанализировать результаты исследования и сделать выводы.

Анализ результатов исследований показал, что выявление отклонений психического развития младенцев возможна и необходима для оказания им своевременной психологической помощи и поддержки. Физическое и психическое здоровье малыша во многом зависит от протекания беременности и родов у женщин. Значительные отклонения происходят в результате отсутствия контроля за ходом беременности и осложненными родами. Количество и степень различных отклонений в психическом и физическом здоровье младенца зависит то того, в каком сроке он родиться и насколько ответственно отнесется к своей беременности будущая мама. А в частности от того будет ли она наблюдаться у врачей или нет.

Таким образом, выдвинутая нами гипотеза о том, что нормальное физическое и психическое развитие младенца обусловлено неосложненным, контролируемым течением беременности и родов получила подтверждение.

Литература.

1. Авдеева Н.Н, Мещерякова С.Ю. Психология вашего младенца. – М., 1996.
2. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К.С. Лебединской. – М., 1982.
3. Бауэр Т. Психическое развитие младенца. – М., 1985.
4. Блонский П.П. Педология. - М., 2000.
5. Валлон А. Психическое развитие ребенка. – Сп-б., 2001.
6. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонением в развитии. – М., 1989.
7. Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. – М.-Л., 1983.
8. Журба Л.Т. Неврологическое обследование новорожденного. – М., 1968.
9. Журба Л.Т., Мастрюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей 1 года жизни. – М., 1981.
10. Запорожец А.В. Психологическое развитие ребенка // Избранные психологические труды в 2-х томах. – М., 1986.
11. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология. – М., 2001.
12. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей. - М., 1985.
13. Лич П. Младенец и ребенок. – М., 1988.
14. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М., 1989.
15. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. – М., 1996.
16. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Под. ред. Л.В. Кузнецовой. – М., 2002.
17. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М., 2000.
18. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Руководство по психологической диагностике. – М., 2000.
19. Усанова О.Н. Дети с проблемами психического развития М., 1995.
20. Усанова О.Н. Специальная психология: Система психологического изучения аномальных детей. – М., 1990.
21. Эльконин Д.Б. Детская психология (развитие ребенка от рождения до 7 лет). – М., 1960