

**Федеральное государственное автономное учреждение
высшего образования «Уральский федеральный
университет имени первого Президента
России Б.Н. Ельцина»**

**ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЕ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И РАЗВИТИЕ
РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Коллективная монография

Екатеринбург
2019

УДК 159,9. 072
ББК 88.9
Д 38

Рецензенты:

Кафедра коррекционной педагогики и специальной психологии
Шадринского государственного педагогического университета
(заведующий кафедрой кандидат психологических наук,
доцент Н. В. Скоробогатова);

О.А. Львова, доктор медицинских наук,
доцент кафедры неврологии ФГБОУ ВО «Уральский
государственный медицинский университет»;

А.Б. Пальчик, доктор медицинских наук, профессор кафедры
неонатологии Санкт-Петербургского государственного
педиатрического медицинского университета

Д38 Авторы: Л.В. Токарская–2.3, 3.1, 3.2, М.А. Лаврова–1.1, 2.1, 2.3, 3.1, 3.2, 4.2,
Н.И. Бакушкина – 1.2, И.Н. Галасюк – 4.3, Я.И. Коряков – 4.1, О.Н. Пасеч-
ник – 2.3, М.Е. Пермякова – 4.4, Е.В. Хлыстова – 2.2, Чегодаев Д.А. – 1.2,
Т.В. Шинина – 1.3. Детско-родительское взаимодействие и развитие ребен-
ка раннего возраста / под ред. Л.В. Токарской : коллективная монография. –
Екатеринбург, 2019. – 206 с.

ISSBN 978-5-8295-0675-9

Монография посвящена актуальной теме изучения и коррекции детско-родительского взаимодействия. В ней анализируются особенности взаимодействия в замещающих семьях; семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья и детей, не имеющих особенностей.

В работе рассматривается специфика оценки детско-родительского взаимодействия. Особое внимание уделяется освещению подходов к развитию и коррекции детско-родительского взаимодействия.

Монография может быть рекомендована широкому кругу лиц: специалистам, родителям, студентам и др.

Работа выполнена при поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований № 17-36-01100.

ISSBN 978-5-8295-0675-9

УДК 159,9. 072
ББК 88.9

© ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», 2019
© Л.В. Токарская, М.А. Лаврова, Н.И. Бакушкина,
И.Н. Галасюк, Я.И. Коряков и др., 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА ПЕРВАЯ. ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	6
1.1. Феномен «детско-родительского взаимодействия» в современной науке	6
1.2. Коммуникативное, моторное и социально- эмоциональное развитие детей раннего возраста.....	25
1.3. Коммуникативные сигналы – предикторы самостоятельности ребенка раннего возраста	45
ГЛАВА ВТОРАЯ. СПЕЦИФИКА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ	64
2.1. Детско-родительское взаимодействие в семьях, воспитывающих детей, не имеющих выраженных особенностей развития	64
2.2. Преодоление деформаций детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей детей с ограниченными возможностями здоровья	77
2.3. Детско-родительское взаимодействие в замещающих семьях, воспитывающих детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	91
ГЛАВА ТРЕТЬЯ. ОЦЕНКА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	101
3.1. Особенности оценки детско-родительского взаимодействия	101
3.2. Шкалы оценки раннего детско-родительского взаимодействия	110

**ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.
РАЗВИТИЕ И КОРРЕКЦИЯ ДЕТСКО-
РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ124**

4.1. Психоаналитический подход к консультированию
с учетом специфики раннего развития124

4.2. Когнитивно-поведенческий подход к коррекции
детско-родительского взаимодействия147

4.3. Родительская отзывчивость как фактор развития
ребенка раннего возраста156

4.4. Психологическая коррекция детско-родительского
взаимодействия173

ПРИЛОЖЕНИЕ:

Приложение 1. Опросник «Список типов поведения
ребенка Ш. Айберг»180

Приложение 2. Опросник родительского отношения
в семье с особым ребенком182

Приложение 3. Структурированное интервью перед
началом психологической коррекции184

Приложение 4. Опросник «Родительская позиция в семье
с особым ребенком»185

Приложение 5. Библиотечка поведенческих индикаторов
родительской отзывчивости.....194

Приложение 6. Психологическая коррекция детско-
родительского взаимодействия201

Сведения об авторах205

Введение

*Не ребенок должен Вас понимать, а Вы ребенка.
Только потому что Вы были ребенком,
а ребенок еще не был взрослым*

Основной целью монографии является систематизация теоретических подходов к рассмотрению различных аспектов детско-родительского взаимодействия, а также анализ наиболее распространенных в практике работы психологов техник развития и коррекции детско-родительского взаимодействия.

В структуру монографии входят введение, четыре главы, приложения, библиографические ссылки и список литературы.

В первой главе рассматриваются особенности развития детей раннего возраста и современные взгляды на детско-родительское взаимодействие.

Во второй главе раскрывается специфика детско-родительского взаимодействия в семьях, воспитывающих различные категории детей: без выраженных особенностей, с ограниченными возможностями здоровья и детей-сирот.

В третьей главе анализируются различные способы оценки детско-родительского взаимодействия. Особое внимание уделяется анализу шкал оценки детско-родительского взаимодействия и подходам, направленным на анализ и коррекцию родительского взаимодействия.

В четвертой главе рассматриваются вопросы, связанные с развитием и коррекцией детско-родительских отношений в рамках различных психологических подходов.

В приложении представлены диагностические методики и авторские тренинги детско-родительского взаимодействия и отношений.

Предлагаемая монография может быть интересна специалистам, консультирующим семьи по вопросам детско-родительского взаимодействия; магистрантам, клиническим психологам и бакалаврам, изучающим дисциплины «Основные направления консультативной работы с семьей» и «Консультирование семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья», а также, исследователям, занимающимся данной темой.

Авторы монографии не претендуют на исчерпывающее освещение и анализ проблем детско-родительского взаимодействия. Представленный в монографии материал – повод для дальнейшего изучения более широкого круга вопросов в рамках данной темы.

ГЛАВА ПЕРВАЯ. ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

1.1. Феномен «детско-родительского взаимодействия» в современной науке

В настоящее время существует ряд «глобальных» подходов к детскому развитию. Так, авторы Кембриджской энциклопедии детского развития (The Cambridge Encyclopedia..., 2005), описывают:

1) *подход «нейросозревания»*, делающий акцент на том, что онтогенетическое развитие происходит как следствие генетически обусловленных структурных изменений в центральной нервной системе, что может, в свою очередь, привести к упорядоченному изменению в функциональном плане. Любая функция развивается в соответствии с неизбежной и неизменной линейной последовательностью определенных этапов с минимальной помощью (или ее отсутствием) существующей среды.

В рамках подхода изучаются процессы и механизмы нейропластичности, в том числе синаптогенез и миелинизации. Объясняются неравномерность и скачкообразность, интенсивность развития ребенка на ранних этапах онтогенеза;

2) *конструктивистский подход* опирается на идею, что познание возникает через процесс «активного построения». Отталкивается от идей Ж. Пиаже (Пиаже, 1969), что когнитивное развитие включает качественные и количественные изменения в психологических структурах. Современный конструктивизм утверждает, что преобразования в психологических структурах связаны с конкретными задачами, сферами и социальным контекстом. Так, Л.С. Выготский отмечал, что в формировании высших психических функций играет роль общий генетический закон культурного развития: любая функция ребенка возникает в двух плоскостях. Сначала в социальном плане как интерпсихологическая категория, а потом в психологической плоскости как интрапсихологическая категория. Сохраняя принцип, согласно которому индивидуальная деятельность является центральным организатором когнитивных изменений, современный подход более полно рассматривает биологические, психологические и социокультурные процессы как факторы, содействующие когнитивным изменениям;

3) *этологические теории* Лоренца К., Ainsworth M., Bowlby J. (Лоренц, 1998, 2008; Ainsworth et al, 1978; Bowlby, 1988) сравнивают поведение животных и человека, пытаясь ответить на вопросы о причинах, функциях, эволюции и особенностях развития поведения. Они внесли огромный вклад в исследования детского развития через изучение импринтинга и речи.

Так, теорией привязанности, отталкивающейся от феномена импринтинга, рассматривается качество привязанности ребенка в зависимости от типа поведения родителя, который может различным образом проявлять заботу о нем. На основании наблюдений описано три типа реакций детей, которые соответствовали трем типам привязанностей ребенка к матери. Это тревожно-избегающий, безопасный и тревожно-устойчивый (амбивалентный). Позднее был описан дезорганизованный тип (поведение младенцев, которые не демонстрируют последовательную стратегию поведения при переживании отделения от матери и последующей с ней встрече), который встречается, как правило, при дисфункциональных отношениях с матерью и связанный с насилием и психологическими травмами в семье (Николаева, 2012).

Описывают 4 стадии формирования привязанности: 1) неразборчивая реакция на людей (от рождения до 3 месяцев); 2) фокусирование внимания на знакомых людях (от 3 до 6 мес.); 3) интенсивная привязанность и активный поиск близости (от 6 мес. до 3 лет); 4) партнерское поведение (с 3 лет до окончания детства). Развитие здоровой привязанности зависит от реакции родителей на потребность ребенка в безопасности, от удовлетворения этой потребности, от индивидуально-типологических особенностей ребенка, от возможности компенсации недостатка общения с матерью за счет общения с другими близкими;

4) *теории научения* исследуют роль обучения в развитии ребенка, основываясь на экспериментах И. Павлова, А. Бандуры (Бандура, 2000; Павлов, 1973). Акцент делается на изучении техники поведения родителя и формировании навыков модификации поведения ребенка;

5) *психоаналитический подход* рассматривает важность раннего детского периода в становлении психики человека. Ранний опыт определяет дальнейшие особенности взаимодействия человека с миром и особенности его эмоционального переживания. Отметим, что современный психоаналитический подход учитывает в становлении личности ребенка и биологический (конституциональный), и социальный (нарушения ДРВ, нарушение границ между членами дисфункциональных семей, наличие травматического опыта, стрессовых ситуаций) компоненты (МакВильямс, 2007).

Стремясь эмпирически доказать теорию З.Фрейда, Э.Эриссон сформулировал стадии психосексуального развития в соответствии с межличностными и внутриспсихическими задачами каждого периода (этапы базового доверия к миру, автономии, инициативы, творчества и т.д.).

М. Малер писала о развитии ребенка как о движении от относительного неосознания других к симбиотической связанности, а далее к относительной психологической отделенности и индивидуации.

Постепенно акцент переносился на важную роль Эго (набор функций, позволяющих приспособляться к требованиям жизни и для управления стремлениями Ид – инстинктивными влечениями) в восприятии и адаптации к реальности через защитные реакции от тревоги, вызываемой мощными инстинктивными желаниями. Описываются примитивные (архаичные) и более зрелые защитные реакции.

Исследуются ключевые объекты в мире ребенка и то, как он их переживал, как они были интернализированы (теория объектных отношений).

Становятся интересными представления о собственном Я, образе себя, уважении и самоуважении, ценностях, – тому, чему посвятил свои работы Карл Роджерс, считающийся основоположником представителем *гуманистического психологического направления*. Данное направление делает акцент на формировании личности ребенка и особо выделяет феномен «самоактуализации». В связи с этим для родителя оказываются важны эмпатическое понимание, принятие, адекватное выражение своего отношения к действиям ребенка. Пожалуй, впервые в рамках именно такого подхода личность ребенка предстала в качестве полноценного субъекта детско-родительских отношений, не только подверженного разновекторным влияниям со стороны родителей, но и обладающего индивидуальными психологическими особенностями, ценностями, установками.

Существует ряд других подходов, но так или иначе все они как в отечественной, так и зарубежной психологии огромное значение придают общению и взаимодействию ребенка и родителя. Так, С. Гринспен пишет, что «речь и мышление, а также эмоциональные и социальные навыки осваиваются в процессе отношений, которые включают в себя эмоционально значимое взаимодействие» (Гринспен, 2017, с. 40).

Детско-родительское взаимодействие (далее – ДРВ, в англоязычных источниках это термин «parent-child interaction») в наиболее широком смысле означает процесс организации совместной деятельности между ребенком и родителем.

В последние годы изучение детско-родительского взаимодействия, особенно его влияния на развитие здоровых, имеющих риски развития детей и детей с ОВЗ, продолжает оставаться актуальной для исследователей проблемой, на что указывает анализ количества статей по данной теме, представленных в базах цитирования (рис. 1).

В отечественной психологии проблематикой ДРВ занимаются А.Я. Варга, И.Н. Галасюк, В.И. Гарбузов, Ю.Б. Гиппенрейтер, А.И. Захаров, Р.А. Зачепиский, М.И. Лисина, Р.Ж. Мухадрахимов, Г.У. Солдатова, А.С. Спиваковская, Т.В. Шинина, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий, Е.К. Яковлева и многие другие.

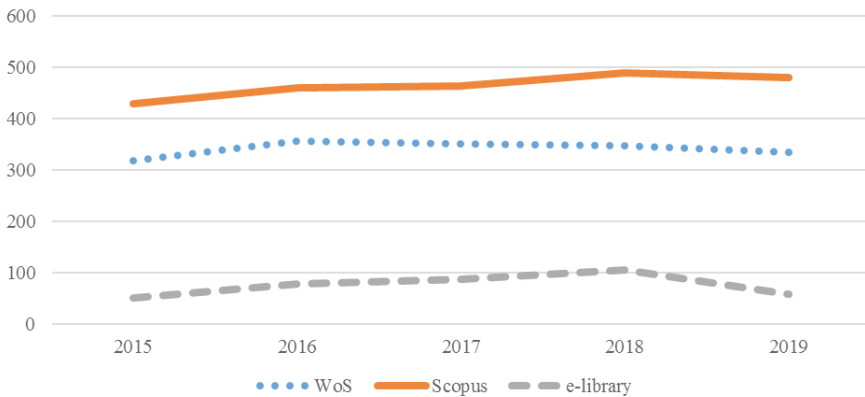


Рисунок 1.

Количество статей в базах данных по ключевым словам «детско-родительское взаимодействие»/«parent-child interaction» (данные на ноябрь 2019)

При этом все больший интерес для исследователей и практиков начинает представлять ранний возраст.

Отметим, что хронологические границы раннего возраста включают период от 1 года до 3 лет (Выготский, 1984). Начало раннего возраста знаменуется кризисом первого года и заканчивается кризисом трех лет. В свою очередь, раннее детство включает младенчество (0-1 год) и ранний возраст (Эльконин, 1971).

Интерес к раннему детству вызван в первую очередь распространением мнения, что раннее детство – период, являющийся фундаментом развития, в котором можно найти ранние маркеры отклоняющегося развития. При нахождении этих маркеров можно смягчить и скорректировать отклоняющееся развитие с наименьшими затратами и наиболее эффективно. Именно семья в данном случае будет выполнять функцию социализации ребенка и экспертную функцию (родители могут выступать в роли наиболее знающих поведение ребенка субъектами и помогать его адаптации).

Другой причиной такого интереса к раннему возрасту, как нам кажется, является развитие технологий, позволяющих исследовать ранний возраст (eye-tracker, видеозаписи и программы их анализа, МРТ, ЭЭГ и пр.)

Третья причина исследовательского интереса происходит из-за изменения самого общества и появления новых феноменов, влияющих на функционировании семьи: урбанизация, глобализация, информати-

зация и виртуализация, усиление фактора неопределенности и «турбулентности», социальный полифонизм, неоднозначность и неопределенность (Жукова, 2007; Садовникова, 2015).

Следует различать детско-родительское взаимодействие и отношение.

Отношение включает в себя установки, представления о родительстве, ребенке, эмоциональные переживания и пр. Так, И.А. Ершова, М.Е. Пермякова и А.М. Вильгельм определяют детско-родительское отношение (ДРО) как один из видов семейных отношений, которые представляют собой систему разнообразных чувств, представлений, оценок, поведенческих реакций и стереотипов родителей и детей в отношении друг друга, имеющих свою специфику, отличающую их от других межличностных отношений. ДРО отличаются характером эмоциональных отношений; мотивами рождения ребенка и мотивами его воспитания; воспитательными установками; образами родительства и типами семейного воспитания (Ершова, 2018, с. 72).

Выделяют эмоциональный, когнитивный и поведенческий компонент ДРО (Рыбакова, 2017):

1) эмоциональный компонент – преобладающий эмоциональный фон взаимодействия родителя и ребенка, эмоциональная оценка родителем себя и образа своего ребенка;

2) когнитивный компонент – представления родителя и ребенка о том, какими должны быть детско-родительские отношения, каковы их проявления и способы выражения;

3) поведенческий компонент – конкретные действия, реакции и поступки родителей и детей.

Как отмечает Е.В. Мелентьева, взаимодействия и отношения не сводимы друг к другу, вместе с тем неразрывно связаны и могут протекать в единстве и с учетом взаимовлияния одного на другое, а следовательно, отношение может быть и источником взаимодействия, и его продуктом (Мелентьева, 2014).

М.И. Лисина (Лисина, 1986; Лисина, 2009) пишет, что взаимоотношения людей – психологический продукт их общения.

Другим феноменом, касающимся ДРВ, является родительство.

И.С. Кон рассматривает родительство в качестве системы взаимосвязанных явлений, включающих следующие компоненты: а) чувства родителей, их любовь, привязанность к своим детям; б) специфичные роли родителей, нормативные предписания культуры; в) подлинное поведение, отношение родителей к ребенку, стиль его воспитания (Кон, 2003).

По мнению Р.В. Овчаровой, родительство – это социально-психологический феномен, включающий оценочно и эмоционально окрашен-

ную совокупность знаний и суждений индивида касательно качеств родителя, реализующийся в различных проявлениях поведенческой составляющей (Овчарова, 2006).

Среди особенностей современного родительства А.С. Спиваковская отмечает рост значимости семьи и детства при повышенной занятости родителей вне семьи. При некотором размывании семейных ролей и равном разделении ответственности за содержание семьи и ведение хозяйства между отцом и матерью по-прежнему сохраняются различия в материнском и отцовском отношении к детям, но изменяется роль пра-родителей в структуре семьи. Распространенность повторных браков приводит к тому, что в семью включаются многочисленные родственники и «кланы». Отмечается изменение подходов к социализации детей:

1) перемены в отношении общества к детству. С одной стороны, детство «исчезает» (в связи с общедоступностью любой информации, распространением развлекательного и игрового компонента для всех возрастов, увлечениями ранним развитием и чрезвычайно насыщенным внешкольным обучением), с другой – удлиняется (получение обязательного и непрерывного образования на протяжении всей жизни, существование правовых и законодательных аспектов);

2) качественное изменение, например появление «компьютерной и цифровой» социализации.

В то же время, наиболее распространенными ошибками современного семейного воспитания называют те же самые, что и много лет назад:

фрустрация потребности в заботе и привязанности (Д. Винникотт, А.И. Захаров, И.С. Кон, Г.Г. Филиппова), необоснованные запреты и отсутствие последовательных требований и системы поощрения и наказания (А.Я. Варга, Н.Н. Васягина, Е.И. Захарова, А.Г. Лидерс, О.А. Карабанова); потворствование и недостаточная требовательность, несогласованность требований к ребенку (С.Ю. Жданова, А.С. Спиваковская); восприятие ребенка как несовершеннолетнего, существование у родителя представление об абстрактной норме, автоматизм во взаимодействии с ребенком (Фридман, 1990).

Причинами нарушения обучения и поведения ребенка дошкольного возраста в современном мире Ж.М. Глозман называет искусственно акселеративную модель дошкольного обучения, не соответствующую нейродинамической организации ребенка. «Многие родители довольно активно интересуются развитием своих детей, но родительские усилия в основном сводятся к познавательному развитию с привлечением педагогов» (Мелентьева, 2014; Польшвянная, 2018).

Кроме того, Ж.М. Глозман отмечает запредельный объем раздражающих сенсорных впечатлений, несформированность коммуникатив-

ных навыков и когнитивных функций, истощаемость ребенка и несформированность саморегуляции (Глозман, 2018).

Исследования подтверждают многофакторность патогенеза психосоматических расстройств (биологические, психологические, социальные факторы), но для «психосоматогенной» семьи характерно: 1) отсутствие или непоощрение свободного выражения переживаний эмоций; тенденция избегать выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов; 2) доминирующая гиперпротекция: повышенное внимание к ребенку, выражающееся в чрезмерной опеке и мелочном контроле поведения (многочисленные запреты, ограничение ребенка в действиях); 3) потворствующая гиперпротекция: изолирование ребенка от малейших трудностей, чрезмерное потакание любым желанием, отсутствие запретов, чрезмерное восхищение любыми, даже минимальными успехами; 4) гипопротекция: недостаток заботы, контроля и внимания, отсутствие интереса к жизни ребенка, формальный характер воспитания и невключенность ребенка в жизнь семьи; 5) сверхчувствительность каждого члена семьи к переживаниям другого; 6) ригидность взаимоотношения в семье, низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах; 7) ребенок с его заболеванием часто играет роль стабилизатора в скрытом супружеском конфликте; 8) эмоциональное отвержение: родители тягостятся своим ребенком, его потребности игнорируются, с ним жестоко обращаются; 9) повышенная моральная ответственность: требование от ребенка честности, порядочности, развития чувств, не соответствующих возрасту, приписывают роли «главы семьи», пророчат особое будущее, а ребенок боится разочаровать родителей, старается оправдать надежды (Маринчева и др., 2012).

Г.У. Солдатова называет «изменяющегося ребенка в изменяющемся мире» гуманитарным вызовом (Солдатова, 2018).

Все вышеперечисленные факторы приводят к тому, что многие исследователи говорят о необходимости формирования компетентности родителя и создания пространств, где родители и дети могут общаться и взаимодействовать. Это приводит к появлению и работе разного рода Школ будущих родителей, Школ подготовки к беременности и родам; Школ родителя подростка; различных семинаров и вебинаров, посвященных взаимодействию с детьми раннего возраста; занятий для мам и грудничков; совместных мастер-классов и пр., и пр.

Важность оказания родителям профессиональной педагогической помощи закреплена и законодательно: в ст. 44 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» сказано, что «... образовательные организации оказывают помощь родителям (законным представителям) несовершеннолетних обучающихся в воспитании детей,

охране и укреплении их физического и психического здоровья, развитии индивидуальных способностей и необходимой коррекции нарушений их развития» и «родители имеют преимущественное право на обучение и воспитание детей перед всеми другими лицами. Они обязаны заложить первые основы физического и интеллектуального развития личности ребенка в раннем возрасте» (Федеральный закон «Об образовании...», 2012). Также Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования ставит задачу обеспечения «психолого-педагогической поддержки семьи и повышения компетентности родителей (законных представителей) в вопросах развития и образования, охраны и укрепления здоровья детей» (Федеральный государственный образовательный..., 2013).

Таким образом, ДРВ можно схематично представить в следующем виде (рис. 2) (Клусман, 2004).

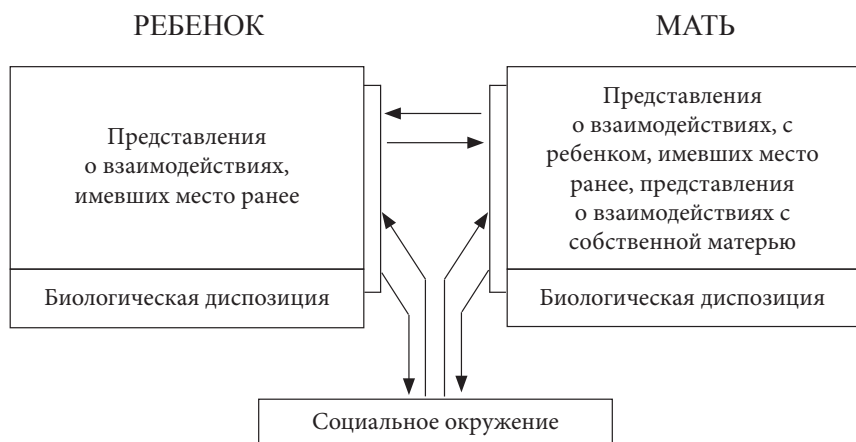


Рисунок 2.

Транзакционная модель взаимодействия матери и ребенка;
психические представления охватывают отношения
Я – объект и сопровождающий аффект
(no: Schussler u. Bertl-Schussler 1992)

Таким образом, ребенок и родитель существуют в микропространстве близких и дружеских отношений и внутри глобальных процессов, привнося в процесс взаимодействия друг с другом собственные переживания, особенности, мотивы.

Итак, семья является одним из важнейших социальных институтов, сопровождающих человека в течение всей жизни, поэтому в развитии ребенка детско-родительскому взаимодействию и отношениям отво-

дится основополагающая роль, особенно в раннем возрасте. Именно родители проводят с ребенком раннего возраста большую часть времени, они изначально обеспечивают комфортное с психологической и физиологической точки зрения жизнеобеспечение ребенка, занимаются его развитием. И это первенство в воспитании и развитии, а зачастую коррекции сохраняется за родителями до конца всего периода дошкольного детства.

Такие заключения приводят к появлению исследований, посвященных изучению взаимодействия с различными категориями детей:

1) сравнению специфики становления когнитивных и сенсомоторных функций у типично развивающихся младенцев и младенцев с нейрокогнитивными рисками в зависимости от социально-эмоционального окружения с целью выявления ранних особенностей взаимодействия, предвосхищающих возникновение психических и поведенческих нарушений. Так, например, уровень синхронизации матери при взаимодействии с ребенком двух лет влияет на уровень экспрессивной речи ребенка через 1, 10, 16 лет (Siller, 2002). А формальные взаимоотношения в семье, стремление воспитать «удобного» ребенка, не требующего внимания родителей, часто являются причинами отставания в речевом развитии, особенно его мотивационной составляющей (Авдеева, 2019).

2) выявлению периодов развития, когда происходят наиболее значительные атипичные сдвиги в становлении когнитивных функций у детей с рисками нейрокогнитивного развития, для уточнения сроков сенситивных периодов становления расстройств;

3) выявлению особенностей привязанности и специфики взаимодействия как фактора когнитивного и сенсомоторного развития ребенка, для описания наиболее эффективных типов взаимодействия родителя на конкретных этапах развития малыша;

4) изучению приемного родительства и психологии развития детей-сирот (Мухамедрахимов, 2001);

5) разработке психокоррекционных программ, направленных на коррекцию детско-родительских отношений и обучение родителей навыкам эффективного взаимодействия с детьми для предупреждения и снижения отклонений в сенсорной и когнитивной сферах.

Влияние детско-родительского взаимодействия на развитие ребенка

В процессе ДРВ совершается социально-эмоциональное развитие ребенка, т.е. формирование и развитие социально важных качеств личности, в ходе которого происходит овладение разнообразными способами эмоционального реагирования; способностью осознавать соб-

ственные эмоции и управлять ими в различных жизненных ситуациях; установление и поддержка эмоционального контакта с другими людьми (Ариян, 2017).

Р.Ж. Мухамедрахимов (Мухамедрахимов, 2001) говорит о влиянии привязанности на развитие ребенка: если окружение ребенка соответствует его потребностям и у него есть возможность общаться с эмоционально доступным, чувствительным и стабильным близким человеком, а также формировать с ним отношения привязанности – это будет благотворно влиять на все направления развития ребенка. Выявляется также значимая связь между ускоренным развитием ребенка и уровнем привязанности матери (Николаева, 2015), а также между количеством времени, которое уделяет мама ребенку, и качеством этого взаимодействия с моторным развитием ребенка (Chiang et al, 2015).

Более того, в исследованиях была найдена связь между готовностью к материнству во время беременности (адекватная, тревожная, игнорирующая), качеством взаимодействия матери с младенцем в первые шесть месяцев его жизни и психосоматическим здоровьем ребенка (Василенко, 2016). Частота заболеваний у детей в возрасте от 1 до 6 месяцев ниже у младенцев, чьи матери имеют адекватный стиль готовности к материнству, чем у младенцев, чьи матери обладают игнорирующим стилем (ведущими по частоте встречаемости психосоматическими реакциями становятся младенческие колики, заболевания простудного характера, аллергические реакции).

Исследователям удалось выделить отличительные черты взаимодействия родителей и *детей раннего возраста с риском РАС* (Перминова и др., 2010; Freeman, 2013). Со стороны детей они характеризовались тотальным снижением коммуникативного поведения (кроме инструментального взаимодействия), со стороны взрослых – снижением частоты предложений, комментирующих поведение ребенка. Вместе с тем все авторы подчеркивают, что определенные характеристики материнского поведения могут улучшить нейрокогнитивные навыки ребенка с риском РАС. Так, показано, что чувствительность матери положительно влияет на показатели экспрессивной речи в возрасте 2 и 3 лет у детей с верифицированным аутизмом (Baker, 2010), а высокий уровень синхронизации во время инициирования игрового взаимодействия уменьшает поведенческие проблемы детей с РАС (Baker, 2015). Модифицирующим влиянием со стороны родителей также выступают более высокая вербальная и невербальная поддержка игры ребенка (Harker et al, 2016), внимание к его деятельности (Harker et al, 2016), более высокая синхронность и демонстрация удовольствия от взаимодействия (Siller, 2002).

Полученные данные могут стать основой для обучения родителей, имеющих детей с РАС, специфике взаимодействия с ними.

В настоящее время проводится метаанализ подобных программ с попытками оценить их эффективность, поскольку определенные характеристики родительского поведения, по-видимому, сложно поддаются коррекции: например, матери с более яркими аутистическими проявлениями менее успешны в развитии своих коммуникационных навыков (McConachie, 2007; Oono et al, 2013; Part et al, 2015; Patterson et al, 2012).

Влияние семьи крайне важно также и для группы *недоношенных детей*. Согласно «diathesis stress» модели, недоношенные дети более восприимчивы к негативному влиянию окружающей среды (Hadfield et al, 2017). Значительно влияют на развитие ребенка в том числе и родители, так как находятся в круглосуточном контакте с ним и способствуют реализации рекомендаций и реабилитационных процедур, оказывают заботу и уход. К ситуативным особенностям взаимодействия родителя с недоношенным ребенком на первом году его жизни можно отнести необходимость их ранней разлуки (первое время после рождения ребенок пребывает в стационаре). Ранняя депривация взаимодействия может сказаться как на дальнейшем развитии ребенка, так и на психологическом состоянии родителей, как правило, переживающих шок и страх серьезных заболеваний и смерти ребенка. У родителя часто формируется неадекватное отношение и дезадаптивный тип привязанности: родители воспринимают ребенка более болезненным, хрупким, ранимым, неприспособленным и т. д. даже уже в период стабильного и относительно безопасного развития (Иванова, 2010).

Интересно, что Н.Н. Авдеева, описывая нарушения в привязанности матерей к детям с *задержкой речевого развития* (Авдеева, 2019, с. 24), указывала на преобладание игнорирующего и симбиотического стилей. При первом образ ребенка недостаточно реалистичен, т.е., с одной стороны, мать оценивает ребенка ниже, чем сверстников, а с другой – предсказывает ему блестящее будущее; отмечается низкий уровень чувствительности и отзывчивости при взаимодействии с ребенком. Матери не всегда замечают изменение состояния ребенка, неправильно оценивают вызвавшие его причины. Привязанность ребенка к матери в этом случае является ненадежной и небезопасной. Матери склонны жаловаться на проблемы в управлении поведением, трудный характер ребенка. Симбиотический стиль отличается тем, что мать ощущает себя единым целым с ребенком, стремится удовлетворить все его потребности, приписывая ему личную и социальную несостоятельность. Досадуя на его неуспешность, мать старается оградить ребенка от трудностей, выполнить за него все действия. На первое место во взаимодействии выступает эмоциональный и так-

тильный контакты, при этом зачастую отсутствуют совместная предметно-практическая деятельность и деловое сотрудничество. Для матерей этой группы характерна тревога за ребенка, которая увеличивается по мере его взросления и проявления признаков автономии. Привязанность ребенка к матери ненадежная и небезопасная.

Важным является не только влияние взрослого на ребенка, но и наоборот. Так, выявлено, что коммуникативные трудности детей с РАС, а именно сложности в регулировании совместного внимания, побуждают взрослого увеличивать обычную коммуникацию через буквальные объект-ориентированные действия (Adamson, 2001).

Детско-родительское взаимодействие, таким образом, не является причиной возникновения атипичного развития ребенка, но, вероятно, может выступать фактором риска и утяжеления или, наоборот, фактором защиты и смягчения проявления ряда поведенческих, эмоциональных, когнитивных особенностей таких детей.

Можно сказать, что существуют благоприятные характеристики детско-родительского взаимодействия:

- отзывчивость в поведении родителя (responsive parent behaviors): ясность (salient), своевременность (well timed), аффективно-позитивная реакция на общение и игру (affectively positive reactions);

- умение понять потребности ребенка, при котором важна гибкость родителя и умение перестраиваться под изменения ребенка: особенно в период возрастных кризисов;

- вера родителей в способность ребенка быть самостоятельным, инициативным, ответственным, «оперативность» матери – готовность матери предоставлять ребенку свободу действий и выбора; принятие ребенка таким, какой он есть;

- забота и внимание к ребенку: аффективная поддержка (affective support), поддержка внимания ребенка (support for child focus of attention). Адекватность материнского поведения связана с расслаблением в момент, когда нет угрозы жизни ребенку, и мобилизации, когда требуется быстрая помощь ребенку.

В качестве негативных характеристик детско-родительских взаимодействий описаны:

- отстраненность родителя, низкая привязанность (detachment);

- вмешательство (intrusiveness) – неуважение родителя к самостоятельности и индивидуальности ребенка, неготовность предоставить ему инициативность, подавление его способностей, требование реализации собственных желаний;

- отвержение ребенка (negative regard) или враждебность (hostility): скрытая, открытая, физическое насилие;

- неадекватный уровень тревожности родителей в сочетании с недостаточным уровнем осведомленности о развитии ребенка. Так, среди родителей, чьи дети приняли участие в исследовании (Токарская и др., 2017), можно особо отличить две группы. В первой группе родители субъективно считают, что речь их ребенка имеет патологии из-за единичных индивидуальных особенностей (например, до года ребенок не лепечет или имеет ограниченный активный словарный запас или единичные эхоталии), что становится причиной для *излишнего* беспокойства. При объяснении границ норм с учетом возрастных и индивидуальных различий и описании особенностей речевого развития ребенка тревога родителя может уменьшаться. У другой группы родителей проявляется *недостаточное внимание* к развитию речи ребенка в раннем возрасте, что может при наличии ряда тревожных симптомов привести к отставанию и устойчивому дефициту речевого развития в дальнейшем. Родители считают, что речь устанавливается самостоятельно и нет необходимости в дополнительном взаимодействии с ребенком. Такие родители, чьи дети попадают в нижнюю границу нормы или оказываются ниже ее, зачастую впервые слышат про важность коммуникативных жестов, необходимость использования потешек, песенок, чтения детских книжек с ребенком, ошибочно полагая, что после трех лет ребенок заговорит и этот тревожный комплекс самостоятельно исчезнет.

Несмотря на разнородность в дизайне и методических подходах, практически все исследования свидетельствуют о том, что, помогая родителям выстраивать свое поведение и развивая их родительские компетенции, можно смягчить многие поведенческие симптомы и гармонизировать развитие ребенка. Ведь каким бы мощным ни было медицинское вмешательство и эффективными лекарственными препаратами, родители могут внести существенный и не менее значительный вклад в развитие ребенка и коррекцию имеющихся у него нарушений, особенно если семья включена в комплекс раннего вмешательства.

Раннее вмешательство – это система различных мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений, и мероприятий, в том числе ориентированных на поддержку родителей.

Основные принципы ранней помощи делают следующие акценты (Стандартные требования ..., 2012):

1) акцент на максимальном участии семьи в программах помощи (как включенность семьи в программы помощи, так и поддержка семьи, нормализация жизни ребенка и всей семьи);

2) использование обычной и повседневной среды ребенка, которая обеспечивает ежедневный опыт и успешную коммуникацию с близкими людьми;

3) переход от объектного подхода к признанию активности ребенка и переход от изоляции ребенка к его активному включению во все сферы жизни;

4) переход от тренировки изолированных навыков к функциональному подходу,

5) работу междисциплинарной команды (в том числе с включением новых специальностей), направленную на совместную разработку индивидуальных программ развития;

6) использование научно обоснованных технологий.

Стенли Гринспен в подходе DIR/Flortime отмечает следующие постулаты (Гринспен, 2017):

1) опыт, получаемый на разных возрастных этапах, может менять структуру и функционирование мозга;

2) задача специалиста и родителя – создать оптимальную программу для конкретного ребенка;

3) предполагается, что, работая с эмоциональными проявлениями, можно благотворно влиять на базовые способности, ответственные за мышление, отношения, общение;

4) важно понимание уникальности каждого ребенка;

5) важно подобрать способы взаимодействия в соответствии с особенностями нервной системы ребенка, взаимодействовать спонтанно и использовать естественные интересы и эмоции ребенка как основу для взаимодействия.

Таким образом, семья представляется равноправным участником развития и помощи в адаптации ребенка, а создаваемые программы формирования компетентности родителя часто содержат признаки компетентного родителя через принцип «здесь-и-сейчас»: ответственный, способный выявлять и удовлетворять потребности ребенка, информированный о правах ребенка. Речь идет об обучении родителя и структурировании родительской роли. Существуют и несколько иные подходы: внимание обращается на «восстановление» родительских функций через развитие родительских компетентностей, радости/наслаждения быть родителем и благосостояния членов семьи для удовлетворения межличностных потребностей, а также потребностей в собственном развитии. Основной тезис данной модели: «У нас могут быть бывшие супруги, прежние профессии, но не может быть бывших детей», его основа – постоянное взаимодействие и сотрудничество индивидов, будь то ребенок или взрослый, приносящие радость и удовольствие, и положительное развитие каждого участника. Образование родителей нацелено на то, чтобы помочь улучшить и актуализировать их воспитательный потенциал, развивая их компетентности и исполь-

зую наилучшим образом ресурсы социокультурной среды (Данилова, 2018, с.17).

Данилова И.С. описывает факторы, которые необходимо учитывать при обучении родителей:

- 1) средовой фактор и средовые ресурсы;
- 2) длительности программы;
- 3) ресурсные стороны самих родителей;
- 4) опора на гуманистические ценности;
- 5) коммуникативные и профессиональные навыки ведущих программ;
- 6) взаимодействие группы родителей.

Список литературы

1. Авдеева, Н.Н. Взаимодействие матери и ребенка раннего возраста с задержкой речевого развития / Н.Н. Авдеева // Психологическая наука и образование. - 2019. - Т. 24. - № 2. - С. 19–28. doi: 10.17759/pse.2019240202

2. Ариян, М.А. Социально-эмоциональное развитие обучающихся средствами иностранного языка / М.А. Ариян // Язык и культура. - 2017. - № 38. - С. 138-151.

3. Баенская, Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е.Р. Баенская. - М.: Теревинф, 2007 - 108 с.

4. Бандура, А. Теория социального научения / А. Бандура - СПб.: Евразия, 2000. - 320 с.

5. Василенко, Т.Д. Ранние эмоциональные дефициты и психосоматическое здоровье младенца / Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлина // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2016. - № 3. - С. 117-124.

6. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т.4. Детская психология / Л.С. Выготский; под ред. Д. Б. Эльконина. - М.: Педагогика, 1984. - 432 с.

7. Глозман, Ж.М. Биологические и социальные факторы нейрокогнитивного развития: лекция с пленарного заседания форума Cognitive Neuroscience-2018 /Ж.М. Глозман (Россия, Екатеринбург, УрФУ) URL: <https://yadi.sk/mail?hash=vQgqosWSxTlRtI%2FidMKGk3jXCDy4J%2Ft-6fknHBYxWRkWQxBBv58zQy3jsJLYawDysq%2FJ6bpmRyOJonT3VoX-nDag%3D%3D> (досуп на 02.08.2019)

8. Гринспен, С., Уидер С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер // Теревинф. - 2017. - 512 с.

9. Данилова, И.С. Программы по развитию компетентностного родительства: зарубежный опыт / И.С. Данилова // Современное детство: психолого-педагогическая поддержка семьи и развитие образования: сборник материалов I Всероссийской научно-практической конференции, Москва, 16-18 апреля 2018 г. – М.: ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО», 2018. – С.15-20.
10. Жукова, О.И. Современное общество и место в нем человека / О.И. Жукова // Вестн. Том. гос. ун-та. - 2007. - №300-1. - С.47-50.
11. Иванова, Н. Б. Проблемы развития недоношенных детей, воспитывающихся в условиях семьи и дома ребенка / Н.Б. Иванова // Специальное образование. – 2010. – № 1. – С. 36-45.
12. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства / Е.П. Ильин. - СПб.: Питер, 2001. - 752 с. ил.
13. Клусман, Р. Справочник по психотерапии / Р. Клусман - 3-е изд. - СПб.: Питер, 2004.-368 с.
14. Кон, И. С. Ребенок и общество / И. С. Кон. – М.: Академия, 2003. – 336 с.
15. Лисина, М.И. Проблемы онтогенеза общения / М.И. Лисина. - М., 1986. - 144 с.
16. Лисина, М.И. Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина. - СПб.: Питер, 2009. - 320 с.
17. Лоренц, К. Обратная сторона зеркала / К. Лоренц; пер с нем. А.И. Федорова; под ред. А.В. Гладкого; сост. А.В. Гладкого, А.И. Федорова ; послесл. А.И. Федорова. - М.: Республика, 1998. - 393 с. - (Мыслители XX века).
18. Лоренц, К. Так называемое зло / К. Лоренц; пер. с нем. А. И. Федорова. - М. : Культурная революция, 2008.
19. МакВильямс Нэнси. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Нэнси МакВильямс – М.: Независимая фирма «Класс», 2007. – 480 с.
20. Маринчева, Л.П., Особенности этиопатогенеза психосоматических и соматоформных расстройств /Л.П. Маринчева, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьёв // Казанский медицинский журнал. - 2012. Т. - 93. - № 3. - С. 465-468
21. Мелентьева, Е.В. Психологические особенности взаимодействия родителей с детьми дошкольного возраста в современной семье / Е.В. Мелентьева // Ярославский педагогический вестник. – 2014. – № 4. – Т. II (Психолого-педагогические науки). - С. 259-263.
22. Мухамедрахимов, Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов // – СПб.: Изд-во С.Петербург. ун-та, 2001. – 288 с.

23. Николаева, Е. И., Баркова А. Р. Вариабельность психологического и физического развития детей первого года жизни и психологические особенности их матерей / Е.И. Николаева // Материалы V Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Здоровье и образ жизни учащихся в современных условиях: взгляд врача и педагога» (Посвящается дню учителя). – СПб.: Символ, 2015. – С. 122–126.

24. Николаева, Е.И. Моделирование прогноза здоровья ребенка первых лет жизни на основе психофизиологических характеристик его матери в условиях малого города / Е.И. Николаева, В.С. Меренкова // Психология образования в поликультурном пространстве. - 2012. -Т. 2 (№ 18). - С. 5-12.

25. Овчарова, Р. В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие / Р. В. Овчарова. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. – 496 с.

26. Основные направления консультативной работы с семьей: учеб. пособие / И.А. Ершова, М.Е. Пермякова, А.М. Вильгельм; М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. - Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2018. - 150 с.

27. Павлов, И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных / И.П.Павлов // М.: Наука, 1973.

28. Перминова, Г.А. Профили ранней невербальной коммуникации у детей с синдромами Вильямса и аутизма / Г.А. Перминова, Ю.А. Бурдукова, Т.А. Строганова // Вопросы психологии. - 2010. - № 3 - С. 20–30. [Perminova GA, Burdukova YuA., Stroganova TA. The profiles of early non-verbal communication in children suffering Williams syndrome and autism. Voprosy Psychologii. 2010; (3): 20–30. (In Russ).]

29. Пиаже, Ж. Избранные психологические произведения / Ж. Пиаже.- М., 1969.

30. Польшанная, М.Т., Особенности детско-родительских отношений в семье (на метареиалах Ивановской области) / М.Т. Польшанная, И.Н. Смирнова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки.-2018.- № 3(51). - С. 99-106.

31. Рыбакова, А.И. Теоретические аспекты детскородительских отношений: понятие, типы и виды нарушений / А.И. Рыбакова // Ученые записки Российского государственного социального университета. - 2017. - Т. 16. - № 1 (140). - С. 14–21.

32. Садовникова, Т.Ю. Гендерная идентичность супругов и особенности функционирования семьи / Т.Ю. Садовникова, Е.М. Суворова //

VI Международная конференция Психологические проблемы современной семьи: сборник тезисов. - М., 2015. С.1305-1322.

33. Солдатова, Г.У. Цифровая социализация в культурно-исторической парадигме: изменяющийся ребенок в изменяющемся мире/ Г.У. Солдатова // Социальная психология и общество. - 2018. - Т. 9. - № 3. - С. 71-80 doi: 10.17759/sps.2018090308

34. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства ./ Аксенова О.Ж., Баранова Н.Ю., Емец М.М., Самарина Л.В. – СПб, 2012. – 54 с.

35. Токарская, Л.В. Изучение особенностей нейрокогнитивного развития и специфики детско-родительского взаимодействия при семейном риске расстройств аутистического спектра (РАС) и синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) / Л.В. Токарская, М.А. Лаврова, З.С. Лазаускене // Педагогическое образование в России. - 2017. - № 11. - С. 136-144.

36. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (утв. приказом Минобрнауки России от 17.10.2013 г. № 1155) // Российская газета. - 2013. - 25 ноября. - № 6241

37. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ // Российская газета. - 2012. - 31 декабря. - № 5976.

38. Фридман, И. К. О контакте родителей с детьми / И.К. Фридман // Вопросы психологии. – 1990. – № 1. – С. 93–99.

39. Эльконин, Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д.Б. Эльконин // Вопросы психологии. - 1971.- № 4.

40. Adamson, L. B., McArthur D. et al. Autism and joint attention: Young children's responses to maternal bids // Applied Developmental Psychology. – 2001. – № 22. – P. 439–453.

41. Ainsworth, M.D., Blehar, M, Waters, E, & Wall, S. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1978.

42. Baker J.K., Fenning R.M., Howland M.A., et al. Brief report: a pilot study of parent-child biobehavioral synchrony in autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2015;45(12):4140–4146. doi: 10.1007/s10803-015-2528-0.

43. Baker J.K., Messinger D.S., Lyons K.K., Grantz C.J.. A pilot study of maternal sensitivity in the context of emergent autism. J Autism Dev Disord. 2010;40(8):988–999. doi: 10.1007/s10803-010-0948-4.

44. Bayley-III Clinical use and interpretation / L. G. Weiss, T. Oakland, G. Aylward. – Elsevier Inc, 2010. – 240 p.

45. Bowlby J. A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. - Psychology Press, 1988. - 196 p.

46. Chiang Yi-Ch., Lin D-Ch., Lee Ch-Ya., Lee M-Ch. Affects of parenting role and parent– child interaction on infant motor development in Taiwan Birth Cohort Study // *Early Human Development*. – 2015. – № 91 (4). – P. 259–264. – DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2015.02.005.
47. Freeman S, Kasari C. Parent–child interactions in autism: characteristics of play. *Autism*. 2013; 17(2):147–161. doi: 10.1177/ 1362361312469269.
48. Hadfield, K., Fearghal, O'Brien, Gerow, A. Is level of prematurity a risk/plasticity factor at three years of age? // *Infant Behavior and Development*. – 2017. – № 47. – P. 27-39. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.03.003>
49. Harker C.M., Ibanez L.V., Nguyen T.P., et al. The effect of parenting style on social smiling in infants at high and low risk for ASD. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(7):2399–2407. doi: 10.1007/ s10803-016-2772-y.
50. McConachie H, Diggie T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2007;13(1):120–129. doi: 10.1111/ j.1365-2753.2006.00674.x.
51. Oono I.P., Honey E.J., McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD) (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 30(4):100. doi: 10.1002/14651858.CD009774.pub2.
52. Parr J.R., Gray L., Wigham S., et al. Measuring the relationship between the parental Broader Autism Phenotype, parent–child interaction, and children’s progress following parent mediated intervention. *Res Autism Spectr Disord*. 2015; 20:24–30. doi: 10.1016/j.rasd.2015.07.006.
53. Patterson S.Y., Smith V., Mirenda P. A systematic review of training programs for parents of children with autism spectrum disorders: single subject contributions. *Autism*. 2012; 16(5):498–522. doi: 10.1177/1362361311413398.
54. Siller M., Sigman M. The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children’s communication. *J Autism Dev Disord*. 2002; 32(2):77–89. doi: 10.1023/A:1014884404276.
55. *The Cambridge Encyclopedia of Child Development* // Edited by Brian Hopkins. Associate Editors: Ronald G. Barr, George F. Michel, Philippe Rochat // Cambridge University Press., 2005, 670 p.
56. Wai Wan M., Green J., Elsabbagh M., Johnson M., Charman T., Plummer F. Quality of interaction between at-risk infants and caregiver at 12–15 months is associated with 3-year autism outcome // *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* / Volume 54, Issue 7 July 2013. Pages 763-771.

1.2. Коммуникативное, моторное и социально-эмоциональное развитие детей раннего возраста

Рассматривая детско-родительское взаимодействие, особенно в отношении детей раннего возраста, нельзя не учитывать особенности развития детей. В первую очередь интерес представляют коммуникативный, социально-эмоциональный и моторный компоненты развития. Так, если не считать пренатальный период, то скорость и силу развития в первые три года постнатальной жизни можно назвать беспрецедентными в жизни человека. Всего за 36 мес. ребенок превращается из полностью зависимого новорожденного в самостоятельное сложное существо, которое может передвигаться, приходить и уходить, когда он этого захочет; понимает, что может делиться и делится мыслями, чувствами, намерениями с другими; выражает себя абстрактно, используя символы; сопереживает другим; решает всевозможные сложные задачи.

Большинство детей рождается с неповрежденными органами чувств и хорошо сформированным мозгом. Мозг младенца содержит около 100 миллиардов нейронов, которые соединены в пути, предназначенные для выполнения всевозможных функций (ощущения, восприятия, моторного поведения и др.), а также для регуляции работы внутренних систем (дыхание, пищеварение, кровообращение, терморегуляция и др.). Фундаментальная организация мозга не меняется после рождения, но отдельные компоненты его структуры демонстрируют пластичность (Johnson, 1999).

Пластичность можно рассмотреть в двух разных аспектах. Во-первых, это все изменения взаимосвязей между нейронами, которые возникают в процессе обучения и получаемого опыта. Во-вторых, существует множество способов, которые использует мозг для компенсации какой-либо травмы, привлекая альтернативные ресурсы. Так, например, тяжелое повреждение коры левого полушария головного мозга, где локализируются многие языковые функции, может не приводить к тяжелым речевым нарушениям в том случае, если возникает пренатально или в раннем постнатальном периоде. Если повреждение не затрагивает оба полушария, то языковые способности ребенка могут формироваться без выраженной задержки или нарушения (Bates, 2001). Однако необходимо учесть, что в случае пренатального нарушения последствия могут быть значительно тяжелее, чем в случае постнатального воздействия, поскольку повреждающий фактор, возникший на фоне интенсивно протекающих процессов структурной нейропластичности, может не ограничиться просто локальным повреждением, а исказить весь ход этих процессов.

Еще в пренатальном периоде развития происходят формирование клеток мозга и первичная организация мозговых структур. Нейрогенез протекает с огромной скоростью, при этом образуется большое количество связей (синаптических контактов), которые впоследствии элиминируются, чем достигается оптимальное их количество. Этот процесс неоднороден во времени и различается темпами в различных областях головного мозга. Безусловно, процессы созревания продолжаются и после окончания раннего возраста с постепенным снижением их темпов. К процессам, происходящим в центральной нервной системе, которые повышают способность ребенка организовывать и использовать информацию, а также регулировать поведение, относят:

- рост аксонов и дендритов;
- синаптогенез;
- прунинг или элиминацию синапсов;
- миелинизацию;
- образование глиальных клеток;
- выработку нейромедиаторов.

В течение первых трех лет жизни вес мозга увеличивается в три раза, при этом создается около 1000 триллионов связей между нейронами. В различных областях в процессе синаптогенеза происходит перепроизводство связей в разные промежутки времени, при этом первое место в перепроизводстве занимает зрительная кора, затем слуховая и речевая зоны, а также префронтальная кора. В связи с тем, что образуется больше синапсов, чем необходимо, происходит их постепенный прунинг. В результате раннего опыта, получаемого в виде образов, запахов, звуков, вкусов, прикосновений и поз, активизируются и укрепляются определенные нервные пути в то время, как другие пути не используются и разрушаются. Частота и скорость, с которой нервные импульсы проходят через синапс, усиливают его стабильность. Таким образом, переживаемый ребенком опыт и реакция на него играют важную роль в формировании уникальных паттернов взаимосвязей, которые свойственны каждому отдельному индивиду.

Все эти процессы приводят в итоге к снижению пластичности. Несмотря на то, что сложно определить точный момент для каждой области, считается, что большая пластичность свойственна в период перепроизводства синапсов, а ее снижение происходит в тот момент, когда их количество достигает уровня, свойственного взрослому человеку. Так, например, в процессе развития языка все дети способны распознавать и произносить звуки широкого спектра и могут выучить любой язык. Однако после постоянного взаимодействия с членами семьи и другими окружающими людьми у ребенка развиваются сильные

нейронные связи для звуков языка или языков, которые он постоянно слышит. А нейронные связи, связанные со звуками других языков, распадаются ввиду их неиспользования (Hoff, 2004).

Необходимо учитывать два важных принципа при принятии того факта, что развитие мозга связано с изменениями моторного, когнитивного, языкового, социально-эмоционального развития, межличностного поведения и самосознания. Во-первых, через взаимодействие с непосредственной средой, полной разнообразных стимулов, ребенок формирует организацию нейронных связей, создавая ранние образцы знаний, умений и навыков. То есть дети сами вносят вклад в развитие своего мозга при повторении определенных действий. Во-вторых, в детском, подростковом и взрослом возрасте появляются более сложные когнитивные функции, включая абстрактное и пространственное мышление, самоконтроль, понимание скрытого смысла при коммуникации (например сарказм), способности к творчеству и др. (Rubia, 2006).

Несомненно, первые три года жизни являются наиболее важными, именно поэтому им уделяется большое внимание со стороны научного сообщества. При этом крайне актуальными выступают задачи исследования детей с атипичным развитием, а также находящихся в зоне риска развития тех или иных отклонений. Одной из таких групп детей являются дети, родившиеся раньше срока. Неоспоримым является тот факт, что недоношенные дети в той или иной мере имеют особенности развития всех функций. В исследованиях, проведенных как в нашей стране, так и за рубежом, было доказано, что фактор недоношенности оказывает влияние на уровень развития различных сфер (Бакушкина, 2019; Васильева, 2010; Nepomnyaschy, 2011; Kugelman, 2013). Основные критические периоды в развитии центральной нервной системы наблюдаются на 24-40 неделях внутриутробного развития (Volpe, 2009). Таким образом, если ребенок по какой-либо причине появляется на свет раньше срока, то это приводит к определенным последствиям. Именно поэтому крайне важно оказание помощи таким детям, так как мозг ребенка является крайне уязвимым, находясь на стадии активных изменений. Существует немалое количество отклонений в развитии центральной нервной системы, которые могут быть вызваны фактором недоношенности. Среди них: детский церебральный паралич, расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности, проблемы сенсорной интеграции и другие нарушения когнитивного, речевого, моторного, адаптивного и эмоционального развития.

В данной работе рассмотрим коммуникативное, моторное и социально-эмоциональное развитие детей раннего возраста.

Коммуникативное развитие включает две формы: рецептивную коммуникацию или восприятие языка, и экспрессивную коммуникацию.

Обе формы выражаются по-разному и в процессе своего развития мало зависят друг от друга. Так, если имеет место задержка речевого развития, то она может проявляться в отставании как рецептивной коммуникации, так и экспрессивной. В зависимости от этого подбираются и различные меры вмешательства и коррекции. При этом следует отметить тот факт, что рецептивная коммуникация обычно предшествует развитию экспрессивной (Bage, 2011).

Говоря о раннем развитии, более правильно использовать именно термин «коммуникация» для того, чтобы учитывать все аспекты развития, которые можно увидеть у ребенка с первых дней жизни, когда стоит говорить не о речи, а о «долингвистической» стадии речевого развития. Таким образом, «коммуникация» – это взаимодействие ребенка с окружающим миром при использовании любых средств: жестов, мимики, глазного контакта, вокализаций, слов. Младенцы не могут активно участвовать в разговоре при помощи слов, но они участвуют в ритмичном обмене информацией через пристальный взгляд, улыбку, гуление и игру.

В раннем постнатальном развитии дети могут распознавать звуки и различать звуковые комбинации. К 5 месяцам младенцы уже способны различать слова, которые имеют ударение на первый или второй слог, а также знают свое собственное имя (Weber, 2004).

Лепет всех младенцев изначально одинаковый, вне зависимости от языковой среды, но постепенно они начинают отражать звуки и интонации, которые слышат в повседневной жизни. Те звуки, которые они не слышат, выпадают из лепета одновременно с уменьшением способности различать звуки других языков, которые отсутствуют в родном (Bates, 1987), что снова демонстрирует пластичность мозга ребенка. Около 6-10 месяцев лепет трансформируется, ребенок начинает соединять согласные и гласные звуки и повторять эти сочетания. К 8 месяцам младенцы используют кряхтение и хныканье в сочетании с жестами для достижения целей, что является частью целенаправленного общения: ребенок пытается заставить взрослого сделать что-то, что ему нужно. Как правило, первым жестом является поднятие рук в сторону родителя или другого взрослого для того, чтобы ребенка взяли на руки (Fenson, 1994).

К 9-11 месяцам появляются две другие коммуникативные стратегии: совместное внимание и указательный жест. Жесты – это способ невербально получить дополнительную информацию. Указательный жест является предшественником вопросов «что это?», «где это?».

При окончании младенческого периода одним из самых значительных изменений можно назвать то, что слова становятся более заметными, чем жесты, в качестве способа обозначения объектов (Namy, 2002). Происходит присвоение имен объектам окружающего мира. По-

вторение звука или слова ассоциируется с определенным объектом или набором связанных объектов. Например, ребенок может говорить «бу» по отношению к своей бутылке. Если он захочет пить, то может сказать «бу», чтобы добиться того, чтобы ему дали бутылку. При этом жесты и мимика продолжают сопровождать слово ребенка, таким образом помогая родителю понять, чего именно он хочет. Если родитель понимает ребенка и удовлетворяет его потребность, то слово сохраняется и будет использоваться и далее. При этом «бу» может означать не только бутылку, но и вообще все жидкости.

Быстрый прогресс в именовании объектов происходит между 12 и 16 месяцами. Так, к 16 месяцам типично развивающийся ребенок имеет словарный запас около 26 слов. Дети в самом начале говорят о том, что они знают и что их интересует. Общие первые слова касаются важных людей (мама, папа, баба, деда, имена сиблингов), еды, животных, игрушек, частей тела, одежды, каких-либо любимых объектов и т.д. (Леонтьев, 2004).

Блум Л. предположила, что «принцип релевантности» направляет раннее приобретение новых слов (Елисеева, 2017). Дети обращают особое внимание на слова и выражения, которые наиболее тесно связаны с тем, что они делают и думают в конкретный момент. По этой причине словарный запас, приобретаемый в самом раннем возрасте, весьма своеобразен и отражает темы и переживания повседневной жизни ребенка.

Говоря о развитии речи ребенка, исследователи упоминают термин «лексический взрыв», при этом нет единого мнения о данном феномене, сроках его появления и причинах. Некоторые дети могут вообще его не демонстрировать. При этом значимость данного феномена для тех детей, у которых он присутствует, очевидна, так как именно лексический взрыв запускает процесс, благодаря которому дети усваивают слова гораздо быстрее. Те дети, у которых лексический взрыв не был отмечен, демонстрируют постепенное развитие речи с множественными мелкими несинхронизированными изменениями (Елисеева, 2015).

Развитие речи в раннем возрасте носит очень вариативный характер, каждый ребенок демонстрирует свои сроки (Леонтьев, 2004). Так, в 16 месяцев немногие дети составляют предложения из двух слов, но к 30 месяцам это делают почти все дети (Fenson, 1994). Момент появления двухсложных высказываний крайне разнообразен у разных детей. Но в целом развитие речи с 2 до 3 лет можно охарактеризовать следующим образом. К 2 годам словарный запас ребенка составляет более 300 единиц, наблюдается увеличение объема коммуникативного поведения и интерес к языку. К 30 месяцам идет непрерывное увеличение словарного запаса, который достигает 550 слов и более, лепет отсутствует,

высказывания несут определенные коммуникативные намерения, состоят по крайней мере из двух слов, многие из 3-5. Ребенок начинает использовать множественное число и прошедшее время. При это часто дети расстраиваются в том случае, если их не понимают, что, в свою очередь, происходит часто, так как разборчивость речи находится пока на низком уровне. Наконец, к 3 годам словарный запас составляет уже около 1000 слов, при этом примерно 80% высказываний уже понятны даже для незнакомых людей. Грамматическая сложность высказываний приближена к таковой у взрослого человека, хотя ошибки встречаются еще довольно часто (Бернадская, 2003; Грибова, 2004; Громова, 2003; Печора, 2006).

Относительно развития коммуникативных навыков большинство исследований демонстрирует более низкий уровень развития у недоношенных детей по сравнению с таковым у тех, кто родился в срок (Briscoe, 1998; Foster-Cohen, 2010; Maansson, 2014; Stolt, 2009). Отклонения у незрелых детей выявляются в разных областях: фонетике (Guarini, 2009), синтаксисе (Foster-Cohen, 2007), словесной рабочей памяти (Бакушкина, 2019) и скорости обработки информации (Marchman, 2015). В первую очередь отклонения выявляются у экстремально недоношенных детей, хотя отставание может проследиваться и у категорий недоношенных детей (Gayraud, 2007; Putnick, 2017; Van Noort-Van der Spek, 2012). В первый год жизни незрелые дети имеют более низкие показатели развития коммуникативных навыков по сравнению с их рожденными в срок сверстниками (De Schuymer, 2011). В возрасте 2-3 лет недоношенные дети меньше пользуются жестами (Cattani, 2010), имеют маленький словарный запас (Schults, 2013).

Доношенные дети уже в младенческом возрасте могут узнавать голос матери (De Casper, 1980) и ритм родного языка (Nazzi, 1998) в связи с тем, что овладение языком начинается еще внутриутробно. Основная структура уха начинает свою работу уже в 23-25 недель гестации (Graven, 2008), т.е. с этого момента до появления на свет плод может слышать некоторую речь (в первую очередь материнскую) (Querleu, 1998). При этом речь слышится несколько иначе, так как ткани тела матери ослабляют высокие частоты, и принято говорить в данном случае скорее о просодических сторонах речи (интонация, ритм, темп и др.). Следовательно, недоношенные дети не имеют столь длительного опыта внутриутробного «общения» (экстремально недоношенные дети не имеют такого опыта вообще), что предположительно оказывает влияние на развитие в первую очередь рецептивной стороны речи, но также и экспрессивной ввиду их тесной взаимосвязи.

Очевидно, что недоношенность негативно влияет на речевое развитие в раннем и более старшем возрасте, при этом необходимо учитывать и множество сопутствующих факторов (хирургические вмешательства, наличие пороков развития и др.), которые с большей вероятностью влияют на речь детей.

Говоря о специфике *моторного развития* детей раннего возраста, необходимо отметить, что существуют 4 основные концепции, описывающие становление моторики.

1. Моторное развитие происходит за счет совместного взаимодействия разных систем организма: сенсорных, перцептивных и биомеханических. В зависимости от возраста влияние каждой из систем и специфика их взаимодействия будут меняться. В самом начале моторное развитие активно взаимодействует со зрительной системой (подъем головы для того, чтобы осмотреться), далее – с визуальной и соматосенсорной системами (захват и исследование объекта). В процессе роста ребенка все большую роль начинают играть когнитивные процессы.

2. Моторное развитие сильно зависит от социальной и физической среды. Считается, что оно в большей степени определено медико-биологическими факторами, но при этом ряд исследований показывают и обратные результаты. Так, например, у детей из семей, имеющих низкий социальный статус, развитие моторики происходит более медленно (Kelly, 2006).

3. Моторное развитие вариативно и видоизменяемо. Для того чтобы освоить какое-либо новое движение, нужно ослабление стабильности ранее устойчивого моторного навыка. Обучение любому двигательному навыку, как правило, проходит 3 стадии. Первая заключается в экспериментировании – ребенок пробует разные варианты нового движения. Позже ребенок определяет какой-либо наиболее оптимальный вариант выполнения. Третья стадия предполагает включение ранее выбранного адаптивного варианта в постоянное использование с постепенным улучшением качества выполнения.

4. Потребность является организующим фактором движений. Дети осознают, что имеют возможность влиять на окружающую их среду своими действиями, получая физические (например, предмет падает, если его отпустить) или социальные (родитель подает игрушку, если ребенок тянет к нему ручки) результаты. Таким образом, различные функциональные задачи организуют действия ребенка (Humphry, 2009; Thelen, 2001).

В моторном развитии выделяют две сферы: мелкая и крупная моторика. Мелкая моторика отражает способность использования глаз, пальцев, рук при взаимодействии со средой, т.е. сюда относят навыки

окуломоторного контроля, движение пальцами и руками, захват, перцептивно-двигательную интеграцию, моторное планирование, визуальное слежение, тактильные ощущения, а также функциональные навыки руки. Крупная моторика – это способность контролировать свое тело и перемещаться в пространстве. В раннем возрасте к навыкам крупной моторики относят контроль головы, способность сидеть, стоять, ходить, бегать, прыгать, подниматься и спускаться по лестнице, имитировать статические позы.

Произвольные мышечные реакции новорожденного плохо скоординированы. Большинство ранних моторных реакций являются рефлекторными, т.е. конкретный стимул вызывает определенную моторную реакцию без какого-либо произвольного контроля, но при этом данные движения могут являться ранними показателями мышечного тонуса, асимметрии тела и уровня активности. Многие из данных врожденных рефлексов необходимы для выживания ребенка, а также способствуют развитию более сложных вариантов поведения. Можно привести в пример сосательный рефлекс: при рождении ребенок рефлекторно начинает сосать, если что-то попадает ему в рот, что помогает детям получать питание относительно легко с самого начала, до того, как они смогут управлять данным процессом.

Окуломоторный контроль развивается достаточно рано – уже к 1-4 месяцам постнатального развития. Данная функция является важной для дальнейшего развития всей моторики (Jouen, 2000). Первые заметные проявления связи рук и зрения младенцы демонстрируют в возрасте 4-5 месяцев, что проявляется, например, в том, что ребенок начинает активно двигать руками при попадании в его поле зрения интересного предмета (Von Hofsten, 1984). Также примерно в это же время начинается освоение самостоятельных движений, направленных на захват и удержание интересующего ребенка предмета. В 5-7 месяцев дети развивают определенную точность, которая позволяет им захватывать движущийся объект, чередуя руки, перехватывать объект, предвосхищая направление его движения (Robin, 1996).

В 10 месяцев ребенок имеет широкий спектр движений рук и пальцев, он засовывает их в рот, стучит, машет, вращает, держит предметы и передает их из руки в руку. Также появляется навык изолирования отдельных пальцев (в первую очередь указательного), что является одним из важных моментов развития навыков манипулирования с предметами (Pehoski, 2006). К 12 месяцам дети уже осваивают пинцетный захват, что дает им возможность манипулировать предметами, поднимая их, поворачивая, помещая и вынимая их из емкости. Эти двигательные навыки дают новую информацию о свойствах объектов, об их связи друг с другом.

После 1 года ребенок обладает широким спектром навыков мелкой моторики, в которых все большую роль играют когнитивные процессы. Так, к 1,5 годам ребенок способен построить башню из нескольких кубиков, а также оставить след на бумаге мелком или карандашом. Постепенно по мере взросления данные навыки совершенствуются и к двум годам ребенок уже подражает взрослому и строит простые фигуры из кубиков (например, по образцу может построить паровозик, поставив несколько кубиков в ряд), а также копирует горизонтальные, вертикальные и волнистые линии. Уже к 3 годам ребенок строит сложные объекты самостоятельно, используя их в своей игре (например домик), а также может рисовать простые рисунки, называя их (дом, солнце, лицо и др.) (Henderson, 2005).

Навыки крупной моторики развиваются в результате физического роста и созревания костей, мышц, а также нервной системы, и дети различаются по последовательности и скорости приобретения моторных навыков. Некоторые дети демонстрируют скачкообразное развитие с периодами медленного и быстрого улучшения навыков, а также с периодами регрессии (Fischer, 1994). Но, несмотря на всю вариабельность, обычно в течение первого года жизни дети начинают самостоятельно поднимать голову, переворачиваться, тянуться к предметам и схватывать их, начинают сидеть, ползать, стоять и затем ходить.

В течение второго года жизни ходьба все более совершенствуется, ползание используется больше для игры, чем остается предпочтительным методом передвижения. Дети начинают исследовать лестницы, поднимаясь и спускаясь по ним, используя разнообразные стратегии. Также появляется способность прыгать вниз с небольших высот. Каждый новый навык требует от ребенка постоянной практики и совершенствования, что в итоге приводит к устойчивому выполнению. В течение третьего года продолжается совершенствование освоенных ранее навыков ходьбы, подъема и спуска по лестнице, прыжков и т.д., а также освоение новых моторных движений. Ребенок получает все больший контроль над своим телом, его движения становятся все более точными и скоординированными.

При развитии крупной моторики важную роль играет постуральный контроль, т.е. способность регуляции тела в пространстве. Прямо выделять прямой (самостоятельные движения) и обратный (движения, которые совершаются как ответ на внешнее влияние) типы постурального контроля, при этом обратный развивается раньше прямого. Типичное развитие постурального контроля идет сверху вниз: сначала ребенок осваивает контроль головы, затем туловища, после начинает контролировать себя в вертикальном положении (Westcott, 1997).

Характеристика постурального контроля ребенка является крайне важным диагностическим качеством, так как слабый постуральный контроль часто приводит к задержкам в развитии крупной моторики. Для двигательных навыков, которые совершаются в положении стоя, требуется зрелость и стабильность постурального контроля.

Моторное развитие недоношенных детей также имеет свои особенности, при этом нарушения в данной сфере, как правило, выявляются раньше, чем во всех остальных сферах развития. Недоношенные дети могут демонстрировать асимметрию мышц, их гипо- и гипертонус до 40 недель постконцептуального развития (Allen, 2011). Также к ранним отклонениям, которые могут быть обнаружены, относят увеличение мышечной разгибательной активности (Aylward, 2014) и временные неврологические дефициты (Wilson-Costello, 2015).

Наиболее распространенный вид моторного нарушения, церебральный паралич, диагностируется у 0,21% населения развитых стран (Novak, 2017), при этом часто данное нарушение имеют именно недоношенные младенцы. Показано, что риск наличия церебрального паралича увеличивается с уменьшением гестационного возраста, а также массы тела при рождении (Himmelmann, 2006). Среди 1000 живорожденных детей данное нарушение имеют 0,9-1,43 рожденных в срок детей, 6,1 детей, рожденных на сроке гестации 32-36 недель, 21,6 – 28-36 недель, 43,7 – 28-31 недель, 55,6-114,6 – до 28 недель гестации (Sigurdardottir, 2009).

При этом вне зависимости от срока гестации существуют сопутствующие факторы, которые повышают риск развития как церебрального паралича, так и других отклонений в моторном развитии. К ним относят искусственную вентиляцию легких, перивентрикулярную лейкомаляцию, внутрижелудочковое кровоизлияние, повреждение белого вещества, сепсис, внутриутробное ограничение роста, гидроцефалию (Hintz, 2011).

Исследования показывают, что в целом недоношенные дети находятся в зоне повышенного риска формирования легких нарушений моторного развития (например дисфункция мелкой моторики, графомоторные нарушения, нарушения пространственных способностей и др.) (Williams, 2010), что оказывает негативное влияние на навыки ребенка как в раннем (способность держать ложку и др.), так и в более позднем возрасте (проблемы с почерком, неуклюжесть и др.).

При этом, если у детей, рожденных раньше срока, не выявляется никаких нарушений, в любом случае они показывают более позднее созревание как крупной, так и мелкой моторики в первые годы жизни (особенно в возрасте до 1 года). Однако в подавляющем большинстве

случаев к 2-3 годам они догоняют своих сверстников (De Kieviet, 2009). В данном случае также большую роль играет срок гестации: дети с легкой степенью недоношенности имеют незначительные различия по сравнению с доношенными детьми (при условии отсутствия сопутствующих негативных факторов).

Значимость развития *социальных навыков и эмоциональной сферы* ребенка для его успешной социализации и адаптации также неоспорима (Лаврова, 2017). Как отмечают В.В. Лебединский и М.К. Бардышевская, «именно в раннем возрасте неблагополучие в аффективной сфере является наиболее злокачественным для психического и психосоматического развития ребенка» (Лебединский, 2002, с.12).

В прошлом эмоции считались «рудиментом человеческого развития», однако уже с первой половины XX века исследователи отмечали существующую значимую связь между интеллектуальной и эмоциональной сферами (Выготский, 1984), включающую в эмоциональность познавательный компонент: эмоциональная и когнитивная сферы совместно обеспечивают ориентировку в окружающем пространстве; кроме того, эмоции обеспечивают тонус психической деятельности (Лебединский, 2002; Крылов, 2005). С этой точки зрения, эмоции могут быть включены также в первый функциональный блок регуляции тонуса и бодрствования (уровень произвольной саморегуляции и самоорганизации) по А.Р. Лурии (Лурия, 1966).

В настоящее время ряд исследователей отмечает невозможность когнитивного развития ребенка без развития его социально-эмоциональных навыков (Гринспен, 2017; Ильин, 2001). Так, подход DIR, набирающий популярность в нашей стране при работе с детьми с РАС и направленный на их социализацию, ставит это в основу метода floortime. Данный подход применяется в работе с детьми, начиная с раннего возраста, с подростками и взрослыми людьми. Для оценки достижений выделяются такие параметры, как эмоциональная теплота, способность строить отношения с людьми, способность к творческому мышлению и осмысленному общению. Занятия проводятся в атмосфере эмоционального контакта, в них участвуют не только специалисты, но и вся семья, и в результате навыки общения и мышления быстро входят в повседневную жизнь.

Социально-эмоциональное развитие – это формирование и развитие социально важных качеств личности, в ходе которого происходят овладение разнообразными способами эмоционального реагирования; способностью осознавать собственные эмоции и управлять ими в различных жизненных ситуациях; установление и поддержка эмоционального контакта с другими людьми (Ариян, 2017). Так, Е.П. Ильин пишет, что эмоциональное развитие ребенка осуществляется в нескольких направ-

лениях: преодоление импульсивности поведения; возникновение наряду с ситуативными эмоциями более стойких чувств; развитие способности использовать эмоциональную экспрессию в качестве средства общения и распознавать эмоции по выражению лица (Ильин, 2001).

Так или иначе, исследователи указывают на определенные возрастные новообразования в эмоциональной сфере, наличие/искажение/отсутствие которых может свидетельствовать о благополучии/неблагополучии всего хода развития ребенка: последствиях органического поражения мозга; соматическом неблагополучии; неблагоприятных условиях воспитания; характерологических особенностях ребенка; проявлениях возрастных кризисных периодов; ранних нарушениях и искажениях аффективного развития (Баенская, 2007).

Основными новообразованиями эмоциональной сферы являются: улыбка; комплекс оживления; лепет; страх чужих и страх разлуки с матерью; способность подстраивать свое эмоциональное состояние под состояние матери и ориентироваться на ее сигналы во время свободного исследования окружающего пространства; наличие переходного объекта; появление местоимения «я» в речи как признак психологического отделения от матери; способность регуляции эмоций с помощью символов (Лебединский, 2002, с. 146).

Для адекватной оценки благополучия эмоциональной сферы важно отметить не только асинхронию и длительность задержки появления новообразования, но и определить ее качество (структуру нарушения). Так, грубые нарушения эмоционального развития, сопровождающие расстройства аутистического спектра и становящиеся абсолютно очевидными к 3-летнему возрасту, часто проявляются в тонких неспецифических признаках аффективного неблагополучия в более раннем возрасте (Баенская, 2007; Лебединский, 2002).

Нормальное эмоциональное развитие предполагает прохождение через определенные периоды. Так, В.В. Лебединский и М.К. Бардышевская (Лебединский, 2002) рассматривают аффективное развитие через уровни эмоциональной регуляции:

- уровень оценки интенсивности средовых воздействий;
- уровень аффективных стереотипов;
- уровень аффективной экспансии;
- уровень базальной аффективной коммуникации;
- уровень символических регуляций.

Критическими периодами эмоционального развития считаются (Лебединский, 2002): 0-3; 3-6; 6-12; 12-18; 18-24; 24-36, 36-42 месяца, отличающиеся особыми новообразованиями.

Нам представляется крайне интересной методика диагностики уровня развития эмоциональной сферы, разработанная С. Гринспеном и представленная в опроснике для родителей как приложение к Шкалам развития детей младшего и ясельного возраста Bayley (Bayley Scales of Infant Development, BSID III) (Bayley-III Clinical use..., 2010). В ней он выделяет следующие стадии:

1) саморегуляция и интерес к миру (0-3 месяца). На этой стадии ребенок учится взаимодействовать с другими людьми, фокусировать внимание на том же, что и взрослый, сохранять спокойное состояние; получать информацию через общение со взрослыми, а также с помощью органов чувств и из собственных движений;

2) стадия взаимоотношения (контакт и общение) (4-5 месяцев): ребенок начинает отличать ухаживающего за ним взрослого от других людей; начинает получать удовольствие от взаимодействия с этим взрослым; у него проявляется интерес к неодушевленным предметам. Положительные эмоции, полученные от заботящегося о нем взрослого, помогают научиться различать интонации голоса и оттенки в выражении лиц, которые передают чувства и намерения взрослых. Таким образом, начинается процесс освоения связей между явлениями и переход от восприятия к осмыслению понятий;

3) преднамеренность и двусторонняя коммуникация (6-9 месяцев): ребенок целенаправленно и интерактивно использует эмоции. К шести месяцам ребенок начинает преобразовывать эмоции в коммуникативные сигналы, а взрослый учится читать эти сигналы и отвечать на них так, чтобы ребенок учился читать и понимать сигналы взрослого. Так малыш вовлекается в систему взаимных эмоциональных сигналов. Приобретая этот навык, ребенок может вступать в общение без слов. На этой стадии зарождается логика и чувство реальности;

4) решение социальных задач, регуляция настроения и формирование самосознания (10-18 месяцев). Ребенок использует серию интерактивных эмоциональных сигналов/жестов для общения (он учится управлять своими чувствами посредством эмоциональных знаков и переговоров со взрослыми) и чуть позже – для решения определенных задач (для достижения желаемого результата начинает использовать комбинации из трех – четырех шагов, что в дальнейшем приведет к связыванию слов в предложении и к развитию логического мышления). На этой стадии у ребенка возникает ощущение себя, он осваивает свойства физического мира. Наблюдая за закономерностями, он начинает понимать механизмы их действия;

5) формирование символов и использование слов и понятий (19-30 месяцев). Использование символов и понятий для выражения намере-

ния/чувства и чуть позже для других, не только основных потребностей. Мышление символами приводит к развитию речи и способствует умственному развитию;

б) эмоциональное мышление, логика и чувство реальности (с 31 месяца). Ребенок создает логические связи между эмоциями, понятиями, учится логически связывать символы, классифицировать субъективный и объективный опыт. Логическое мышление способствует развитию таких навыков, как решение математических задач, аргументации. На этой стадии ребенок уже может изобретать, например придумывать правила игры. С. Гринспен отмечает, что при нормальном развитии ребенок осваивает шесть базовых стадий к 4-5 годам, закладывая фундамент для последующего развития.

В опроснике выделены 10 шкал адаптивного поведения, оценивающих модели поведения ребенка: общение, жизнь в сообществе, функции доучебного периода, жизнь дома, здоровье и безопасность, досуг, уход за собой, саморегуляция, социальная среда, моторные навыки.

Знание этапов формирования и развития эмоциональной сферы ребенка помогает спрогнозировать отклонения и провести раннее коррекционное вмешательство.

В целом необходимо отметить, что эмоциональное, коммуникативное и моторное развитие детей раннего возраста носит вариативный характер. Определить четкие варианты нормы бывает часто трудно, что подтверждается данными исследований. При этом есть определенные критерии, по которым возможна оценка уровня развития детей. Недоношенные дети даже при отсутствии факторов, влияющих на гармоничное развитие, как правило, демонстрируют некоторое отставание от своих рожденных в срок сверстников, особенно в самом раннем возрасте.

Список литературы

1. Ариян, М.А. Социально-эмоциональное развитие обучающихся средствами иностранного языка /М.А. Ариян // Язык и культура. - 2017. - № 38. - С. 138-151.
2. Баенская, Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е.Р. Баенская. - М.: Теревинф, 2007 – 108 с.
3. Бакушкина, Н.И. Анализ нейрокогнитивного развития детей со средней и легкой степенью недоношенности в раннем возрасте с помощью шкал Бейли (третья редакция) / Н.И. Бакушкина, Т.В. Рогачева // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2019. – №21(1). – С. 56-65.

4. Бернадская, М.Э. Критерии развития детей раннего возраста / М.Э. Бернадская, О.Е. Громова // Педагогика ДОУ. – 2003. – № 3. – С. 108-117.
5. Васильева, М. Ю. Психическое развитие недоношенных детей первого года жизни, воспитывающихся в семьях и домах ребенка / М. Ю. Васильева, Д. И. Черного, Р. Ж. Мухамедрахимов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Социология. – 2010. – №4. – С. 193-201.
6. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т.4: Детская психология / Л.С. Выготский; под ред. Д. Б. Эльконина. - М.: Педагогика, 1984. 432 с.
7. Грибова, О. Е. Что делать, если ваш ребенок не говорит? / О.Е. Грибова. – М.: Айрис-пресс, 2004. – 248 с.
8. Гринспен, С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер // Теревинф.- 2017. - 512 с.
9. Громова, О. Е. Изучение детского лексикона на ранних этапах развития речи / О. Е. Громова // Дефектология. – 2003. – № 6. – С. 55-61.
10. Елисеева, М. Б. Гендерные особенности речевого и коммуникативного развития детей 8–18 месяцев (на материале русского языка) / М. Б. Елисеева, Е. А. Вершинина [Электронный ресурс] // Acta Linguistica Petropolitana: Тр. Ин-та лингв. исслед. – 2017. – № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/gendernye-osobennosti-rechevogo-i-kommunikativnogo-razvitiya-detey-8-18-mesyatsev-na-materiale-russkogo-yazyka> [дата обращения: 10.05.2019].
11. Елисеева, М. Б. Лексический взрыв в речи ребенка раннего возраста как стимул развития морфологии / М. Б. Елисеева // Уральский филологический вестник. Серия: Язык. Система. Личность: лингвистика креатива. Екатеринбург. – 2015. – № 4. – С. 65-75.
12. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства / Е.П. Ильин.- СПб.: Питер, 2001. - 752 с: ил.
13. Крылов, А.А. Психология: учебник / А.А. Крылов. 2-е изд.: Проспект; 2005. - 234 с.
14. Лаврова, М.А. Влияние детско-родительского взаимодействия на социально-эмоциональное развитие детей с рисками развития / М.А. Лаврова, С.Ю. Киселев, Л.В. Токарская // Луриевский подход в мировой психологической науке: тезисы докладов.-Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2017. –С. 94-95.
15. Лебединский, В.В. Аффективное развитие ребенка в норме и патологии / В.В. Лебединский, М.К. Бардышевская // Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2 т. / под ред. В. В. Лебедин-

ского и М. К. Бардышевой. Т. I. - М: ЧеРо: Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2002. - с. 588-681.

16. Леонтьев, А.А. Исследования детской речи / А.А. Леонтьев. – М.: Просвещение, 2004. – 268 с.

17. Лурия, А.Р. Лобные доли и регуляция психических процессов: нейропсихологические исследования / А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская. – М.: Издательство Московского университета, 1966. – 740 с. : ил.

18. Печора, К. Л. Развитие и воспитание детей раннего и дошкольного возраста. Актуальные проблемы и их решение в условиях ДОУ и семьи. / К. Л. Печора – М.: «Издательство Скрипторий 2003», 2006. – 96 с.

19. Allen, M.C. Outcomes of preterm infants: morbidity replaces mortality / M.C. Allen, E.A. Cristofalo, C. Kim // Clin Perinatol. – 2011. – Vol. 38(3). – P. 441-454.

20. Aylward, G.P. Neurodevelopmental outcomes of infants born prematurely / G.P. Aylward // J Dev Behav Pediatr. – 2014. – Vol. 35(6). – P. 394-407.

21. Barre, N. Language abilities in children who were very preterm and/ or very low birth weight: a meta-analysis / N. Barre, A. Morgan, L.W. Doyle // J Pediatr. – 2011. – Vol. 158(5). – P. 766–74.e1.

22. Bates, E. Language and communication in infancy / E. Bates, B. O’Connell, C. Shore // In J. Osofsky (Ed.), Handbook of infant development (2nd ed.) New York: Wiley, 1987. – P. 149-203.

23. Bates, E. Language development in children with unilateral brain injury / E. Bates, K. Roe // In C.A. Nelson & M. Luciana (Eds.). Handbook of developmental cognitive neuroscience Cambridge, MA: MIT Press, 2001. – P. 281-308.

24. Bayley-III Clinical use and interpretation / L. G. Weiss, T. Oakland, G. Aylward. – Elsevier Inc, 2010. – 240 p.

25. Briscoe, J. Short-term memory and language outcomes after extreme prematurity at birth / J. Briscoe, S. E. Gathercole, N. Marlow // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. – 1998. – Vol. 41. – P. 654-666.

26. Cattani, A. Communicative and linguistic development in preterm children: a longitudinal study from 12 to 24 months / A. Cattani, S. Bonifacio, M. Fertz, J.M. Iverson, E. Zocconi, M.C. Casellik // International Journal of Language & Communication Disorders. – 2010. – Vol. 45 (2). – P. 162-173.

27. De Kieviet, J.F. Motor development in very preterm and very low-birth-weight children from birth to adolescence: a meta-analysis / J.F. de Kieviet, J.P. Piek, C.S. Aarnoudse-Moens, J. Oosterlaan // JAMAю – 2009. – Vol. 302 (20). – P. 2235-2242.

28. De Schuymer, L. Dyadic and triadic skills in preterm and full-term infants: A longitudinal study in the first year / L. De Schuymer, I. De Grootе,

T. Striano, D. Stahl, H. Roeyers // *Infant Behavior And Development*. – 2011. – Vol. 34(1) – P. 179-188.

29. DeCasper, A. J. Of human bonding: Newborns prefer their mother's voice / A. J. DeCasper, W. P. Fifer // *Science*. – 1980. – Vol. 208. – P. 1174–1176.

30. Fenson, L. Variability in early communicative development / L. Fenson, P. S. Dale, J. S. Reznick, E. Bates, D. J. Thal, S. J. Pethick // *Monographs of the Society for Research in Child Development*. – 1994. – Vol. 59 (Serial No. 5). – 190 p.

31. Fischer, K. W. Dynamic development of coordination of components of brain and behavior: A framework for theory and research / K. W. Fischer, S. P. Rose // In G. Dawson & K. W. Fischer (Eds.), *Human behavior and the developing brain*, New York: Guilford Press. – 1994. – P. 3-66.

32. Foster-Cohen, S. Early delayed language development in very preterm infants: Evidence from the MacArthur-Bates CDI / S. Foster-Cohen, J. O. Edgin, P. R. Champion, L. J. Woodward // *Journal of Child Language*. – 2007. – Vol. 34(3). – P. 655.

33. Foster-Cohen, S. H. High prevalence/low severity language delay in preschool children born very preterm / S. H. Foster-Cohen, M. D. Friesen, P. R. Champion, L. J. Woodward // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. – 2010. – Vol. 31. – P. 658–667.

34. Gayraud, F. Influence of preterm birth on early lexical and grammatical acquisition / F. Gayraud, S. Kern // *First Language*. – 2007. – Vol. 27. – P. 159–173.

35. Graven, S. N. Auditory development in the fetus and infant / S. N. Graven, J. V. Browne // *Newborn and Infant Nursing Reviews*. – 2008. – Vol. 8. – P. 187–193.

36. Guarini, A. Reconsidering the impact of preterm birth on language outcome / A. Guarini, A. Sansavini, C. Fabbri, R. Alessandrini, G. Faldella, A. Karmiloff-Smith // *Early Human Development*. – 2009. – Vol. 85. – P. 639–645.

37. Henderson, A. *Hand Function in the Child: Foundations for Remediation* / A. Henderson, C. Pehoski // St Louis, MO: Mosby, 2005. – 496 p.

38. Himmelmann, K. Gross and fine motor function and accompanying impairments in cerebral palsy / K. Himmelmann, E. Beckung, G. Hagberg // *Dev. Med. Child Neurol*. – 2006. – Vol. 48(6). – P. 417–23.

39. Hintz, S.R. Early-childhood neurodevelopmental outcomes are not improving for infants born at <25 weeks' gestational age / S.R. Hintz, D.E. Kendrick, D.E. Wilson-Costello // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127(1). P. 62–70.

40. Hoff, E. *Language Development (3rd ed.)* / E. Hoff // Pacific Grove, CA: Wadsworth, 2004. – 491 p.

41. Humphry, R. Occupation and development: A contextual perspective / R. Humphry // In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Schell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (pp. 22-32). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. – P. 22-23.
42. Johnson, M. Ontogenetic constraints on neural and behavioral plasticity: Evidence from imprinting and face processing / M. Johnson // *Canadian Journal of Experimental Psychology*. 1999. – Vol. 53. – P. 77–90.
43. Jouen, F. Optic flow sensitivity in neonates / F. Jouen, J. C. Lepecq, O. Gapenne, B. I. Bertenthal // *Infant Behavior and Development*. – 2000. – Vol. 23. – P. 271-284.
44. Kelly, Y. Ethnic difference in achievement of developmental milestones by 9 months of age: The Millennium Cohort Study / Y. Kelly, A. Sacker, I. Schoon, J. Nazroo // *Developmental Medicine and Child Neurology*. – 2006. – Vol. 48. – P. 825-830.
45. Kugelman, A. Late Preterm Infants: Near Term But Still in a Critical Developmental Time Period / A. Kugelman, A. A. Colin // *PEDIATRICS*. – 2013. – Vol. 132(4). – P. 741-751.
46. Maansson, J. Children born extremely preterm show significant lower cognitive, language and motor function levels compared with children born at term, as measured by the Bayley-III at 2.5 years / Maansson J., Stjernqvist K. // *Acta Paediatrica*. – 2014. Vol. 103. P. 504-511.
47. Marchman, V. Early language processing efficiency predicts later receptive vocabulary outcomes in children born preterm / V. Marchman, K. Adams, E. Loi, A. Fernald, H. Feldman // *Child Neuropsychology* – 2015. Vol. 22(6). – P. 649-665.
48. Namy, L. L. Patterns of spontaneous production of novel words and gestures within an experimental setting in children ages 1.6 and 2.2 / L. L. Namy, S. R. Waxman // *Journal of Child Language*. – 2002. – Vol. 29. – P. 911-921.
49. Nazzi, T. Language discrimination by newborns: Toward an understanding of the role of rhythm / T. Nazzi, J. Bertoncini, J. Mehler // *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*. – 1998. – Vol. 24(3). – P. 756-766.
50. Nepomnyaschy, L. Developmental Outcomes of Late-Preterm Infants at 2 and 4 Years / L. Nepomnyaschy, T. Hegyi, B. Ostfeld, N. Reichman // *Maternal And Child Health Journal*. – 2011. – Vol. 16(8). – P. 1612-1624.
51. Novak, I. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment / I. Novak, C. Morgan, L. Adde // *JAMA Pediatr*. – 2017. – Vol. 171(9). – P. 897-907.

52. Pehoski, C. (2006). Object manipulation in infants and children. In A. Henderson & C. Pehoski (Eds.), *Hand function in the child*, St, Louis: Mosby, 2006. – P. 143-160.
53. Putnick, D. L. Long-term stability of language performance in very preterm, moderate-late preterm, and term children / D. L. Putnick, M. H. Bornstein, S. Eryigit-Madzwamuse, D. Wolke // *The Journal of Pediatrics*. – 2017. – Vol. 181. – P. 74-79.
54. Querleu, D. Fetal hearing / D. Querleu, X. Renard, F. Versyp, L. Paris-Delrue, G. Crepin // *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*. – 1998. – Vol. 28. – P. 191-212.
55. Robin, D. J. Infants' predictive reaching for moving objects in the dark / D. J. Robin, N. E. Berthier, R. K. Clifton // *Developmental Psychology*. – 1996. – Vol. 32. – P. 824-835.
56. Rubia, K. Progressive increase of frontostriatal brain activation from childhood to adulthood during event-related tasks of cognitive control / K. Rubia, A. B. Smith, J. Woolley, C. Nosarti, I. Heyman, E. Taylor, M. Brammer // *Human Brain Mapping*. – 2006. – Vol. 27. – P. 973-993.
57. Schults, A. Early vocabulary in full term and preterm Estonian children / A. Schults, T. Tulviste, E. Haan // *Early Human Development* – 2013. – Vol. 89 (9). – P. – 721-726.
58. Sigurdardottir, S. Trends in prevalence and characteristics of cerebral palsy among Icelandic children born 1990 to 2003 / S. Sigurdardottir, T. Thorkelsson, M. Halldorsdottir // *Dev Med Child Neurol*. – 2009. – Vol. 51(5). – P. 356-63.
59. Stolt, S., Haataja L., Lapinleimu H., Lehtonen L. (2009). The early lexical development and its predictive value to language skills at 2 years in very-low-birth-weight children / S. Stolt, L. Haataja, H. Lapinleimu, L. Lehtonen // *Journal of Communication Disorders*. – 2009. – Vol. 42. – P. 107-123.
60. Thelen, E. The dynamics of embodiment: A field theory of infant perseverative reaching / E. Thelen, G. Schoner, C. Scheier, L. Smith // *Behavioral and Brain Science*. – 2001. – Vol. 24. – P. 1-86.
61. Van Noort-Van der Spek, I. L. Language functions in preterm-born children: A systematic review and meta-analysis / I. L. van Noort-van der Spek, M. C. J. van Franken, N. Weisglas-Kuperus // *Pediatrics*. – 2012. Vol. 129. – P. 745-754.
62. Volpe, J. J. Brain injury in premature infants: a complex amalgam of destructive and developmental disturbances / J. J. Volpe // *Lancet Neurol*. – 2009. – Vol. 8. – P. 110-124.

63. Von Hofsten, C. Developmental changes in the organization of pre-reaching movements / C. Von Hofsten // *Development Psychology*. – 1984. – Vol. 20. – P. 278-288.

64. Weber, C. Discrimination of word stress in early infant perception: Electrophysiological evidence / C. Weber, A. Hahne, M. Friedrich, A. D. Friederici // *Cognitive Brain Research*. – 2004. – Vol. 18. – P. 149-161.

65. Westcott, S. L. Evaluation of postural stability in children: current theories and assessment tools / S. L. Westcott, L. P. Lowes, P. K. Richardson // *Physical Therapy*. – 1997. – Vol. 77. – P. 629-645.

66. Williams, J. Prevalence of motor-skill impairment in preterm children who do not develop cerebral palsy: a systematic review / J. Williams, K.J. Lee, P.J. Anderson // *Dev Med Child Neurol*. – 2010. – Vol. 52(3). – P. 232-237.

67. Wilson-Costello D.E., Payne A.H. Early childhood neurodevelopmental outcomes of high-risk neonates / D.E. Wilson-Costello, A.H. Payne // In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, editors. *Neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant*. Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2015. – P. 1018–1031.

1.3. Коммуникативные сигналы – предикторы самостоятельности ребенка раннего возраста

Важнейшими из личностных качеств в психологической литературе являются самостоятельность, инициативность и ответственность.

В. В. Давыдов

Самостоятельность – это способность субъекта выполнять действие без направляющих указаний со стороны других людей, одно из ведущих качеств активности личности.

Оно рассматривается как своего рода интегратор интеллекта, способностей, воли и характера.

С. Л. Рубинштейн, В. В. Давыдов и др.

Основы здоровья и благополучия взрослого человека закладываются в пренатальный период и в раннем детстве, когда скорость развития мозга является наивысшей, а положительные и отрицательные переживания оказывают наибольшее влияние (Shonkoff, Boyce, McEwen 2009). Согласно теории расширения и построения опыта под воздействием положительных эмоций («broaden-and-build theory of positive emotions» (Fredrickson, 2013), эмоциональные переживания позволяют человеку расширять свой исследовательский опыт, благотворно влияют на работоспособность в стрессовых ситуациях и в сложных жизненных условиях, закаляют иммунную систему, открывая возможность урегулирования уровня гормона стресса кортизола, а это, в свою очередь, позволяет задействовать системы мозга: ретикулярную активацию («кортикальная бдительность») и лимбическую активацию («эмоциональные реакции»): они работают, взаимно дополняя друг друга и обеспечивая «поисковое поведение». Активное поведение является поисково-исследовательским, если позволяет выстраивать жизненную траекторию, намечать векторы развития и пошагово следовать им, оценивая свои сильные и слабые стороны (Ротенберг, 1984; Black, Walker, Fernald, 2017).

Научные исследования показали, что последствия дефицита питательных веществ, чрезмерного эмоционального стресса, а также других социально-эмоциональных невзгод, пережитых в раннем детстве, могут сохраняться на протяжении всей жизни и даже в последующем поколении, увеличивая риск хронических заболеваний, социально-эмоциональных проблем и экономических трудностей (Hanson, Nacewicz, Sutterer et al., 2015; Richter, Daelmans, Lombardi et al., 2017). Также было

доказано, что раннее социально-эмоциональное вмешательство может смягчить влияние неблагоприятных факторов, позволяя маленьким детям формировать устойчивость и получать положительные результаты развития, несмотря на сложные обстоятельства (Luby et al., 2013). В настоящее время стремительно растет количество подтверждений того, что в раннем возрасте закладывается фундамент для устойчивого развития человека и формирования здорового поколения, что влияет и на социальную стабильность. В связи с этим встают вопросы о направлениях современной исследовательской повестки феноменов детского развития в контексте взаимодействия со значимым взрослым (Cable, Lee, Gino, Staats, 2015).

Доминирующей теоретической рамкой представленных исследовательских работ можно назвать теорию самодетерминации (Ryan, 2000). Ее перспективность и востребованность среди исследователей развития детей в раннем возрастераннем возрасте обусловлена фокусом на *трех базовых психологических потребностях личности*, которые чрезвычайно весомы в жизни ребенка в соответствии с его возрастными задачами. Согласно этой теории, такими потребностями являются: 1) потребность в автономии; 2) потребность в компетентности; 3) потребность во взаимодействии с другими людьми.

В отечественной и зарубежной психологии изучаются эмоциональный мир ребенка и его личностные ресурсы, которые позволяют уменьшать негативное влияние средовых факторов и преодолевать трудности во взаимодействии со значимыми взрослыми (Асмолов, 2017; Леонтьев, 1981; Converse et al. 2018).

Организация Объединенных Наций в глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.) акцентирует необходимость разработки показателей, позволяющих характеризовать состояние развития детей от рождения до 3 лет.

С самого рождения ребенок проявляет инициативу в адрес значимого взрослого, постоянно сигнализируя тем или иным способом о своих потребностях и запрашивая помощь в их удовлетворении. Ребенку необходим человек, способный принимать и понимать его сигналы, откликаться на них. В теоретическом обзоре (Токарская, Лаврова, 2018) отмечается всплеск интереса зарубежных ученых к процессу исследования взаимодействия ребенка и значимого взрослого с помощью видеозаписей и шкал наблюдения. Оценка детско-родительского взаимодействия NCAST (The Nursing Child Assessment Satellite Training) направлена на способность ребенка подавать четкие и ясные сигналы взрослому (Thomas et al, 2017). Шкала Manchester Assessment of Caregiver-Infant (MACI) используется для исследования поведения

ребенка по трем параметрам: детская внимательность по отношению к родителю, детский позитивный аффект, детская оживленность (Green, et al, 2017). В России одним из наиболее разработанных и эффективных методов стандартизированного наблюдения за взаимодействием взрослого и ребенка является подход, разработанный в школе онтогенеза общения М. И. Лисиной (Лисина, 1986, 2009; Смирнова, Галигузова, Ермолова, Мещерякова, 2002).

К концу раннего детства центральным личностным новообразованием является «Система-Я», отражающая потребность ребенка «действовать самостоятельно». Она имеет фразовое выражение «Я сам». Л. И. Божович отмечает, что поведение малыша, отказывающегося от помощи взрослого, демонстрирует, что он достиг того возраста, когда потребность в выражении своего «Я» становится приоритетной (Божович, 1978). Если данная потребность не удовлетворяется, это вызывает сложности в детско-родительском взаимодействии и частично обуславливает остроту кризиса 3 лет. С хорошо известного в возрастной психологии феномена «Я сам» начинается активность личности, включающая развитие самостоятельности (Абульханова-Славская, 1983). Самостоятельность – основа для развития активной позиции и проявления ребенком своих сигналов во внешний мир. Е. П. Ильин отмечает: «... надо развивать у ребенка не абстрактную «силу воли», а конкретные волевые качества», каковой и является самостоятельность (Ильин, 2009, с. 101).

Феномен развития самостоятельности, проявляющийся в жизненных ситуациях и способствующий преодолению трудностей в условиях неопределенности, изучался и в России, и за рубежом (Абульханова-Славская, 1983; Прыгин, 1987; Осницкий, 1996; Morosanova, 2018; Смирнова, 2002, 2009, 2016 и др.).

Сензитивным периодом для развития самостоятельности и инициативности, а также для формирования самоконтроля является ранний детский возраст. Дети могут достигать определенного уровня в развитии самостоятельности в игре, в обучении, в труде и познании при благоприятных факторах, влияющих на их становление и развитие. Ребенок стремится к реализации своего «Я», к подтверждению своей самостоятельности. С 1,5 до 3 лет у ребенка формируется автономия, с 3 до 5 лет – инициатива, с 6 до 11 лет – трудолюбие (Эриксон, 1996).

Толковый словарь дает следующее определение понятию «самостоятельность»: «...независимость, свобода от внешних влияний, принуждений, от посторонней поддержки, помощи. Способность к независимым действиям, суждениям, обладание инициативой, решительность ...» (Толковый словарь, 1940, с. 423). Психологический словарь трактует «самостоятельность» («self-dependence») как обобщенное свойство лич-

ности, проявляющееся в инициативности, критичности, адекватной самооценке и чувстве личной ответственности за свою деятельность и поведение. Самостоятельность личности связана с активной работой мысли, чувств и воли. Это двусторонняя связь: 1) развитие мыслительных и эмоционально-волевых процессов – необходимая предпосылка самостоятельных суждений и действий; 2) складывающиеся в ходе самостоятельной деятельности суждения и действия укрепляют и формируют способность не только сознательно принимать мотивированные решения, но и добиваться успешного выполнения принятых решений вопреки возможным трудностям.

Обращаясь к семантике, необходимо отметить, что лексема «самостоятельность» начинается с корня «сам-»: первостепенным значением здесь является активность субъекта и его направленность на самого себя. В биологических и медицинских науках, в психофизиологии выявлено, что активность влияет на динамику деятельности человека, саморегуляцию функциональных состояний и на переход к поисковому поведению личности (Вознесенская, 2006; Ротенберг, 1984; Shonkoff, Boyce, Mcewen et al., 2009 и др.). Активность личности выражается в волевых актах, в личностном самоопределении и обуславливается представлением о себе как о «субъекте–причине» того, что происходит в окружающем мире. Как отмечал А. Н. Леонтьев, «Внутреннее (субъект) воздействует через внешнее» (Леонтьев, 1981, с. 139). А. К. Осницкий писал: «... Поиск источника активности человека ведется в самом человеке, а не во влиянии трансцендентных сил...» (Осницкий, 1996, с. 6).

Отсутствие самостоятельности приводит к *зависимости*, к «... подчинению чьей-нибудь воле, обусловленности <...> поведения волей кого-нибудь...» (Толковый словарь, 1940, с. 123). Любопытно, что психологический словарь дает первым такое определение: «Зависимость (аддикция, англ. addiction – склонность, привычка) – навязчивая потребность совершать определенные действия, несмотря на неблагоприятные последствия медицинского, психологического или социального характера». В другом значении «Зависимость (англ. dependence – зависимость) – стремление полагаться на другого человека (или других людей) для получения удовлетворения, безопасности, достижения своих целей». Для ребенка зависимость от взрослых, которые за ним ухаживают, – естественный этап развития, необходимый для постепенного формирования самостоятельности. О патологической зависимости говорят в том случае, когда человек не способен принимать даже простые самостоятельные решения. Такой человек чувствует себя беспомощным и нуждается в постоянной поддержке окружающих.

Проведенный семантический анализ демонстрирует значимость самостоятельности: она обуславливает динамику деятельности личности, особенно в преодолении трудных жизненных ситуаций, при совершении выбора и принятии ответственности за него, при постановке жизненных целей, особенное значение приобретает в подростковом возрасте (Eryilmaz, 2012; Shinina, Mitina, 2019). Все это нуждается в дальнейшем изучении и в оценке формирования самостоятельности на ранних этапах онтогенеза.

Эмпирические исследования формирования самостоятельности выявили значимость уровня *общения ребенка со взрослыми*. (Робсон, Ро, 2014). Особенно показательными в этом аспекте являются результаты серии экспериментов, проведенных в разных социальных ситуациях развития: в исследованиях принимали участие изучались дети, растущие в семье, и воспитанники детских домов. Результаты вполне очевидны: при отсутствии эмоционального, лично-ориентированного общения со взрослыми у воспитанников детского дома ребенка не складывается субъектная составляющая «образа себя», не формируется положительная «Я-концепция», открытость людям и окружающему миру. Это можно пронаблюдать в отношении детей к собственному зеркальному отражению, выражающемся «...отрицательными эмоциональными предикатами: отрицательные предикатами: отрицательные экспрессии, неприятие, испуг...». (Авдеева, 2009, с. 15-16).

Самостоятельность – это «само-стояние», возможность позиции «на том стою!», обеспечивающаяся взаимодействием необходимых компонентов опыта субъекта (Осницкий, 1996, с. 11).

На основании изучения теоретической базы и проведенных нами эмпирических видеоисследований взаимодействия детей с родителями в процессе спонтанной игры было сформулировано рабочее определение *самостоятельности* как интегральной личностной характеристики, которая имеет две направленности: 1) *личная направленность* (предполагает наличие опыта индивидуальной предметной деятельности и самоорганизации, возможности ребенка ориентироваться на себя, быть автономным, свободно делать выбор и ставить цели; 2) *направленность на взаимодействие* (проявляется как психологическая активность, стремление к взаимодействию с родителями (со значимым взрослым) и обуславливается опытом общения со взрослыми и сверстниками).

Выделение двух направленностей самостоятельности легло в основу разработки маркеров проявления ребенка через коммуникативные сигналы в процессе коммуникативной деятельности.

Надо признать, что на сегодняшний день отсутствует специализированный инструмент для изучения и оценки самостоятельности ребенка раннего возраста. Разработанный нами инструментарий позволяет оценить уровень самостоятельности ребенка, который выражается в сигналах, устанавливающих коммуникацию и инициирующих взаимодействие со значимым взрослым. Для оценки коммуникативных сигналов ребенка в процессе спонтанной игры со взрослым нами были разработаны маркеры наблюдения, позволяющие кодировать поведение ребенка при просмотре видеозаписей.

Теоретическими основаниями разработки маркеров «коммуникативные сигналы ребенка» послужила концепция онтогенеза общения М. И. Лисиной, которая представляет развивающееся общение ребенка со взрослым как «...особый вид деятельности (коммуникативная деятельность), имеющий свои специфические структурные компоненты: потребности, предмет, мотивы и средства» (Лисина, 1986, с. 118). При рассмотрении общения как коммуникативной деятельности М. И. Лисина выдвигает на первый план «...содержательную сторону и ставит в центр внимания анализ его потребностно-мотивационных аспектов» (Лисина, 1986, с. 45). Таким образом, общение «мать – ребенок» имеет свои особенности, структуру, принципы. Термин «общение» применительно к паре «мать – ребенок раннего возраста» часто пересекается с категориями «взаимодействие», «отношение», «коммуникация», «диалог» и «деятельность».

Каждый из участников общения выступает для другого как субъект, личность. Кроме того, партнер по коммуникации становится «зеркалом»: с ним постоянно происходит сравнение и сопоставление себя. Экспериментально была выявлена ведущая функция общения ребенка со взрослым в период младенчества – это отделение себя младенцем от взрослого, партнера по общению. Самый первый коммуникативный акт начинается с появления двух субъектов «Я» (Лисина, 1986).

В процессе общения важно отмечать коммуникативные сигналы ребенка, которые характеризуются следующими параметрами:

- а) время возникновения сигналов;
- б) основное содержание потребности во взаимодействии со взрослым;
- в) внутренние мотивы, побуждающие ребенка на этом этапе к сигналам взаимодействия и ответным реакциям;
- г) основные средства общения, с помощью которых осуществляется коммуникация ребенка со взрослым.

Роль взрослого имеет первостепенное значение (Л. С. Выготский, Л. И. Божович; А.Н. Леонтьев, М. И. Лисина, Д. Б. Эльконин и др.). Общение матери и ребенка раннего возраста носит ситуативно-деловой характер. Отвечая на потребности ребенка и поддерживая его инициа-

тивность, мать способствует развитию тех средств общения, которые представляют его операциональную составляющую (Запорожец, 1986). Для эмоционального развития малыша имеет значение возможность расшифровки его коммуникативных сигналов.

Таким образом, согласно М. И. Лисиной, выделяются следующие критерии коммуникативной деятельности:

- а) внимание и интерес к взрослому;
- б) эмоциональные проявления в его адрес;
- в) инициативные действия, направленные на привлечение взрослого;
- г) чувствительность к отношению взрослого, реагирование на вопросы и предположения, восприятие оценки (Лисина, 1986; Дубровинская, 1990).

Вслед за М. И. Лисиной мы полагаем, что Я-концепция ребенка формируется как под влиянием общения с другими людьми, так и в результате самостоятельной предметной деятельности, проживания ее успешности (Лисина, 1986). При этом успешность деятельности важна лишь в те периоды, когда ведущей системой развития является система «ребенок – общественный предмет». В теоретических позициях Д. Б. Эльконина отмечается роль социальной ситуации развития ребенка в раннем возрасте – предмет наделяется особым значением: «ребенок – ПРЕДМЕТ – взрослый». Предметная деятельность носит познавательный характер, направленный на усвоение общественно выработанных способов действия с предметами.

В результате исследований нами разработаны маркеры коммуникативных сигналов ребенка раннего возраста – это система оценки поведения ребенка во взаимодействии со взрослым и с предметом в процессе спонтанной игры. В работе мы используем метод видеонаблюдения, который позволяет фиксировать интенсивность сигналов самостоятельности ребенка (Шинина, 2017, 2018, 2019).

На рис.3 представлена модель анализа динамики коммуникативного поведения ребенка раннего возраста при взаимодействии со значимым взрослым.

Возрастные особенности позволили нам зафиксировать две основные линии поведения ребенка раннего возраста, которые направлены на общение со взрослым и на предметную деятельность. В соответствии с этим кодировка поведения ребенка строилась по двум направлениям:

коммуникативные сигналы «ребенок – предмет (П)» – мы предлагаем пять маркеров оценки самостоятельной исследовательской активности ребенка с предметом;

коммуникативные сигналы «ребенок – предмет – взрослый (В)» – исследуются с помощью пяти маркеров оценки сигналов ребенка, направленных на взаимодействие со взрослым.

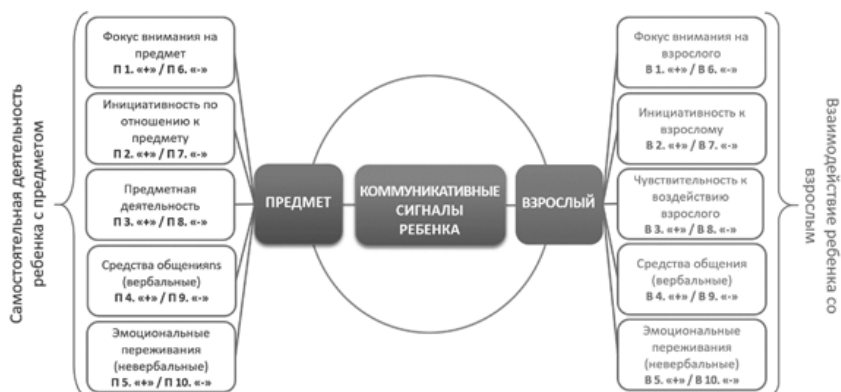


Рисунок 3.
 Модель «Коммуникативные сигналы ребенка»

Данная модель позволяет представить **систему кодирования поведения ребенка** в процессе взаимодействия со значимым взрослым.

Таблица 1.
 Система кодирования коммуникативных сигналов ребенка раннего возраста

Маркер	Характеристика	Маркер	Характеристика
П¹ 1. «+» Фокус внимания на предмет	Зрительное сосредоточение ребенка на предмете	П 6. «-» Фокус внимания на предмет	Нет зрительного сосредоточения на предмете
П 2. «+» Инициатива к предмету	Самостоятельный выбор предмета	П 7. «-» Инициатива к предмету	Не делает выбор предмета
П 3. «+» Предметная деятельность	Исследует предмет	П 8. «-» Предметная деятельность	Стереотипные манипуляции с предметом
П 4. «+» Средства общения (вербальные)	Направляет вербальные сигналы в сторону предмета	П 9. «-» Средства общения (вербальные)	Проявляет вербальные реакции с негативной окраской
П 5. «+» Эмоциональные переживания (невербальные)	Направляет положительные эмоциональные невербальные сигналы к предмету	П 10. «-» Эмоциональные переживания (невербальные)	Демонстрирует негативные эмоциональные реакции по отношению к предмету

¹ **Предмет «П»** - самостоятельная деятельность ребенка с предметом. Ребенок направляет коммуникационные сигналы к предмету во время 15-минутной игры со взрослым.

Таблица 2.

Система кодирования
коммуникативных сигналов ребенка раннего возраста

Маркер	Характеристика	Маркер	Характеристика
В 2¹. «+» Фокус внимания на взрослого	Зрительное сосредоточение на взрослом	В 6. «-» Фокус внимания на взрослого	Нет зрительного сосредоточения на взрослом
В 2. «+» Инициатива к взрослому	Вовлечение взрос- лого в совместные действия с ребенком	В 7. «-» Инициатива к взрослому	Не инициирует контакт со взрослым
В 3. «+» Чувстви- тельность к воздействию взрослого	Ребенок поддер- живает предложе- ния взрослого	В 8. «-» Чувстви- тельность к воздействию взрослого	Ребенок не заме- чает и не отклика- ется на предложе- ния взрослого
В 4. «+» Средства общения (вербальные)	Направляет вер- бальные сигналы в адрес взрослого	В 9. «-» Средства общения (вербальные)	Негативный эмоциональный окрас при обще- нии со взрослым
В 5. «+» Эмоциональ- ные пережи- вания (невер- бальные)	Позитивное настроение при общении со взрослым	В 10. «-» Эмоциональ- ные пережи- вания (невер- бальные)	Негативное настроение при общении со взрослым

Данная система кодирования была построена на эмпирическом видеоисследовании (2016–2019) и позволила создать библиотечку маркеров коммуникативных сигналов ребенка раннего возраста.

Таблица 3.

Библиотечка маркеров коммуникативных сигналов ребенка

«РЕБЕНОК-ПРЕДМЕТ»	
<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
<p>МАРКЕР П 1.³Фокус внимания <i>взгляд на предмет</i> <i>[Отмечается начало и длительность взгляда на предмет]</i> <i>Нейтрально (не отмечаем): данный маркер находится в постоянной</i> <i>фиксации (ребенок бодрствует, а не спит, когда глаза закрыты)</i> <i>! Ключевой индикатор: зрительное сосредоточение взгляда ребенка на предмете</i></p>	
В рамках взаимодействия с предметом фиксация взгляда;	Нет зрительного сосредоточения на предмете;

² **Взрослый «В»** - взаимодействие ребенка со взрослым. Ребенок посылает коммуникационные сигналы взрослому во время 15-минутной совместной игры.

³ Здесь и далее сокращение «Ребенок – предмет» - «РП»

Индикаторы «+»	Индикаторы «-»
<p>удерживает взгляд на предмете; устойчивый взгляд на предмет; не отвлекается на внешние стимулы (специалиста, который может быть в комнате)</p>	<p>ребенок смотрит в сторону; отвлекает свое внимание; переводит взгляд в сторону; переводит взгляд в пол; блуждающий взгляд при взаимодействии с предметом; взгляд «зависает» на неопределенной точке. Пример: ребенок лежит на кровати и смотрит в сторону, взгляд не переводит (за деятельностью чьей-либо не наблюдает) смотрит в объектив камеры</p>
<p align="center">II 2. Инициатива к предмету <i>самостоятельный выбор и действие с предметом</i> <i>[Отмечается начало действия и продолжительность действенной</i> <i>инициативы к предмету]</i> ! Ключевой индикатор: самостоятельное действие к предмету</p>	
<p>Сам выбирает и берет предмет; идет в сторону предмета; при переключении внимания со стороны взрослого возвращается к тому предмету, который был интересен; ребенок самостоятельно подходит к предмету. <i>Пример:</i> «сам пошел к домику»; ребенок протягивает руку к предмету. <i>Пример:</i> в совместной игре с взрослым протягивает руку к новому предмету, с которым они не играли, самостоятельно выбирает предмет с полочки игрушек; тянется за мячиком в домике во время совместной игры, тянется к новому предмету (который не участвует в игре/ взрослый не предлагает этот предмет). <i>Пример:</i> ребенок и взрослый играют в мяч, ребенок увидел другой мяч и сам потянулся/взял его; вносит в ролевую (сюжетную) игру новые предметы</p>	<p>Ребенок не делает сам выбор предмета, действия; ждет указания взрослого. У ребенка есть возможность проявить инициативу, но он ее не проявляет. <i>Пример:</i> за столом предметы, есть возможность выбрать, но ребенок сидит и ждет взрослого. <i>Пример:</i> ребенок подошел предмету, но не берет его, а ждет разрешения/ указания взрослого; родитель держит игрушку - ребенок смотрит, не берет ничего и ожидает, когда взрослый начнет манипулировать игрушкой; в ролевой игре ребёнок ждёт указания взрослого к развитию сюжета; ребёнок ложится и ничего не делает</p>
<p align="center">II 3. Предметная деятельность <i>наличие у ребенка потребности в исследовании предмета</i> <i>[Отмечается начало и продолжительность предметной, исследовательской</i> <i>деятельности]</i> Нейтрально (не отмечаем): когда просто держит предмет ! Ключевой индикатор: самостоятельное исследование предмета</p>	

<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
<p>Ребенок разглядывает предметы, трогает, ощупывает, вертит в руках; исследует свойства предмета. <i>Пример:</i> «пробует на вкус»; изучает игрушку (взглядом, тактильно изучает, осязает, «пробует на вкус»); функциональные действия с предметами (строит из кубиков, играет в мяч - кидает/ловит). <i>Пример:</i> «заглядывает в банку»; исследует пространство через предмет. <i>Пример:</i> кидает мяч и и идет за ним. <i>Пример:</i> ловит мыльные пузыри руками, затем языком. Ролевая игра: кормит куклу, устраивает чаепитие, озвучивает игрушки. Все действия и диалоги относятся непосредственно к сюжету игры. Исследует предмет исходя из потенциала своих возможностей</p>	<p>Манипуляции (однотипные действия, перекладывание предметов); стереотипные действия с предметами; кидает предмет (Пример: строил башню из кубиков и стал кубики разбрасывать (-)). <i>Пример:</i> «берет пластилин и просто держит»; «чешет предметом зубы»; держит игрушку во рту и смотрит на что-то другое в это время (взрослого, другую игрушку); берет предмет например предмет, например «игрушечный телефон», и бьет им об пол несколько раз подряд</p>
<p>II 4. Средства общения (вербальные) <i>Вокализация, речь ребенка, направленная на предмет</i> <i>[Отмечается начало вокализации и продолжительность вербальных высказываний к предмету]</i> Нейтрально (не отмечаем): молчание ребенка в процессе взаимодействия с предметом <i>! Ключевой индикатор: речь, возгласы во время любой деятельности ребенка с предметом</i></p>	
<p>Вокализация, репертуар средств общения, направленных на предмет; речевое сопровождение действий; возгласы во время любой деятельности ребенка. <i>Пример:</i> «адайй», «адидайй». Озвучивает игрушки «мы не хотим есть» (в спорных ситуациях ориентироваться на интонацию ребёнка: когда ребёнок отвечает «за игрушку» он обычно меняет интонацию голоса, высоту)</p>	<p>Рычит на мячик, когда мячик не попал в нужное место; кричит на предмет. <i>Пример:</i> «ыррррррр». Негативный эмоциональный окрас (также может сопровождаться вербальным негативным возгласом); не может регулировать громкость – оглушительно кричит</p>

<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
<p align="center">П 5. Эмоциональные переживания (невербальные)⁴ <i>выразительная мимика, выраженные позитивные и негативные эмоции при взаимодействии с предметом</i> <i>[Отмечается начало проявления мимики (эмоциональных переживаний, направленных на предмет) и продолжительность]</i> <i>! Ключевой индикатор: звуковая вокализация, речь ребенка, направленная на предмет</i></p>	
<p>Репертуар экспрессивно-мимических средств общения; позитивное настроение; смех (разнообразные экспрессивно-мимических реакций; интонация); улыбка; хлопает в ладоши</p>	<p>Негативное настроение; тревожность; агрессия (мимика скудная, невыразительная); хмурится; обогащаются гаммой отрицательных эмоций (недовольство, обида, гнев). <i>Пример: «застывшее лицо»</i> негативная жестикуляция, замахивается рукой, бьет игрушку</p>
<p align="center">«РЕБЕНОК – ПРЕДМЕТ – ВЗРОСЛЫЙ»</p>	
<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
<p align="center">МАРКЕР В 1.⁵ Фокус внимания <i>взгляд на взрослого</i> <i>[Отмечается начало и длительность взгляда ребенка на взрослом]</i> Нейтрально (не отмечаем): <i>данный маркер находится в постоянной фиксации (ребенок смотрит на взрослого или на предмет)</i> <i>Смотрит на руки/тело взрослого</i> <i>! Ключевой индикатор: зрительное сосредоточение взгляда ребенка на взгляде (глазах) взрослого</i></p>	
<p>Зрительное сосредоточение на взрослом; смотрит в глаза взрослого; не отвлекается на внешние стимулы (специалиста, который может быть в комнате)</p>	<p>Нет зрительного сосредоточения на взрослом; смотрит в пол, в сторону; блуждающий взгляд при взаимодействии со взрослым</p>
<p align="center">В 2. Инициатива к взрослому <i>вовлечение взрослого в совместные действия с ребенком</i> <i>собственное действие, направленные на взрослого</i> <i>[Отмечается начало действия и продолжительность действенной инициативы к взрослому]</i> Нейтрально (не отмечаем): <i>самостоятельную деятельность ребенка</i> <i>! Ключевой индикатор: самостоятельное действие к взрослому</i></p>	

⁴ Для нас важно, что ребенок умеет проявлять положительные и отрицательные эмоциональные переживания, которые регулируют поведение и коммуникативные сигналы ребенка

⁵ Здесь и далее сокращение «Ребенок – предмет - взрослый» - «РПВ»

<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
<p>Привлечение внимание взрослого к своим действиям. <i>Пример:</i> «тянет за платье»; приглашение к совместной деятельности. <i>Пример:</i> «зовет маму или воспитателя»; демонстрация собственных умений «прыгает на одной ножке и смотрит на взрослого»; поиск оценки своих действий; «показывает родителю или специалисту то, что сделал. Например, построил из кубиков домик»; просьбы о помощи «помоги мне сделать, у меня не получается», предмет кидается взрослому - «мячик прилетает в маму»; “берет маму за руку и тянет к себе”, дает родителю предмет; показывает взрослому предмет: «вот»; даёт предмет и говорит взрослому: «На, держи!» ; лепит с мамой из пластилина, и ребёнок говорит: «Давай сделаем улитку»; ребёнок говорит родителю: «Смотри какая змея»; показывает взрослому игрушку, которую выбрал; предлагает сюжет игры: «А давай ты будешь делать ...», «А давай ты скажешь ...»; протягивает руки, чтобы взяли на руки; вербалика, направленная на ответную реакцию родителя: «Вставай», «Давай искать»; указывает родителю, какие действия выполнять и как делать правильно: «Красный (кубик) вот сюда, а зеленый вот сюда» - привлекает родителя выполнять по его схеме, вовлекает в игру; показывает, где / с чем хочет играть «Дай мне ...»; рассказывает маме историю «Мама, мам, а я ..., а у меня ...»; поворачивает (рукой) лицо взрослого к себе (например, когда взрослый отворачивается)</p>	<p>Первый не инициирует контакт со взрослым - «сидит за столом и ничего не делает»; в совместной деятельности занимает пассивную позицию - «ждет, когда взрослый предложит игрушку и задание к ней»; предпочитает индивидуальную игру - «не замечает взрослого»; ребенок не может достать предмет, а родитель рядом, и он его не просит; отталкивает руку взрослого; родитель садится к ребенку для совместной игры, а ребенок толкает его и играет один; в совместной игре ребёнок «забывает» о родителе: ребёнок и родитель кидают друг другу мячик, и ребёнок начинает кидать мячик «сам себе»; родитель остаётся в стороне в позиции «ожидания»; родитель включается в игру «берет машинку и начинает играть ей» - ребёнок кричит, говорит не трогать игрушки ; отказывается играть со взрослым; взрослый кружит ребёнка (играет с ним). Ребёнок хочет ещё, но спрашивает разрешения не у того взрослого, с которым происходит взаимодействие, а у другого</p>

<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
<p>В 3. Чувствительность к воздействию взрослого⁶ <i>Желание и готовность ребенка принять предлагаемую взрослым форму сотрудничества.</i> <i>[Отмечается начало действия и продолжительность поддержки ребенком того, что было предложено взрослым]</i> <i>! Ключевой индикатор: поддержка действий взрослого к ребенку</i></p>	
<p>Ребенок откликается на инициативу взрослого - «берет машинку (любой предмет), который предлагает взрослый»; «мама предложила кассу и ребенок берет предмет»; принимает предложение играть вместе - «взрослый зовет играть, и ребенок идет»; <i>Пример:</i> «Посмотри, домик идет к домику»; подстраивает свои действия под действия взрослого «взрослый быстро собирает, и ребенок увеличивает темп»; вот так надо (идет показ взрослым) – ребёнок старается сделать так, как показывает взрослый; поворачивается к взрослому, когда тот начинает что-то говорить по отношению к ребенку/игре; взрослый показывает новую игрушку - ребенок отвлекается от своей и смотрит на ту, что предлагает взрослый; взрослый манипулирует предметом (подбрасывает мячик, вертит юлу), ребенок следит за действиями взрослого; мама «толкает» ножку ребёнка - ребёнок начинает ползти; позволяет взрослому манипулировать своими руками: взрослый берет руки ребёнка и его руками берет мячик</p>	<p>Ребенок не замечает и не откликается на предложения взрослого - «взрослый предлагает игрушку – ребенок отворачивается и уходит в другую сторону»; игнорирует просьбы и предложения к совместной игре - «взрослый зовет играть, а ребенок не идет»; <i>Пример:</i> «дай мячик – не дает»; отталкивает руку взрослого; толкает взрослого, проявляет враждебность; взрослый дает предмет ребенку, ребенок его не берет; взрослый задает вопрос ребенку: «кто это», «тебе нравится?», а ребенок не реагирует (не отвечает, не прислушивается, не проявляет внимания); мама держит на руках, разговаривает с ребенком, а ребенок хнычет/плачет, пытается уйти, толкает ее; взрослый наклоняется к ребёнку и смотрит в лицо - ребёнок не отвечает взаимным взглядом; взрослый предлагает что-то: «А давай зайчик у нас пойдёт спать», ребёнок отказывается: «Нет», отбирает игрушку у родителя</p>

⁶ Совокупность этих качеств позволяет проявлять гибкость в общении, умело чередовать инициативные и ответные действия

<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
<p align="center">В 4. Средства общения (вербальные) <i>Вокализация, речь ребенка, направленная на взрослого</i> <i>[Отмечается начало вокализации и продолжительность вербальных высказываний к взрослому]</i> Нейтрально (не отмечаем): <i>молчание ребенка в процессе взаимодействия со взрослым</i> <i>! Ключевой индикатор: речь, возгласы во время любой деятельности ребенка со взрослым</i></p>	
<p>Выразительный вербальный репертуар общения; речь ребенка; речевые обращения, просьбы, требования; речевое сопровождение действий в деятельности со взрослым</p>	<p>Ребенок кричит на взрослого; негативный эмоциональный окрас при общении со взрослым; плачет и приговаривает при взаимодействии со взрослым; рычит на взрослого</p>
<p align="center">В 5. Эмоциональные переживания (невербальные) <i>выразительная мимика, выраженные позитивные и негативные эмоции при взаимодействии со взрослым</i> <i>[Отмечается начало проявления мимики (эмоциональных переживаний, направленных на взрослого) и продолжительность]</i> <i>! Ключевой индикатор: звуковая вокализация, речь ребенка, направленная на взрослого</i></p>	
<p>Позитивное настроение при общении со взрослым; смех (разнообразие экспрессивно-мимических реакций; интонация) по отношению к взрослому; смех (разнообразие экспрессивно-мимических реакций; интонация)</p>	<p>Мало улыбается взрослому; мимика невыразительна; негативное настроение; тревожность; агрессия; сердитость; негативное настроение; тревожность; негативная жестикуляция; бьет игрушку, которую дает взрослый; бьет, откидывает те вещи, которые предлагает взрослый; замахивается рукой</p>

Маркеры оценки коммуникативных сигналов ребенка прошли профессиональную экспертизу в формате фокус-групп с использованием обработки маркеров в ручном и программном режимах (Галасюк с соавт., 2018). Для подтверждения надежности маркеров использовалась математическая статистическая модель, позволившая выявить закономерности и определить пилотную типологию самостоятельности детей раннего возраста, которая была представлена в рамках Европейского психологического конгресса (Галасюк, Шинина, Митина, 2019).

Предполагается дальнейшая работа над стандартизацией шкалы самостоятельности ребенка раннего возраста, расширение выборки с ее дифференциацией не только по полу, но и по социально-демографическим, кросс-культурным и другим характеристикам. Таким образом, данный оценочный инструмент позволяет объединять теорию и практику, разрабатывать конкретные прикладные рекомендации, что также повышает ценность научных исследований.

Список литературы

1. Абульханова-Славская, К. А. О путях построения типологии личности / К.А. Абульханова-Славская // Психологический журнал. – 1983. – Т. 4. – № 1
2. Авдеева Н. Н. Развитие «образа Я» у воспитанников дома ребенка в первые три года жизни / Н.Н. Авдеева // Психологическая наука и образование. – 2009. – № 3. – С.13-23.
3. Асмолов, А.Г. Преадаптация к неопределенности как стратегия навигации развивающихся систем: маршруты эволюции / А.Г. Асмолов, А.М. Черноризов, Е.Д. Шехтер // Вопросы психологии. – 2017. – № 4. – С. 3–26.
4. Божович, Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе / Л.И. Божович // Вопросы психологии. – 1978. - № 4. – С. 23–35.
5. Вознесенская, Т.Г., Эмоциональный стресс и профилактика его последствий / Т.Г. Вознесенская // Российский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. – №9. – С.694
6. Галасюк, И. Н. Открытая профессиональная экспертиза методики детско-родительского взаимодействия: векторы развития психологического инструментария / И.Н. Галасюк, Т. В. Шинина, Н. Р. Иргашев, И. Г. Морозова, О. Н. Пасечник// Актуальные проблемы психологического знания. – 2018. – №3 (48). – С. 5-23.
7. Галасюк, И.Н. Семейная психология: методика «Оценка детско-родительского взаимодействия». Evaluation of child-parent interaction (есрi-2. 0): практ. пособие / И.Н. Галасюк; под ред. И. Н. Галасюк, Т. В. Шинина. – М.: Изд-во Юрайт, 2019. – 223 с.
8. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет / Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолова, С.Ю. Мещерякова. – М.: МГППУ, 2002. 128 с.
9. Дубровинская, Н.В. Формирование механизмов организации внимания в онтогенезе/Н.В. Дубровинская, Е.И. Савченко// Структурно-функциональная организация развивающегося мозга: сб.научн. тр. – JL : Наука, 1990. – С. 87-110.

10. Запорожец, А.В. Избранные психологические труды : в 2-х т. / А.В. Запорожец. – М., 1986.
11. Ильин, Е. П. Психология воли. – 2-е изд. / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2009. – 368 с.
12. Кривцова, С.В. Периодизация развития самости от рождения до семи лет: экзистенциальный анализ / С.В. Кривцова // Вопросы психологии. – 2017. – № 2. – С.29-45.
13. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики /А.Н. Леонтьев. – М: Изд-во Моск ун-та, 1981.
14. Лисина, М.И. Проблемы онтогенеза общения / М.И. Лисина. – М., 1986. 144 с.
15. Лисина, М.И. Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина. – СПб.: Питер, 2009. – 320 с.
16. Осницкий, А.К. Психология самостоятельности. Методы исследования и диагностики /А.К. Осницкий. – М.; Нальчик: Издательский центр «Эль-Фа», 1996. – 126 с.
17. Прыгин, Г.С. Влияние особенностей саморегуляции деятельности на профессиональное самоопределение старшеклассников / Г.С. Прыгин, В.И. Степанский, В.П. Фарютин // Вопросы психологии, – 1987. – №4. – С. 25-31.
18. Робсон, С. Наблюдение за творческим поведением детей дошкольного возраста: участие, включенность и настойчивость / С. Робсон, В. Ро // Современное дошкольное образование. Теория и практика. – 2014. – №3. – С.68–78.
19. Ротенберг, В.С. Поисковая активность и адаптация / В.С. Ротенберг. – М.: Наука, 1984. – 193 с.
120. Смирнова, Е.О. Условия формирования и поддержки детской инициативы в детском саду / Е.О. Смирнова // Детский сад: теория и практика. – 2016. – №6 (66). – С. 18-31.
21. Смирнова, Е.О. Условия становления пространственного образа «Я» в раннем возрасте как первой формы самосознания / Е.О. Смирнова, Е.А. Абдулаева // Культурно-историческая психология. – 2009. – № 3. – С. 16–24.
22. Токарская, Л.В. Методики оценки раннего детско-родительского взаимодействия / Л.В. Токарская, М.А. Лаврова // Культурно-историческая психология. – 2018. – Т. 14. – No 2. – С. 86-92. doi:10.17759/chrp.2018140209
23. Толковый словарь русского языка / под ред. Д.Н. Ушакова. – М.: Гос. ин-т «Сов. энцикл.»; ОГИЗ; Гос. изд-во иностр. и нац. слов., 1935-1940. (4 т.)

24. Шинина, Т.В. Коммуникативные сигналы особого ребенка: ресурсы родителя в развитии общения / Т.В. Шинина // Прикладная психология на службе развивающейся личности: сборник научных статей и материалов XV научно-практической конференции с международным участием «Практическая психология образования XXI века. Прикладная психология на службе развивающейся личности», 9-10 февраля 2017, Коломна / под общ. ред. Р.В. Ершовой. – Коломна: Государственный социально-гуманитарный университет, 2017. С. 254-259.

25. Шинина, Т.В. Маркеры детской инициативы: оценка видеозаписей детско-родительского взаимодействия / Т.В. Шинина // Воспитание и обучение детей младшего возраста: VIII Международная конференция (ЕССЕ 2019) (Москва, МГИМО МИД России 29 мая – 1 июня 2019 г.). – М.: Издательство Московского университета, 2019. С. 140-141.

26. Шинина, Т.В. Общение ребенка с особыми нуждами с родителями: ранняя помощь специалистов сферы детства / Т.В. Шинина // Воспитание и обучение детей младшего возраста. 2017. – № 6. – С. 56-57.

27. Шинина, Т.В. HUONG PHAM THU. Игра в детских садах России и Вьетнама: общий теоретический фундамент и особенности практической деятельности / Т.В. Шинина, И.Н. Галасюк // Воспитание и обучение детей младшего возраста (ЕССЕ-2018): Материалы VII Международной конференции: сборник тезисов. - М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2018. - 520 с.

28. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. – М., 1996.

29. Black M.M., Walker S.P., Fernald L.C. et al. Early childhood development coming of age: science through the life course *Lancet*, 389 (2017), pp. 77-90

30. Cable D., Lee J.J., Gino F., Staats B.R. How Best-Self Activation Influences Emotions, Physiology and Employment Relationships. *SSRN Electronic Journal*, 2015. 61 p. doi: 10.2139/ssrn.2662057

31. Converse P.D., Beverage M.S., Vaghef K., Moore L.S. Self-control over time: Implications for work, relationship, and well-being outcomes // *Journal of Research in Personality* 2018 Vol 73 P 82 – 92 doi: 10.1016/j.jrp.2017.11.002

32. Eryilmaz A. A model for subjective well-being in adolescence: Need satisfaction and reasons for living // *Social Indicators Research* 2012 Vol 107 (3) P 561– 574 doi: 10.1007/s11205-011-9863-0

33. Fredrickson B.L. Positive Emotions Broaden and Build // *Advances in Experimental Social Psychology*. 2013. 47. С. 1–53.

34. Green J., Pickles A., Pasco G., Bedford R., Wan M.W., Elsabbagh M., Slonims V., Gliga T., Jones E.J.H., Cheung C.H.M., Charman T., Johnson M.H et al. Randomised trial of a parent-mediated intervention for infants at high

risk for autism: longitudinal outcomes to age 3 years // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2017. Vol. 58 (12). P. 1330-1340. doi:10.1111/jcpp.12728

35. Hanson J.L., Nacewicz B.M., Sutterer M.J., Cayo A.A., Schaefer S.M., Rudolph K.D., Shirtcliff E.A., Pollak S.D., Davidson R.J. Behaviour Problems After Early Life Stress: Contributions of the Hippocampus and Amygdala. *Biological Psychiatry*. 2015. 77(4), 314-323

36. Luby J. и др. The effects of poverty on childhood brain development: the mediating effect of caregiving and stressful life events // *JAMA Pediatr*. 2013. 167 (12) C. 1135–1142.

37. Richter L.M., Daelmans B., Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development *Lancet*, 389 (2017), pp. 103-118

38. Ryan R. M. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being / R. M. Ryan, E. L. Deci // *American Psychologist*. - 2000. - Vol. 55. - P. 68 - 78.

39. Self-regulation and personality traits in overcoming acute and chronic stress Morosanova V.I., Kondratyuk N.G., Gaidamashko I., Voytikova M. В сборнике: ICPE 2018 - International Conference on Psychology and Education Сер. «The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS» 2018. С. 460-470

40. Shinina T.V., Mitina O.V. Design and Validation of the «Adolescents' Readiness for Independent Living» Questionnaire: Assessment and Development of Life Skills. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2019. Vol. 24, no. 1, pp. 50–68. doi:10.17759/pse.2019240104. (In Russ., abstr. in Engl.)

41. Shinina T.V., Mitina O.V. Markers of child communication signals: behavioral aspect introduction. <https://doi.org/10.26226/morressier.5cf632c6af72dec2b0554d57> (In Russ., abstr. in Engl). Book of Abstracts: XVI European Congress of Psychology (ECP 2019) (2–5 July, 2019, Lomonosov Moscow State University, Moscow). – Moscow: Moscow University Press, 2019. – 1571 p.

42. Shonkoff J.P., Boyce W.T., McEwen B. Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention // *JAMA The Journal of the American Medical Association*. 2009. 301(21). C. 2252–2259.

43. Thomas J.C., Letourneau N., Campbell T.S., Tomfohr- Madsen L., Giesbrecht G.F. Developmental Origins of Infant Emotion Regulation: Mediation by Temperamental Negativity and Moderation by Maternal Sensitivity // *Developmental Psychology*. 2017. Vol. 53 (4). P. 611– 628. doi: 10.1037/dev0000279

ГЛАВА ВТОРАЯ. СПЕЦИФИКА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ

2.1. Детско-родительское взаимодействие в семьях, воспитывающих детей, не имеющих выраженных особенностей развития

*До женитьбы у меня было шесть теорий
относительно воспитания детей;
теперь у меня шестеро детей и ни одной теории.
Джон Уилмот*

Наличие в семье нормотипичного ребенка (ребенка, не имеющего выраженных особенностей развития), не означает, что родители не испытывают сложностей в воспитании, а нарушений в детско-родительском взаимодействии, приводящих к нарушениям поведения ребенка, не существует. Даже, наоборот, в работе практического психолога очень часто встречаются случаи нарушения пищевого поведения, агрессия или страхи у нормотипичного ребенка, вызванные искажением детско-родительского взаимодействия. Родители нормотипичных детей часто обращаются к психологам, если их ребенок не соответствует их ожиданиям («слишком чувствителен», «слишком замкнут», подвижен или агрессивен, «всегда непослушен», не соответствует принятым в обществе стереотипам: «мальчик начал играть в куклы», а «девочка катает машинки» и пр.); в случаях, если ребенок не может адаптироваться к среде (например к детскому саду или школе), если возникают психосоматические проблемы (энурезы, заикания) или при появлении поведенческих и эмоциональных проблем. Распространенными являются жалобы родителей детей раннего возраста на конфликтные отношения между сиблингами.

Понятие и критерии нормотипичного развития крайне неопределены (табл. 4)

Таблица 4.

Развитие ребенка		
<p>имеет ряд закономерностей:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гетерохромность (несогласованность сроков биологического, социального и психологического развития); из-за этой закономерности любая периодизация условна; - развитие отдельных психических функций происходит на базе сформированных ранее. 		
<i>Нарушения/дизонтогенез</i>	<i>Отклоняющееся развитие</i>	<i>Нормативное развитие</i>
<p>Грубые нарушения развития (чаще всего учитываются критерии обучаемости, критичности и адекватности): недостаточное, дефицитарное, поврежденное развитие</p>	<p>«Специфические западения», мешающие адаптации.</p> <p>Специалист может дать возможность адаптироваться ребенку</p>	<p>Нормативность может рассматриваться как:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>среднестатистические</i> показатели; - адаптированность ребенка

Нормативные показатели развития, как правило, оцениваются по когнитивным, двигательным, коммуникативным, социально-эмоциональным сферам, а также по навыкам самообслуживания и качеству благополучия, взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими взрослыми и детьми.

Для исследователей интересно влияние поведения значимого взрослого и его психического статуса (депрессия, повышенная тревожность), а также его личностных особенностей на развитие ребенка, в том числе на личностные расстройства самого ребенка. Кроме того, представляют интерес механизмы формирования тех или иных функций ребенка (например саморегуляции) в результате влияния родительского воспитания и взаимодействия.

ДРВ – настолько объемный и многогранный феномен, что каждый исследователь предлагает и выбирает свою парадигму, свою точку зрения на него (см. главу 1).

Сложность представляет и то, что ДРВ – *динамическая* система. Ребенок и родитель подстраиваются друг под друга, изменяя свое поведение и отношение.

Так, группа исследователей (Murphy, 2016) описала «функциональную архитектуру» ДРВ первых двух месяцев жизни.

В их исследовании у матерей по результатам кодирования видеозаписи взаимодействия отмечались отзывчивость (действия матери, случившиеся после действия ребенка в течение последующих 2 секунд) и поведение, невызванное действиями ребенка (вокализация, улыбки,

высовывание языка, открывание рта, кивки), а также более узкие виды поведения:

- «отзеркаливание» (имитация и соответствие поведению младенца, подстраивание под форму, интенсивность и аффективное качество поведения младенца);

- «положительное обозначение» (выделение определенных действий ребенка привлекающими внимание сигналами: например, поднимание бровей в ответ на икоту, улыбка в ответ на зевоту; кивки, воркование в ответ на замирание);

- «негативное обозначение» (враждебный тон голоса, сердитое выражение лица);

- отрицательная отзывчивость (передразнивание, отвержение, значительное «неодотягивание» до интенсивности действия ребенка);

- нейтральная отзывчивость (реакция без улыбки, нейтральные выражение лица, и интонация).

И также 4 типа поведения у ребенка:

- социальное (улыбка, положительная вокализация, предречевые движения рта, открытие рта, активные движения языка),

- биологическое (икота, зевание, чихание),

- негативный аффект (плач, крик),

- несоциальные движения рта (в отличие от предречевых движений рта).

Выяснилось, что социальное поведение/социальная экспрессивность младенца (улыбка, вокализация) по частоте проявления возрастает в течение 9-недельного периода, особенно после 3 недель жизни, а несоциальные движения рта, напротив, становятся реже. У матери общий процент такого типа поведения, как отзывчивость, также возрастает: возрастает количество отзеркаливания и позитивного обозначения при уменьшении негативных маркеров отзывчивости. Однако на социальную экспрессию ребенка влияет не частота отзывчивости, а форма этой отзывчивости. Большинство поведенческих проявлений младенца матерью игнорируется, при этом мать по-разному реагирует на различные типы поведения младенца: например, отзеркаливание и положительные обозначения поведения в большей степени следуют за социальным поведением ребенка, а вот биологические аспекты поведения ребенка чаще всего вызывают нейтральное обозначение матери. Отрицательный аффект ребенка чаще вызывает либо отрицательные ответы, либо нейтральное обозначение, а несоциальные движения рта ребенка получают мало реакций матери либо вызывают ее бессистемные ответы.

Более того, отзеркаливание матери и ее позитивное означивание (как социальных, так и несоциальных действий ребенка) влияет на соци-

альное поведение ребенка в отсроченном времени (например через 2 недели оценки), увеличивая его, в то время как нейтральное и негативное означивание, наоборот, приводит к уменьшению социальной экспрессии.

Таким образом, отмечается готовность родителей реагировать на сигналы младенцев конкретным поведением, к которому, в свою очередь, особо чувствительны младенцы. Авторы отмечают, что как будто существует готовность младенцев «извлекать пользу» из материнского отзеркаливания (ведь только 15% их социальных выражений получили отзеркаливание матери, но именно это дало толчок к увеличению социальных экспрессий две недели спустя). Младенцы не только имеют такую готовность обращать внимание на особые социальные стимулы, но и реагировать определенным образом на них. То есть предлагается взаимная «социальная приспособленность», в которой перцептивные склонности и поведенческие репертуары младенцев и родителей вместе обеспечивают «функциональную архитектуру», поддерживающую социальное развитие младенцев.

Но ребенок продолжает развиваться, проходя через качественные и количественные изменения в развитии, и родителю снова приходится в какой-то степени отзеркаливать, маркировать/означивать, принимать эти изменения, изменяя и свое поведение.

Кроме того, гармоничные отношения подразумевают отношение к ребенку как к отдельной личности, уважение к его потребностям и адекватную реакцию на его поведение ребенка, т.е. все, что предлагает гуманистическое направление психологии (см. главу 1).

Но нарушение в привязанности, повышенная тревожность, депрессия матери, некоторая «костность» в поведении родителя могут выливаться в искажения ДРВ и, соответственно, в поведенческие проблемы детей, например расстройства питания и сна.

Так, Хайнц Зюсс (Ранняя диагностика..., 2007) отмечает высокую частоту встречаемости этого симптома, иногда приводящего к тому, что почти весь день семьи заполнен попытками накормить ребенка. Нарушения питания могут быть связаны с умственной отсталостью, повреждением мозга, острым инфекционным заболеванием, нарушением моторики ротовой полости, особой сензитивностью ребенка и даже неумением пользоваться столовыми приборами. Но зачастую выясняется, что родитель имеет неправильные представления о том, сколько должен есть ребенок, или неадекватные представления о связи между количеством съедаемой пищи и здоровьем ребенка. Более того, процесс кормления может быть сигналом отвергающего поведения ребенка или центральной темой в отношениях родителей между собой (мама/бабушка может демонстрировать свою сверхзанятость именно через кормление

ребенка). Поведение матери может закреплять реакцию страха ребенка в отказе от еды: в начале ребенок принимает определенный объем пищи без проблем, после чего сопротивление ребенка растет, а мать реагирует уговорами, криками, порицанием, фиксирует положение беспокоящегося ребенка, чем усиливает его беспокойство.

Также выделяют провокации ребенка, получающего достаточное количество пищи и размазывающего его остатки или играющего с матерью, чрезмерно интенсивно с ней контактирующего и получающего ее внимание.

Детлеф Принц (Ранняя диагностика..., 2007) исследует оперантно обусловленные расстройства сна. Например, сама постель может стать для ребенка условно-рефлекторным раздражителем, вызывающим протест (ребенка разбудил громкий шум, у него сильно болел живот, и он не мог уснуть), или родитель утешает ребенка или обращает на него внимание только в период засыпания (неспособность заснуть положительно подкрепляется взрослым).

Л.А. Венгер (Л.А. Венгер, 1988) пишет, что важно оборудовать специальные места и для бодрствования, и для сна малыша. Иначе процесс засыпания будет происходить сложнее и медленнее.

М.А. Штааб исследует детские страхи с точки зрения респондентного, оперантного и имитационного научения (Ранняя диагностика..., 2007). Дети более подвержены страхам, так как у них еще не сформирован когнитивный аппарат для анализа и переработки стимулов (для предсказания, интерпретации событий). В норме все новые сильные или внезапные раздражители могут вызвать у ребенка страх. Патологические страхи определяются как эксцессивные. Дети школьного возраста могут назвать/показать примерно 7 объектов, вызывающих у них страх. При этом маленькие дети больше боятся реальных осязаемых объектов (посторонних, животных, купания, разлуки с матерью, темноты, «белого халата»), с возрастом появляются социальные страхи (переживание проигрыша/неудачи; переживание из-за внешности и др.). Но детские страхи могут выступать и в качестве сопровождающих другие нарушения: тяжелые состояния страха у самого родителя; девиантные методы воспитания (побои и издевательства), резкое ограничение свободы действий ребенка, тяжелые заболевания ребенка; страх как избегающее поведение провокационного характера.

Еще один важный аспект влияния ДРВ – это влияние на исполнительные функции ребенка. Исполнительные функции (executive functions) – группа когнитивных навыков, обеспечивающих целенаправленное решение задач и адаптивное поведение в новых ситуациях; совокупность ментальных средств для осуществления контроля пове-

дения. Лонгитюдные исследования показывают, что родительская чувствительность (sensitivity), дезорганизованность семьи (family chaos), «богатство» родительского языка, вербальная поддержка (похвала, уточнения, одобрения) и уровень исполнительных функций самого родителя также влияют на уровень исполнительных функций ребенка (Hughes, 2017).

Исследование количества различных слов, средней длины высказывания, а также синтаксической сложности материнской речи предсказывает лексику в типично развивающихся 2-летних детях. Таким образом, не только количество, но и качество и разнообразие слов, которые используют родители, связано с размером экспрессивной лексики детей. Различия в языковых навыках возникают в очень раннем детстве и сохраняются на протяжении всей жизни человека (Onnis, 2018).

Более отзывчивое взаимодействие матери с ребенком 12 месяцев было связано с его более высокими баллами по рецептивной коммуникации. Вероятно, матери с высоким уровнем взаимодействия имеют больше возможностей, чтобы продемонстрировать коммуникативные и речевые возможности ребенку. В 12 месяцев младенцы могут связывать слова с окружающим миром, а жесты и речь матери во время взаимодействия помогают ребенку развивать рецептивную коммуникацию (Magill-Evans, 2001).

Необходимо рассмотреть особенности личностного развития ребенка.

Правильное воспитание, согласно З.Фрейд, – гибко изменяющееся в пределах, с одной стороны, удовлетворения, достаточного для того, чтобы создать атмосферу безопасности и удовольствия, и с другой – в пределах, приемлемых по уровню развития фрустраций, чтобы ребенок постепенно учился заменять принцип удовольствия принципом реальности (Мак Вильямс, 2007, с. 39). То есть некий баланс между потворством и ограничением. Наоборот, излишняя строгость или потворство вкупе с конституциональными особенностями ребенка могут «зафиксировать» психологическое развитие ребенка на решении проблем одной из стадий психо-сексуального развития (теория драйвов).

Теория объектных отношений, в свою очередь, больше описывает развитие личностной организации, определенной в том числе ДРВ, их восприятием ребенком и интериализованными представлениями о ключевых фигурах: люди психотического статуса кажутся фиксированными на слитом, досепарационном уровне, на котором они не могли различать, что находится внутри них, а что – вне. Люди в пограничном состоянии фиксированы на диадической борьбе между тотальным подчинением, которое, как они боятся, уничтожит их идентичность,

и тотальной изоляцией, которая воспринимается ими как покинутость. Невротические личности, которые прошли процесс сепарации-индивидуализации, втянуты в конфликт между вещами, которые желали и одновременно боялись. Переживание реальности невротически организованных людей опираются на зрелые защиты, в том числе и потому, что родители позволяют ребенку испытывать сильные чувства. Поведение таких людей непротиворечиво, им свойственна непрерывность собственного «Я» во времени (МакВильямс, 2007, с.77).

Ряд представителей отечественной школы психологии, например Г.А. Арина и А.Ш. Тхостов, опираясь в том числе на понятия «смысла, значения и чувственной ткани» А.Н. Леонтьева, «внутренней картины болезни» Р.А. Лурия, идеи В.П. Зинченко, описывают диаду «мать-дитя» как первичный носитель психосоматического феномена (Арина, 1993).

Они описываются взаимодействие и взаимопереход четырех единиц сознания (смысл, значение, чувственная ткань, биодинамическая ткань) в формировании телесности ребенка как высшей психической функции, объясняя в том числе психосоматические нарушения и феномены. Необходимо уточнить специфику единиц сознания:

1) биодинамическая ткань – это наблюдаемая и регистрируемая внешняя форма живого движения; то, что Н.А. Бернштейн рассматривал как функциональный орган индивида;

2) чувственная ткань – это комплекс внутренних ощущений, то, что сообщают нам наши внутренние рецепторы; обобщенное наименование для различных перцептивных категорий. Одно и то же внешнее физическое воздействие вызывает разные чувства, ощущения и поведение у различных людей. На этих уровнях могут появиться первичные дефекты, проявляющиеся как психосоматические симптомы (психофизиологические, базовые нарушения эмоциональной регуляции телесных проявлений);

3) значение – система означивания телесного опыта, переход к вербальным системам значений. Именно здесь ключевую роль начинает играть значимый взрослый. Практически для всех внутренних ощущений людьми используем слова из внешнего предметного мира: «как иголкой колет, сердце сдавило как рукой, камень на душе, мышца стреляет, внутри жжет». Первоначально взаимодействие взрослого и ребенка организуется именно вокруг потребностей ребенка, в процессе ухода за которым взрослый осмысливает и оценивает телесное состояние ребенка, наделяет телесные проявления ребенка психологическим смыслом. В совместно-разделенных телесных действиях матери и ребенка именно мать выполняет функцию означивания и наполне-

ния смыслом витальных потребностей и телесных действий ребенка. Потребности выступают в роли языка общения младенца с матерью. На этом этапе формируется первая знаковая система – язык тела. При конверсивных расстройствах тело буквально как будто говорит: «Я не хочу туда идти». Постепенно ребенок интериоризирует позицию матери к своим «телесным проявлениям». И если мама означивала какие-то потребности как плохие, то и ребенок с большой долей вероятности будет относиться к ним негативно («плакать нельзя», «есть руками плохо»). Если значимый другой означивал их неправильно (вместо общения и игры кормил ребенка), то и ребенок с трудом будет дифференцировать эти потребности.

После овладения языком ребенок получает возможность когнитивной оценки своих первоначальных телесных проявлений, включение в них познавательных действий. Ребенок сам начинает называть свои телесные состояния («спал», «хочу пить», «бо-бо», «грязная») и получает возможность относиться к своему телесному самочувствию через призму языковых значений («устал», «дай горшок», «я замараюсь», «не хочу болеть»). Постепенно происходит дифференциация представления о теле и его частях, расширяется словарь описаний, различаются собственно телесные и эмоциональные переживания («не больно, но обидно»). Формируется рефлексивный план сознания. Возникает возможность произвольной и сознательной регуляции телесных процессов («потерплю», «не хочу в туалет», «съем сначала котлетку, а потом конфетку»). После дифференциации происходит интеграция представлений о собственном теле – формируется категория целостного тела, не сводимого к сумме отдельных частей, т.е. формируется телесное Я. Этот этап характеризуется интересом ребенка к собственному телу, поиском средств вербального и иного символического обозначения телесных событий. По мере взросления ощущения накладываются на собственную анатомическую карту, на представления о том, где находятся органы и как они работают;

4) уровень смысла – возникновение и формирование смысловой саморегуляции. Встает вопрос ценности в системе смысловой иерархии личности («я хочу стать гимнасткой, поэтому буду есть брокколи»).

Многоуровневая модель, предложенная отечественными психологами, представляет собой осмысление накопленных данных в области ДРВ взаимодействия, психосоматических феноменов и нарушений, психологии телесности. Но исследователи пытаются прояснить и *механизмы* взаимовлияния в ДРВ. И чаще всего называются гармональные механизмы, запускающиеся механизмом стрессовой реакцией. Именно

стресс рассматривается в качестве пускового для изменения гормонального фона и поведенческих реакций родителя и ребенка.

Так, показано, что нейропептид окситоцин может увеличить просоциальное взаимодействие между родителями и детьми, влияя на привязанность, чувствительность и синхронность родителя (Szymanska, 2017).

Ряд исследователей связывает ласковый тактильный контакт родителя с его более высоким уровнем окситоцина у родителя (Feldman, 2010). Более того, Gliga T., Farroni T., Cascio C. J. (Gliga, 2018) описывают различные виды социального тактильного контакта в зависимости от цели использования: аффективные (поглаживание, массаж, похлопывание) или игровые (щекотка, подбрасывание, ритмичные похлопывания). При этом С-тактильные волокна иннервируют островок Рейля – структуру, связанную с обеспечением affiliативного поведения. Это поглаживание вызывает высвобождение окситоцина и у тех, кто испытывает, и у тех, кто обеспечивает такую стимуляцию. Однако островок также участвует в interoцепции, как, например в восприятии сердечных ударов. Выявлено, что социальное прикосновение вызывает изменения в сердечном ритме.

В связи со всем вышесказанным ДРВ может считаться фактором риска/защиты в развитии ребенка и родителя. Фактор риска – это какое-либо свойство или особенность человека или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы. Взаимодействие нескольких факторов риска, как правило, приводит к резкому увеличению вероятности возникновения заболевания/отклонения в развитии. Относительно развития ребенка выделяют условно биологические, социальные (в том числе ДРВ) и психологические факторы.

Таким образом, встает вопрос о формировании соответствующих компетенций родительства.

Используя поведенческий системный подход, J.E. Grusec, M. Davidov (Grusec, Davidov, 2014) описали родительство в терминах различных целей и потребностей воспитания детей, которые активируются в разных ситуациях. Они описывают пять областей социализации:

- 1) защита (безопасность, защита от угроз);
- 2) контроль (приобретение социальных ожиданий, избегание угроз, автономия, возникающая через родительский сверхконтроль), control (acquiring societal expectations, avoiding threats to autonomy occurring through parental overcontrol);
- 3) управляемое обучение (овладение конкретными, специфическими навыками);
- 4) групповое участие (возможность быть being part of a social group);
- 5) реципрокность, взаимность взаимодействия.

J.G. Smetana (Smetana, 2017) и ее коллеги предложили другой подход, который фокусируется на развитии различных типов социального знания и поведения: моральное (справедливость, честность, благополучие других), социально-конвенциональное (контекстуально детерминированные нормы) и благоразумие (комфорт, безопасность, самоповреждения), а также личные проблемы.

О.А. Карабанова описывает отличительные черты гармоничного типа семейного воспитания, способствующим формированию гармоничной, самодостаточной, счастливой личности:

- взаимное эмоциональное принятие, эмпатия, поддержка;
 - высокий уровень удовлетворения потребностей всех членов семьи.
- Так, если мама ощущает себя счастливой, то проявляет себя более позитивно в отношении к окружающим и ребенку. Таким образом, ребенок приобретает позитивный эмоциональный опыт, что способствует формированию у него «базового доверия к миру», он открыт для общения, доброжелателен;
- признание самоценности личности ребенка, уважение права ребенка на выбор самостоятельного пути развития, поощрение автономии ребенка;
 - взаимное уважение, равенство прав родителей и ребенка в принятии решений в проблемных ситуациях;
 - разумная и адекватно предъявляемая к ребенку система требований, соответствующая его возрастным и индивидуально-личностным особенностям;
 - систематический контроль с постепенной передачей функций контроля ребенку, переходом к его самоконтролю;
 - адекватная система наказаний и поощрений;
 - непротиворечивость системы воспитания при сохранении права каждого из родителей на собственную концепцию воспитания и планомерное изменение его системы в соответствии с возрастом ребенка (Карабанова, 2005, с. 197).

Идея о том, что родитель влияет и определяет развитие ребенка, в том числе через организацию среды развития, приводит к тому, что возникают мифы о раннем развитии ребенка, что приводит к появлению многочисленных школ раннего развития, а родители стараются чрезмерно вовлечь в развивающую деятельность все время ребенка. Несмотря на многообразие таких программ, элементы критерии их эффективности таких программ универсальны: ориентированность на взаимодействие с семьей, обеспечение естественного окружения, использование командного подхода, индивидуальность подхода к каждой семье и

ребенку, использование научно - обоснованных методов. В свою очередь, для гармоничного развития ребенка родителям достаточно обеспечить:

1) организацию развивающей среды (наполнение уголков различными предметами и игровыми пособиями, которые расширяют двигательную активность, развивают сенсорику, зрение и слух детей и т.д.; знакомство малыша с музыкальными, художественными и литературными произведениями);

2) активизацию общения с ребенком со стороны всей семьи, что приводит к стимуляции и развитию коммуникативного развития, при этом значимо проговаривание своих действий взрослыми с использованием языка нянь в адекватной форме.

Подводя итог параграфу, выделим наиболее значимые моменты:

1) у каждого человека есть собственные представления и опыт в детско-родительском взаимодействии, ведь у каждого есть или были родители;

2) детско-родительские отношения (ДРО) характеризуются целым рядом показателей: характером эмоциональных отношений; мотивами рождения ребенка и мотивами воспитания; установкой родителей на воспитание детей и эталоны воспитанной личности; уровнем притязаний родителей по отношению к ребенку (сложность воспитательных задач, поставленных родителями); типом семейного воспитания;

3) детско-родительское взаимодействие (ДРВ), безусловно, определяет развитие и социализацию ребенка; оно крайне значимо как для родителей, так и для ребенка. Одним из механизмов влияния ДРВ на развитие ребенка называют механизмы стресса и тактильный контакт, уменьшающий стресс ребенка;

4) отношение родителя к ребенку не является врожденным, а формируется в процессе выполнения родительской роли, в процессе общения с ребенком и зависит от многих факторов: *личность родителя* (акцентуированность характера, неврозы, эмоциональные расстройства) и *степень удовлетворенности его потребностей* (меняется образ жизни родителей, зачастую фрустрируются многие потребности); *Психофизиологические особенности ребенка* (несовпадение темпераментов ребенка и родителя; возраст ребенка; его состояние; принципы развития, такие как гетерохромность и вариабильность/индивидуальность развития; существование качественных скачков развития и пр.). *Особенности семейных отношений* (конфликтные супружеские отношения, низкая удовлетворенность браком у родителей могут способствовать формированию негативного отношения к ребенку);

5) ДРВ и ДРО не подразумевают равенства субъектов взаимодействия, а в воспитании ведущая роль принадлежит родителям. Компетенции родительства возможно развивать;

6) ДРВ и ДРО неизбежно изменяются качественно и количественно по мере взросления ребенка. Но на любом этапе ДРВ важны гармоничные отношения, подразумевающие уважение и принятие ребенка.

Список литературы

1. Арина, Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры / Г.А. Арина // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. – М., 1993. – С.48-58).

2. Воспитание сенсорной культуры ребенка от рождения до 6 лет: кн. для воспитателя дет. сада /Л. А. Венгер, Э. Г. Пилюгина, Н. Б. Венгер; под ред. Л. А. Венгера.- М.: Просвещение, 1988.-144 с.

3. Карабанова, О. А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования :консультирования: / О.А. Карабанова. – учеб. пособие. М.: Гардарики, 2005.

4. МакВильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. МакВильямс – М.: Независимая фирма «Класс», 2007. – 480 с.

5. Ранняя диагностика и коррекция: практическое руководство: в 2 т. / под ред. Удо Б. Брака; (науч. ред. русского текста Н.М. Назарова; пер. с нем. В.Т. Алтухова). – М.: Академия, 2007. – 304 с.

6. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. :: Питер, 2010.

7. Hughes C. and Rory T. Devine. For Better or for Worse? Positive and Negative Parental Influences on Young Children’s Executive Function. University of Cambridge. 2017. p. 593-609. страницыDOI: 10.17863/CAM.10870

8. Feldman R., Gordon I., Schneiderman I., Zagoory-Sharon O. Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent–infant contact // Psychoneuroendocrinology, Volume 35, Issue 8, September 2010, Pages 1133-1141 <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.01.013>

9. Gliga T., Farroni T., Cascio C J. Social touch: A new vista for developmental cognitive neuroscience? // Developmental Cognitive Neuroscience. 2018, 35 DOI: 10.1016/j.dcn.2018.05.006

10. Grusec J.E, Davidov M: Analyzing socialization from a domain-specific perspective. In Handbook of Socialization: Theory and Research. Edited by Grusec JE, Hastings PH. Guilford Press; 2014

11. Magill-Evans, J., & Harrison, M. J. Parent-Child Interactions, Parenting Stress, and Developmental Outcomes at 4 Years. *Children's Health Care*, 2001. 30(2), 135–150. doi:10.1207/s15326888chc3002_4
12. Murray, L., De Pascalis, L., Bozicevic, L., Hawkins, L., Sclafani, V. and Ferrari, P. F. The functional architecture of mother-infant communication, and the development of infant social expressiveness in the first two months. *Scientific Reports*, 2016, 6. 39019. ISSN 2045-2322 doi: <https://doi.org/10.1038/srep39019>
13. Onnis, L., Truzzi, A., & Ma, X. (2018). Language development and disorders: Possible genes and environment interactions. *Research in Developmental Disabilities*. 2018. doi:10.1016/j.ridd.2018.06.015
14. Smetana J.G. Current research on parenting styles, dimensions, and beliefs // *Current Opinion in Psychology* 2017, 15:19–25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.012>
15. Szymanska, M., Schneider, M., Chateau-Smith, C., Nezelof, S., & Vulliez-Coady, L. Psychophysiological effects of oxytocin on parent-child interactions: A literature review on oxytocin and parent-child interactions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2017, 71(10), 690–705. doi:10.1111/pcn.12544

2.2. Преодоление деформаций детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

Интерес специалистов к проблеме изучения особенностей детско-родительского взаимодействия в семьях с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья (ОВЗ), определяется изменениями в системе специального образования и гуманистическими тенденциями современного общества в целом (Белогай, 2008; Высотина, 2012; Токарева, 2007; Чернигина, 2011 и др.). По данным ВОЗ, количество детей с инвалидностью постоянно увеличивается, расширяется список патологий, приводящих к инвалидности. При этом ограничения могут иметь различный характер, а проблемы в развитии выявляться в различных возрастных периодах. Так, при синдроме Дауна предварительный диагноз обычно определяется уже в пренатальный период или сразу после рождения. У детей с тяжелыми множественными нарушениями проблемы становятся очевидными в первые месяцы жизни, нарушения психики выявляются на 2-3 году жизни ребенка. Такие различия определяют вариативность изменений в семейной системе и особенностях детско-родительского взаимодействия, что важно учитывать при определении модели психологической поддержки такой семьи.

Детско-родительское взаимодействие в психологии уже на протяжении многих десятилетий рассматриваются как наиважнейший фактор биологического выживания и социокультурного развития ребенка. Наличие в семье ребенка с инвалидностью усиливает эти функции, но также приводит к структурной деформации семейной системы (Высотина, Кондратьева, Михальченко, Ткачева, Чернигина и др.). Это проявляется в специфических изменениях на трех уровнях (В.В.Ткачева): психологическом (переживание утраты, изменения семейных ролей и др.), социальном (дефицитарность социальных контактов семьи, снижение экономического и профессионального благополучия), соматическом (нарушение, в том числе психического здоровья родителей, обострение их хронических заболеваний) (Высотина, 2012; Кондратьева, 2003; Михальченко, 2012; Ткачева, 2016; Чернигина, 2011).

Психологический уровень, в нашем понимании, может рассматриваться как базовый, запускающий другие деструктивные изменения (социальные и соматические). В связи с этим, детальный анализ особенностей детско-родительского взаимодействия и определение на основе полученных результатов эффективных направлений работы психолога – важная задача современной науки и практики.

В исследованиях психологического климата семей, воспитывающих ребёнка с ОВЗ, различаются несколько острых проблем: проблема переживания утраты; «токсичное» для семейной системы распределение семейных ролей; неблагоприятный эмоциональный фон межличностных взаимодействий и др.

Итак, феномен «переживания утраты» возникает в момент получения родителями информации об особенностях ребенка и рассматривается как родительский кризис в соответствии со **стадиями проживания горя** (Кондратьева, Ткачева, Clayton, Herjanic, Dardas, и др.). На каждой стадии выделены свои задачи (Clayton, и др.) и психологические проявления, которые проецируются на детско-родительские отношения и взаимодействие (Кондратьева, 2013; Ткачева, 2016; Clayton, 1979; Clayton, 1974; Dardas, 2014).

Первая стадия родительского кризиса характеризуется состоянием растерянности, беспомощности, страха. В этот период психологические ресурсы родителей резко ограничены, а состояние напоминает трансное, сопровождается психической и социальной дезорганизацией, сужением сферы сознания, дефицитом адекватного восприятия реальности и эмоционального реагирования. Актуальность психотерапевтической поддержки на данном этапе определяется высоким риском неадекватного поведения, которое может быть небезопасным как для ребенка, так и для самих родителей.

Первая фаза может продолжаться от нескольких часов и дней до нескольких лет. Конструктивное взаимодействие специалистов с родителями в этот период затруднено.

Вторая стадия – отрицание сопровождается негативизмом, критическим неприятием информации о проблемах ребенка. В этот период «включаются» защитные механизмы, сберегающие от чрезмерного чувства вины, тревоги, необходимости пересматривать жизненные перспективы, а порой и ценности. Наблюдается пассивная или активная форма отрицания проблем у ребенка, которая в поведении проявляется как склонность не замечать очевидного или агрессивной реакцией, обращенной как на ребенка, так и на специалистов, оказывающих помощь семье. В большей степени такие формы реагирования характерны для родителей детей до 3 лет, когда отклонения в развитии еще не так очевидны. Однако продолжительность фазы может достигать до нескольких десятков лет.

Построение эффективной модели помощи ребенку в этот период также затруднено, так как все ресурсы семьи уходят на поиск доказа-

тельств отсутствия проблем. Цель психотерапевтической поддержки в этом случае – помочь семье в преодолении этой фазы, работа с защитными механизмами и искаженными когнитивными концепциями.

Третья стадия – хроническая печаль, которая связана с принятием диагноза. Проблемы в развитии ребенка становятся очевидными, и родители «лицом к лицу» сталкиваются с чувством утраты, переживанием горя и собственной вины. Депрессивное расстройство может принимать хроническую форму и продолжаться до конца жизни. Важной задачей психологической помощи на этой фазе является помощь в осознании, проговаривание переживаний, формирование у родителей зрелого взгляда на проблему, переключение внимания на поиск ее решения.

Четвертая стадия – фаза адаптации – характеризуется уменьшением переживания печали, усилением интереса к окружающему миру, готовности активно решать проблемы с ориентацией на будущее. Создаются благоприятные условия для предупреждения или преодоления деформаций в детско-родительском взаимодействии и детско-родительских отношений, гармонизации семейной системы с учетом интересов, ресурсов и потребностей развития каждого члена семьи.

Прохождение семьи по всем стадиям переживания утраты сопровождается деформацией выраженной спецификой детско-родительского взаимодействия и предполагает деструктивное распределение статусов в семейной системе, что само по себе может выступать в качестве патогенного для развития ребенка фактора.

Г.Ф. Нестерова, рассматривая статусные отношения в семьях, воспитывающих ребенка с инвалидностью, отмечает, что для таких систем характерно доминирование матери, что, в свою очередь, приводит к ущемлению социальной значимости ребенка. В дальнейшем эта ситуация способствует формированию у него таких дезадаптивных черт, как зависимость, аутистичность, невротический страх активности, застревание на подростковом конфликте и патологической эмансипации (Нестерова, 2000).

Е.А. Полоухина, анализируя микроклимат семей с ребенком, имеющим особенности развития, выявила следующую специфику: склонность к открытому выражению гнева и конфликтным взаимоотношениям, иерархичность семейной организации и ригидность семейных правил (Полоухина, 2009).

Р.Ф. Майрамян указывает на преобладание эмоциональных нарушений у матери, так как рождение в семье ребенка с особенностями

развития фрустрирует значимые ценности и восприятие собственной женской роли. Клиническая картина психопатологических нарушений и их выраженность у матерей характеризуется преобладанием аффективных расстройств (Майрамян, 1974).

В исследованиях эмоционального состояния матерей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом, указывается на склонность к формированию депрессивной симптоматики. Причем эти симптомы могут иметь различные формы и продолжительность: депрессивный невроз, затяжные невротические депрессии, депрессивное невротическое развитие личности и др. (Левченко, 2001).

Нарушения в эмоциональной сфере матерей детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) описывают Л.М. Семенова и Е.А. Мишина, обращая внимания на преобладание тяжелых переживаний, депрессии, ощущения потери смысла жизни. Авторы указывают и на изменение статусных отношений в такой семье: жесткие ролевые позиции, препятствующие развитию не только ребенка, но и всех членов семьи; выраженная избыточная опека; противоречивость, непоследовательность в поведении по отношению к ребенку; значительные разногласия членов семьи по вопросам воспитания (Семенова, Мишина, 2015).

Очевидно, что перечисленные феномены оказывают деформирующее влияние на специфику детско-родительских отношений в семьях (рис. 4), воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Поэтому для оптимизации этих отношений необходимо реализовать комплекс мер психологической и даже психотерапевтической поддержки семей с учетом фазы и модели принятия информации о нарушении у ребенка.

Для изучения детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с инвалидностью, можно определить несколько направлений экспериментальной работы:

- 1) определение типа детско-родительских отношений (Опросник родительского отношения А. Я. Варги и В. В. Столина);
- 2) анализ способов совладения со стрессом у матерей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями (Опросник «Способы совладающего поведения», разработанный Р. Лазарусом и С. Фолкманом).
- 3) исследование эмоционального состояния матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями (Шкала тревоги Спилбергера, опросник Спилбергера).



Рисунок 4.

Факторы деформации детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

В период с 2012 по 2018 г. г. проведено исследование на выборке из 64 матерей в возрасте от 26 до 38 лет, воспитывающих детей от 5 до 11 лет с различными вариантами ограниченных возможностей здоровья (18 детей с детским церебральным параличом, 14 – с нарушением слуха, 15 – с выраженной умственной отсталостью, 17 – с расстройствами аутистического спектра). Все дети имеют статус ребенка-инвалида. При анализе эмпирических данных эта группа матерей получила условное обозначение МДИ.

Для сравнения была сформирована выборка матерей, воспитывающих детей, не имеющих особенностей, в возрасте от 5 до 9 лет в коли-

честве 31 человек. Эта группа в дальнейшем получила условное обозначение МДНТ.

В процессе анализа полученных показателей детско-родительских отношений в группах МДИ и МДНТ сопоставлялись средние значения. Результаты представлены на рис. 5.

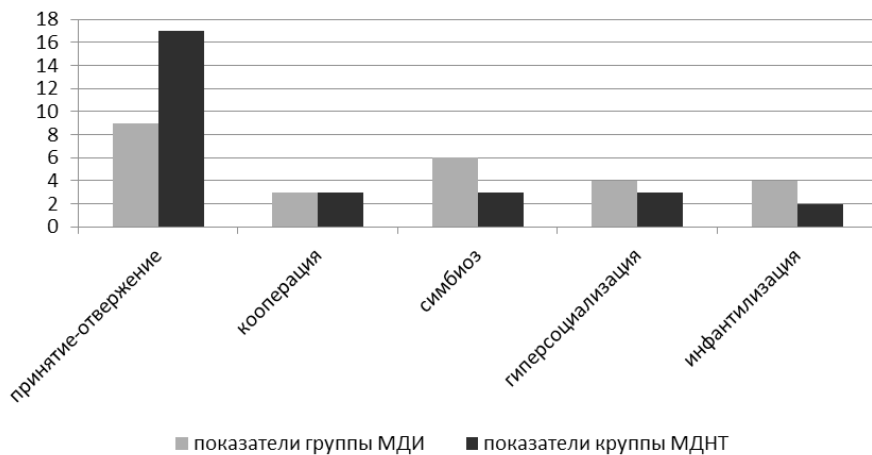


Рисунок 5.

Средние показатели стилей детско-родительских отношений в группе матерей, имеющих детей с ОВЗ, и в группе матерей детей, не имеющих особенностей.

Как видно из данных, представленных на рисунке, существенные различия показателей обнаружились только по двум шкалам (принятие-отвержение и симбиоз).

Сравнительный анализ с помощью непараметрического U-критерия Манна – Уитни показал статистическую достоверность различий. То есть матери детей с ОВЗ в большей степени, склонны к симбиотическим отношениям, в то же время воспринимают ребенка как неудачу своей жизни и объект для раздражения (шкала принятие-отвержение). Статистически достоверно также и различие показателей шкалы «инфантилизация», что предполагает приписывание ребенку с ОВЗ личностной и социальной несостоятельности. Безусловно, такие стили детско-родительских отношений определяются психофизиологическими ограничениями детей с ОВЗ, однако чрезмерная инфантилизация может стать фактором, тормозящим компенсаторные механизмы.

Взаимодействие ребенка и матери в семье во многом определяется психологическим самочувствием матери и ее способностью к прео-

долению стрессовых ситуаций, в связи с чем проводилось исследование копинг-стратегий, которое позволило выявить отличия в способах совладания со стрессом в группе МДИ и МДНТ. Результаты представлены на рис. 6.

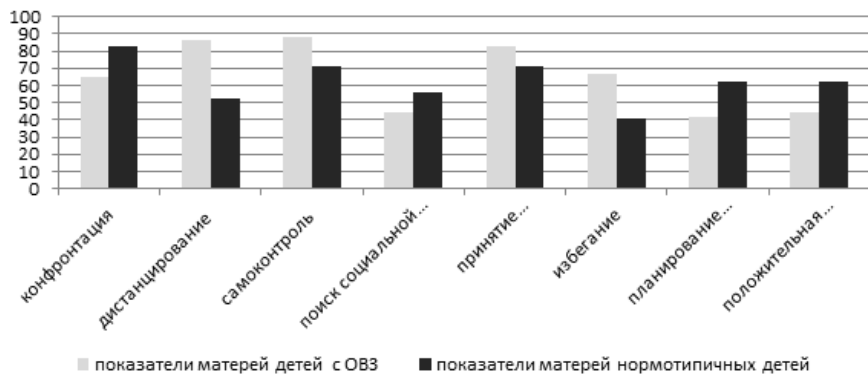


Рисунок 6.

Показатели копинг-стратегий у матерей детей с инвалидностью и матерей нормотипичных детей

Как видно из данных, представленных на рисунке, показатели всех копинг-стратегий входят в диапазон средних значений, что свидетельствует о гибкости при выборе способа преодоления трудных жизненных ситуаций, высокой адаптивности и сопротивляемости стрессу. Диспропорции проявляются лишь у отдельных респондентов.

Невысокие показатели параметра «поиск социальной поддержки» свидетельствуют об ограничениях возможностей привлечения внешних (социальных) ресурсов. Матери в обеих группах в меньшей степени ориентированы на взаимодействие с другими людьми для решения различных проблем. Очевидно, что в группе МДИ эти показатели ниже, что может быть следствием социальной изоляцией родителей детей с ОВЗ инвалидностью, резким ограничением их социальных связей.

Использование непараметрического U-критерия Манна-Уитни подтвердило достоверность различий по ряду показателей в группе МДИ и МДНТ. В первой группе статистически достоверно преобладают такие стратегии, как «дистанцирование», «избегание», «самоконтроль» и «принятие ответственности». Обнаруженные тенденции могут быть интерпретированы как преобладание у матерей детей с ОВЗ самообви-

нений, подавления переживаний, ухода от проблемы и попыток отстраниться от проблемы, снизив ее значимость.

В отношении показателей по шкалам «конфронтация» и «планирование решения проблемы» также обнаружены статистически значимые отличия. При этом показатели по этим шкалам в обеих группах соответствуют средним значениям. А показатели по шкалам «поиск социальной поддержки» и «положительная переоценка» у экспериментальной группы близки к низким.

Сравнение показателей тревожности в группе МДИ и МДНТ показало существенные (статистически достоверные) различия (рис. 7).

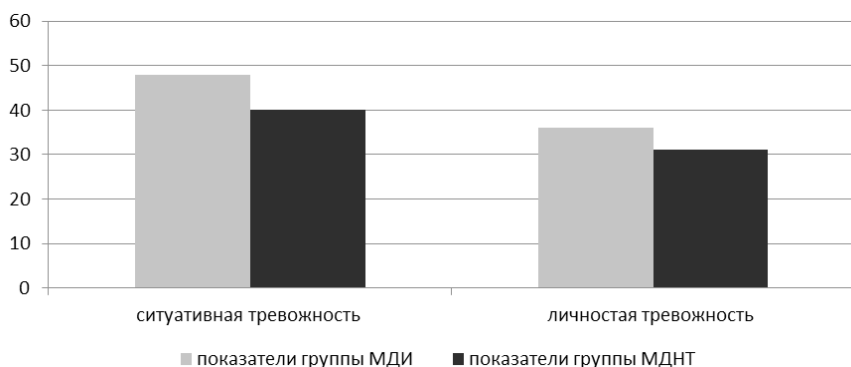


Рисунок 7.

Средние показатели ситуативной и личностной тревожности у матерей детей с ОВЗ и матерей, воспитывающих детей без особенностей

Наибольшее различие наблюдается в отношении ситуативной тревожности (средний показатель в группе МДИ соответствует высокой степени выраженности исследуемого параметра, в то время как показатель в группе МДНТ входит в диапазон средних значений шкалы). При сравнении показателей личностной тревожности статистически значимых различий не выявлено.

Выявленные особенности определяют выбор основных форм, задач и содержания психологической поддержки семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ (рис. 8, табл. 5).



Рисунок 8.
Формы и задачи оказания психологической поддержки семьям, воспитывающим детей с инвалидностью

Таблица 5

Характеристика содержания психологической поддержки в зависимости от типа детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ОВЗ

Тип детско-родительских отношений	Основные проблемы, как мишени психологической помощи	Содержание психологической поддержки
1	2	3
Отношения характеризуются нетерпимостью, высоким уровнем притязаний.	Характерен отказ. Родителей могут раздражать недостатки ребенка (внешние особенности,	Помощь в преодолении «фазы отрицания»

1	2	3
<p>В стрессовых ситуациях родители с этим типом ведут себя активно, в высказываниях ярко и эмоционально звучит активный протест против неразрешимости самой ситуации</p>	<p>отсутствие навыков опрятности, навязчивые слова, движений и т. д.), в результате чего к детям с ОВЗ может проявляться необоснованная жестокость (окрик, физическое наказание). Проблемами общения являются также неумение сдерживать свой гнев и раздражение, склонность к участию в ссорах и скандалах; холодность или отстраненность от проблем ребенка при установлении с ним контакта; неравномерный характер применения воспитательных мер: частое использование жестких форм наказания (окрик, подавление личности, избиение)</p>	
<p>Преобладает пассивная тактика поведения. У этих родителей выявляется в качестве ведущего переживание, связанное с осознанием неразрешимости как собственных проблем, так и проблем, связанных с детьми. Любая ситуация в их сознании интерпретируется как безвыходная</p>	<p>Депрессивные настроения могут быть длительными и практически непрекращающимися. Повышенное чувство вины перед своим ребенком парализует активность матерей и лишает их возможности переструктурированных деформированных взаимоотношений. Возникает коммуникативный барьер между микро-социумом (семьей)</p>	<p>Работа с родителями включает элементы терапии с депрессивными чувствами, необходимо раскрыть творческие возможности родителей. Изменять взгляд на свою проблему – воспринимать ее не как крест, а как особое предназначение. Эффективны техники проработки таких когнитивных aberrаций, как «Иллюзия справедливости», «Иллюзия бессмертия» и др.</p>
<p>Детско-родительские отношения по типу сверхконтроля. Отличительной чертой характера таких родителей является высокий контроль за собственным поведением,</p>	<p>Отсутствует возможность для конструктивного решения проблем, так как родители слишком сосредоточены на себе, пытаются находить те причины инвалидизации ребенка,</p>	<p>Вооружить родителей различными способами коммуникации. Научить помогать и поддерживать друг друга. Формировать адекватное представление об обще-</p>

1	2	3
<p>а также умение подчиняться установленным требованиям и правилам. Состояние своего здоровья рассматривают как результат перенесенных переживаний из-за болезни ребенка.</p> <p>К данной группе относятся и те родители, гиперсоциальность личностных установок которых заставляет их соединять свою судьбу не только с судьбой своего ребенка, но и с другими детьми, имеющими особенности развития</p>	<p>повлиять и оптимизировать развитие.</p>	<p>ственных процессах и месте «особых» людей в структуре общества. Помогать избавляться от комплекса вины и неполноценности себя и своей семьи</p>
<p>Тревожный тип предполагает преобладание этого переживания при построении детско-родительских отношений. Матерям свойственна высокая чувствительность и подвластность средовым воздействиям, повышенная чуткость к опасности. Ведущей фрустрированной потребностью является потребность в теплой душевной гармонии с близкими людьми. Матери из этой подгруппы отличаются особенно тесными, эмоциональными отношениями со своими детьми, склонны к формированию симбиотических отношений даже тогда, когда они тормозят индивидуализацию ребенка</p>	<p>Пассивная личностная позиция, оправдание собственной бездеятельности в отношении развития ребенка и непонимание того, что некоторые недостатки, возникающие у него, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а собственной личностной и несостоятельности матери; стремление оградить ребенка от всех проблем, даже от тех, которые он может решить собственными силами; проявление слабости или инертности при реализации поставленной воспитательной цели; постоянно тревожный фон настроения, наличие излишних опасений о чем-либо, что, в свою очередь, передается ребенку и может явиться причиной формирования у него невротических черт характера</p>	<p>Помочь избавиться от чувства обособленности и брошенности в своем горе. Помочь в формировании адекватной оценки психологического состояния детей. Работать над снятием тревоги и страха отвержения</p>

1	2	3
<p>Родителей с преобладающими ригидными тенденциями отличает устойчивость позиций, интересов и личностных установок. Для них характерно выраженное чувство соперничества в межличностных отношениях, они стремятся к доминирующей позиции; находятся в высокой эмоциональной захваченности «доминирующей идеей», а также в застревании в некоторых случаях на негативных эмоциях и переживаниях, связанных с трудностью реализации этой доминирующей идеи</p>	<p>Стремясь осуществлять свою цель, они проявляют потребность в правдоискательстве, в установлении истинных виновников происшедшего.</p> <p>Восприятие временных планов у родителей имеет негативный эмоциональный знак.</p> <p>Наиболее негативно воспринимается прошлое, так как именно тогда они получили известие об особенностях ребенка и в тот период наиболее остро испытали эмоциональный шок. Но и настоящее воспринимается ими также негативно.</p> <p>Это еще раз подтверждает состояние хронической депрессии. На будущее тем не менее они смотрят более оптимистично</p>	<p>Необходимо выяснить, на какой стадии принятия проблемы ребенка находится семья. Возможно, есть застревание на этапе отрицания (1-й стадии).</p> <p>В этом случае психолог дает медицинскую информацию, которая поможет изменить взгляд родителей.</p> <p>Необходимо также работать над раскрытием творческих возможностей родителей</p>

Итак, семейное воспитание ребенка с ОВЗ – сложная задача, требующая участия многих специалистов. Психологическая поддержка такой семьи играет важную роль, связанную с оптимизацией детско-родительских отношений, предупреждением формирования «токсичных» семейных факторов, способных нанести непоправимый ущерб компенсаторным механизмам ребенка с ОВЗ.

Список литературы

1. Белогай, К. Н. Эмпирическое исследование структуры родительского отношения / К. Н. Белогай, И. С. Морозова // Психологическая наука и образование. – 2008. – № 4. – С. 12 – 23.
2. Высотина, Т.Н. Особенности материнского и отцовского отношения к детям со сложными вариантами нарушений психического развития (аутизм с умственной отсталостью) / Т.Н. Высотина// Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. – 2012. – №2. – С. 88–93.

3. Кондратьева, Т.В. Особенности функциональности семейных систем, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, 2003 / Т.В. Кондратьева // [Электронный ресурс] http://www.autisminrussia.ru/doc/research_psy_kondratyeva.pdf

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

5. Майрамян Р.Ф. Особенности невротических расстройств в семьях умственно-отсталых детей / Р.Ф. Майрамян // III Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. под ред В.М.Банщикова, Н.М. Шибанова. – М., 1974. – Т. 2. – С. 295-297

6. Михальченко, К.А. Проблема семейного воспитания детей с ранним детским аутизмом/ К.А. Михальченко // Педагогическое мастерство: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Москва, декабрь 2012 г.). – М.: Буки-Веди, 2012. – С. 179-184.

7. Нестерова, Г.Ф. Проблемы семейного воспитания детей с ограниченными возможностями / Г.Ф. Нестерова // Современные проблемы и перспективы развития региональной системы комплексной помощи ребенку: Сб. материалов международной научно-практической конференции Архангельск, 2000.

8. Полоухина, Е.А. Влияние наличия ребенка-инвалида в семье на характер брачно-семейных отношений: дис. канд. психол. наук: 19.00.04 / Полоухина Елена Александровна; [Место защиты: ГОУВПО «Российский государственный педагогический университет»]. – СПб, 2009. – 161 с.

9. Семенова, Л. М. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с расстройствами аутистического спектра / Л.М. Семенова, Е.А. Мишина // Вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2015. №9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologo-pedagogicheskoe-soprovozhdenie-semey-imeyuschih-detey-s-rasstroystvami-autisticheskogo-spektra>.

10. Ткачева, В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии/ В.В. Ткачева.–Ткачева. – МПСИ, 2004.– 192 с.

11. Токарева, Ю. А. Психологическое сопровождение семьи при реабилитации / Ю. А. Токарева. – Екатеринбург: УрГИ, 2007. – 176 с.

12. Чернигина, Е. В. К вопросу о влиянии детско-родительского взаимоотношения и семейной ситуации на развитие личности и социализацию ребенка раннего возраста в детском саду /Е. В. Чернигина //

Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2011. – №2. – С.42-50.

13. Clayton P., Darvish H. Course of depressive symptoms following the stress of bereavement // Stress and mental disorder. In: Barrett J., Rose R., Klerman G. (eds). New York: Raven Press, 1979. – P. 121-136.

14. Clayton, P. J., Herjanic, M., et al. Mourning and depression: Their similarities and differences //Can. Psychiatr. Assoc. J. – 1974. – Vol. 19. – P. 309-312.

15. Dardas, L.A. Stress, Coping Strategies, and Quality of Life among Jordanian Parents of Children with Autistic Disorder – 2014 // [Электронный ресурс] <https://www.omicsonline.org/open-access/stress-coping-strategies-and-quality-of-life-among-jordanian-parents-of-children-with-autistic-disorder-2165-7890.1000127.php?aid=23474>

2.3. Детско-родительское взаимодействие в замещающих семьях, воспитывающих детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

Рассматривая развитие ребенка, воспитывающегося вне семьи, исследователи указывают на недостаточное удовлетворение его основных психофизиологических или социальных потребностей в течение длительного промежутка времени, иными словами, *депривацию*.

Депривация может быть:

- 1) социальная (эмоциональная, когнитивная) или психофизиологическая (сенсорная, физическая);
- 2) частичная (например, когда связь между ребенком и матерью не прервана, но ее качество крайне неудовлетворительно) или полная (невозможность удовлетворить свои потребности из-за отсутствия к ним доступа).

Депривационные нарушения в совокупности составляют синдромы «Реактивное расстройство привязанности» и «Расстройство привязанности по расторможенному типу», представляющие собой клинические психопатологические синдромы и включенные в Многоосевую классификацию психических расстройств в детском и подростковом возрасте МКБ-10.

Признаками депривации могут выступать:

- 1) отставание в развитии (речевом, двигательном, физическом и пр.);
- 2) агрессивность, которая может быть направлена вовне или вовнутрь (самоповреждающее поведение);
- 3) апатия, безынициативность;
- 4) неповиновение, недоверие к взрослым. Психологические последствия депривации можно сформулировать в термине «базисное недоверие к миру»: при отсутствии надлежащей заботы и любви в течение первого года жизни ребенок растет недоверчивым и подозрительным по отношению к окружающим его людям (Эриксон, 2000);
- 5) попытки привлечь внимание любой ценой, сложность в установлении адекватных взаимоотношений и взаимодействий. Отсутствие возможности построить устойчивые взаимоотношения приводит к нарушению привязанности, ощущению отчужденности (Bowlby, 1973). А. Бандура, являясь представителем теории социального научения, считал, что материнская депривация существенно ограничивает абрис социальных навыков (Бандура, 2000);
- 6) беспокойство, страхи, отсутствие чувства безопасности и защищенности; ревность, эгоистичность. Исследователи указывают, что базисное чувство безопасности в значительной степени определяется ранним опытом ребенка – наличием или отсутствием интериоризированного образа «хорошей матери», опыта глубокой и надежной эмоцио-

нальной связи с родителем в первые два года. Неосознаваемые чувства вины, тревоги и др. интерпретируются как защитные механизмы в результате ранней сепарации от матери (Bowlby, 1973; Brazelton, 1984);

7) нарушения в личностном развитии. Так, М.И. Лисина рассматривала отсутствие в жизни ребенка значимого близкого или обедненные отношения с ним как «ситуацию невозможности», в которой снижается способность ребенка к интериоризации и обедняется его эмоциональное развитие (Лисина, 1990). Анализируя поведение детей-сирот, А.М. Прихожан и Н.Н. Толстых указывают, что у детей, воспитывающихся вне семьи, преобладает внешний локус контроля, а не произвольное поведение, наблюдается низкий самоконтроль, склонность к обиде и гиперактивности. Для них характерна гипертрофированная потребность в общении со взрослыми, зачастую в общении проявляется доминирование (Прихожан, 1990, 2005).

Иногда наряду с термином «депривация» можно встретить термин «синдром сиротства» (Козловская, 1995).

О важности симбиотической связи ребенка с матерью свидетельствуют исследования М. Малер: именно адекватное состояние симбиотической связи позволяет ребенку выстраивать контакты с окружающим миром, – в противном случае возникает проблема психических и социальных нарушений (повышенной агрессивности, отсутствия основы самопознания) (Малер, 2014).

Кроме того, исследованиями привязанности занимались Г.В. Аммон, Р.А. Шпиц, Бардышевская (Аммон, 1995; Шпиц, 2001; Бардышевская, 2007).

Выраженность депривационных нарушений различается в зависимости от врожденных конституциональных особенностей ребенка, интенсивности и длительности нарушения взаимодействия с родителем. Чем в более раннем возрасте ребенок оказался в тяжелом положении, переживая ситуацию материнской депривации и чем беднее эмоциональная среда, в которой пребывает ребенок, тем сильнее повреждающее воздействие депривации на его психику (Козловская, 1995).

Итак, фундамент психической депривации детей-сирот – это отсутствие важного социального и психологического (рефлексивного) опыта в создании и сохранении коммуникативных контактов, освоении социальных ролей. Социальный вид депривации у сирот возникает как следствие изоляции, т.е. ограничения возможностей выполнения собственной социальной роли (воспитанника дошкольной образовательной организации, ребенка любящих родителей, участника дворовых игр).

Последствия пребывания в детском доме вызывают реактивное поведение, т.е. неразвитые механизмы саморегуляции, компенсирующиеся

за счет защитных форм поведения, проявляются в конфликтном и агрессивном поведении. А.М. Прихожан указывала на тот факт, что дети, лишившиеся родителей (в особенности матери), не обладают возможностями успешной социализации – они берут на себя совершенно другие функции: агрессора, отрицательного лидера, провокатора (Прихожан, 2005). Эти ролевые функции сохраняются и даже осваиваются дополнительно уже после завершения периода пребывания в детском доме. Например:

- защитная агрессия (инстинктивная реакция, которая выражается в качестве ответной реакции на исчезновение матери, чтобы снизить возможность дальнейшей разлуки);

- регрессия, которая проявляется в нежелании взрослеть и выражается в навязчивой аутостимуляции: сосание, раскачивание и пр.;

- защитный механизм «избегание родителей» при сохранении контроля над своим поведением, применяется для уменьшения или нивелирования наступления сверхзначимой для ребенка ситуации;

- особая поведенческая реакция при взаимодействии с матерью: сопротивляясь общению с ней, ребенок таким образом гиперстимулирует внимание матери, отыгрывая амбивалентную реакцию и вызывая повышенное внимание к себе.

Последствия депривации могут смягчить *замещающие семьи* – наиболее предпочтительный вариант поддержки и социализации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Однако в замещающих семьях родители и ребенок также могут столкнуться с рядом сложностей, особенно в период адаптации.

Красницкая Г.С. описывает этапы адаптации:

- 1) этап знакомства, объединения ребенка с замещающей семьей (принятие решения; выбор семьи; первая встреча; приезд в семью; «медовый месяц»). Облегчение от преодоления формальных трудностей, интерес к новым условиям, предъявление обществу себя как приемной семьи, возможна опережающая привязанность (уже на этот момент дети могут говорить «мама и папа»), могут быть теплые отношения);

- 2) этап регресса, замкнутости ребенка, разочарования друг в друге. Проверка требований, норм и границ. Привыкание к условиям;

- 3) этап привыкания, медленного восстановления. Признание проблем и принятие детьми и родителями реальных образов друг друга, совладание с чувствами от нереализации радужных мечтаний, выработка требований и правил, границ взаимодействия, выстраивание стабильной структуры семьи, формирование реальной привязанности (Красницкая, 2011).

Наиболее частые трудности, возникающие в период адаптации:

- 1) сложности в установлении новой привязанности в связи с опытом депривации ребенка и потерей в прошлом объекта привязанности;
- 2) конфликт лояльности к приемным, кровным родителям и другим значимым фигурам;
- 3) кризис идентичности и принадлежности у всех членов семьи;
- 4) отказ приемных родителей воспринимать себя не как единственных родителей ребенка;
- 5) сложные жизненные ситуации, оказывающие влияние на семью в период адаптации.

Факторами, усложняющими адаптацию, могут выступать:

- перинатальные трудности и родовые травмы детей;
- предшествующий опыт ребенка;
- предшествующий опыт семьи;
- неподготовленность семьи к приему ребенка;
- сложности с рефлексией ожиданий и мотивации;
- сложности формирования устойчивых, доверительных отношений у родителей с приемным ребенком;
- сложности считывания потребностей ребенка, особенно если родители не имеют собственного опыта родительства;
- особенности отношения приемной матери к ребенку. Выделяют мотивационный, эмоциональный, когнитивный, поведенческий компоненты отношения приемной матери к ребенку (Зобков, 2011; Щербина, 2016]). По мнению исследователей, отношение приемной матери к ребенку представляется как взаимосвязь деятельности по воспитанию приемного ребенка и преобладающих особенностей личности приемной матери. Стиль общения замещающей матери с ребенком также является важнейшим предиктором дальнейшего благополучия ребенка, его социальной успешности, адаптивности во взаимодействии с внешним миром.

При изучении специфики родительских установок приемных родителей в работе А.В. Мартыненко (Мартыненко, 2007) было выявлено, что приемные матери проявляют меньшую эмоциональность по отношению к приемному ребенку по сравнению с биологическими родителями. Замещающие родители имеют склонность к гиперопеке, в то время как для матерей, воспитывающих родных детей, характерно выраженное поощрение их независимости от родителей.

Исследователи говорят о *необходимости формирования компетенций замещающего родителя*. Созданы специальные программы, помогающие разрабатывать и реализовывать эти компетенции (например Школы осознанного родительства и пр.), а также предпринимаются попытки оценки их эффективности.

А.В. Махнач описывает такие важные пункты программ, как информирование будущих родителей о психологии детей-сирот, сложностях адаптации, правовой грамотности, особенностях семейного взаимодействия. Также значимым является сопровождение семей в период адаптации, а не только подготовка (например ежегодные тренинги для приемных родителей и пр.) (Махнач, 2012; 2018).

Авторы отмечают, что большинство программ построено на модели дефицитарности и дефекта (т.е. с точки зрения неблагополучия) и в рамках программ делается попытка выявить некоторые негативные симптомы/синдромы для дальнейшего вмешательства.

Однако больший интерес представляет холистическая модель выздоровления, где выздоровление рассматривается как процесс, «который усиливается надеждой, пониманием себя, поддерживающими отношениями, включением в социум, развитием совладающих механизмов, появлением смысла жизни, жизнеспособностью человека» (Махнач, 2018, с.127).

Важно делать акценты при подготовке замещающих семей:

1) на определение сильных, ресурсных сторон замещающей семьи как системы;

2) на обучение кандидатов использованию этих ресурсов в ходе воспитания приемного ребенка, при взаимодействии в семье со всеми ее членами и с внешними социальными ресурсами;

3) умение формировать новые ресурсы в условиях трансформации структуры семьи и сложившихся ранее отношений в ней (Махнач 2018).

Кроме того, важным представляется сформированность у матери внутренней позиции родителя, позитивное восприятие приемного ребенка и желание освоить новую социальную роль. В.Н. Ослон пишет, что «...по сравнению с биологическими у замещающих матерей ограничены возможности в получении достаточного уровня положительных эмоций во взаимодействии с ребенком. Ко многим сигналам, идущим от ребенка, они проявляют "психологическую глухоту" (Ослон, 2010, с. 151).

Залогом успешного освоения роли замещающего родителя являются такие личностные характеристики, как самопринятие, терпимость, гибкость, уверенность в себе (Махнач, 2018). Высокий уровень эмоциональной чувствительности к приемному ребенку со стороны замещающего родителя будет благоприятно сказываться на дальнейшем развитии способности ребенка различать собственные эмоции, что, в свою очередь, в будущем отразится на его умении выстраивать взаимоотношения с внешним миром.

Вероятно, развитие копинг-стилей приемных родителей также может способствовать формированию надежной привязанности (Григорова, 2016).

Для развития устойчивой привязанности у приемного ребенка в новой замещающей семье необходимо обучить замещающего родителя чувствовать и отзываться на значимые сигналы ребенка. Как указано в работах И.Н. Галасюк и Т.В. Шининой, каждый ребенок сигнализирует взрослому о своих потребностях, однако часто эти сигналы «не считываются» родителем (Галасюк, Шинина, 2018). Это крайне актуально в ситуации замещающего родительства, особенно на ранних этапах адаптации, в силу отсутствия у замещающих родителей навыков взаимодействия с ребенком с учетом его поведенческих и эмоциональных особенностей, предыдущего травматического опыта.

Сензитивность является компонентом родительской отзывчивости, фундаментом эффективной коммуникации при взаимодействии родителя с ребенком (Галасюк, Шинина, 2018). Родительская отзывчивость, по определению автора, – это реакция на любые действия ребенка, которая характеризуется рядом признаков: безотлагательностью, соответствием ситуации, непосредственностью, поддержкой активности ребенка и его заинтересованности, позитивными эмоциями и реакциями. Такие характеристики поведения присущи «достаточно хорошему родителю», который имеет право на ошибки и должен совершать ошибки, но одновременно он умеет сфокусироваться на внутреннем мире ребенка и почувствовать его.

И.Н. Галасюк указывает, что развитие родительской отзывчивости прежде всего происходит во время спонтанной игры с ребенком, когда оба участника игры получают удовольствие от совместной деятельности, от самого процесса (Галасюк, 2015). Как правило, замещающие родители не обладают родительской сензитивностью, способностью «чувствовать» ребенка на интуитивном уровне, как это делают биологические родители. В этой связи представляется важным акцентировать внимание на необходимости развивать эту характеристику у замещающих родителей.

Таким образом, в замещающей семье специфика взаимодействия между родителем и ребенком обусловлена рядом факторов, возникающих вследствие определенного психологического состояния ребенка, столкнувшегося на ранних этапах развития с травматическим опытом отвержения и психологическими характеристиками замещающих родителей, среди которых особое место занимает отсутствие интуитивной способности «чувствовать» ребенка, проявлять сензитивность к его потребностям.

Основными направлениями психологической помощи замещающим семьям могут стать:

- 1) формирование паттернов привязанности, восстановление доверительного взаимодействия;
- 2) формирование коммуникативных навыков взаимодействия;
- 3) «переписывание истории»: закрепление и развитие позитивного опыта детско-родительского взаимодействия, формирование совместных перспектив;
- 4) системная терапия всех членов семьи.

Для развития навыка сензитивности родителя Галасюк И.Н. с соавт. предложили следующую схему работы анализа взаимодействия родителя и ребенка.

1. Родитель получает информацию о разработанной психологами «Библиотечке маркеров родительской отзывчивости» (видеозаписи определенных паттернов поведения), знакомится с содержанием шкалы «Родительская отзывчивость» и шкалы «Коммуникативные сигналы ребенка». В результате у родителя появляется список характеристик поведения ребенка, его потребностей согласно актуальному этапу его развития. Правильное понимание возможностей и потенциала ребенка в соответствии с его возрастом дает почву для развития полноценной личности ребенка.

2. Психолог наблюдает за взаимодействием ребенка и родителя и дает обратную связь родителю, анализируя желательное и нежелательное поведение ребенка, ожидания родителя в отношении ребенка, выстроенную систему поощрения и наказания в семье. Психолог помогает найти сильные, ресурсные паттерны поведения родителя. Замещающий родитель отмечает, какое собственное поведение он хотел бы изменить или улучшить, определяет для себя точки роста, позволяющие ему прийти к осознанию более зрелой родительской позиции.

3. Родителю рекомендуется, используя предложенные психологом инструкции, научаясь описывать действия ребенка в игровой ситуации, отражать действия ребенка, хвалить его, поддерживать эмоциональный контакт, давая возможность ребенку проявить инициативу. При этом родитель информируется о необходимости не давать указаний во время игры, не критиковать ребенка. Развитие коммуникативной компетентности родителя, обучение его быть внимательным к активности ребенка через невербальные и вербальные реакции в соответствии с возрастом ребенка способствуют развитию более полноценной личности. Повышение количества и качества вербальных реакций родителя на коммуникативные сигналы ребенка будет способствовать увеличению используемых средств общения и степени выраженности эмоциональных переживаний, инициативы и исследовательской деятельности ребенка.

4. В работе с родителями можно использовать методики системной семейной терапии, анализируя установившуюся систему коммуникации в семье, паттерны взаимодействия, границы и правила, информируя родителя об оптимальной модели поощрения и наказания, об особенностях адаптации приемных детей, нормах развития ребенка и нормализации происходящих в семье процессов, улучшая динамику взаимоотношений, снижая уровень тревожности в связи с некомпетентностью родителя и помогая снизить напряжение в семье.

5. Оценка результативности терапевтической работы. Для объективации результатов можно использовать компьютерные программы кодирования и анализа поведения. Степень включенности во взаимодействие с ребенком замещающего родителя в процессе терапии необходимо корректировать в зависимости от запроса родителя и коммуникативных сигналов ребенка.

Это позволяет сформулировать практические рекомендации для диады «замещающий родитель - ребенок», что дает возможность развить сензитивность родителя к коммуникативным сигналам ребенка (Галасюк, 2016).

Ослон В.Н. выделяет 3 уровня сопровождения замещающей семьи:

1) базовый, или общий; 2) кризисный; 3) экстренный.

Субъектами сопровождения на базовом уровне являются замещающие семьи следующих категорий: семьи, недавно окончившие курс подготовки в Школе приемных родителей; семьи, самостоятельно справляющиеся со своими проблемами; семьи, недавно пережившие «кризисный случай».

Субъектами сопровождения на кризисном уровне являются семьи: находящиеся в ситуации затяжного конфликта, с которым не могут справиться самостоятельно; с приемным ребенком (детьми) с особыми потребностями (дети с ОВЗ, дети-инвалиды); с сиблингами (на этапе интеграции в семью); на этапе возрастных кризисов ребенка; в ситуации нормативного для становления и развития замещающей семьи кризиса; после экстренного уровня сопровождения.

Семьи включаются в систему экстренного сопровождения по направлению уполномоченного органа в сфере опеки, попечительства. Основной субъект сопровождения – семья на грани отказа от воспитания приемного ребенка (Ослон, 2015).

Список литературы

1. Аммон, Г.В. Динамическая психиатрия / Г.В. Аммон. — М.: Изд. Психоневрологического инст. им. В.М. Бехтерева, 1995. - 320 с.

2. Бандура, А. Теория социального научения ЕВРАЗИЯ. /А. Бандура. – СПб, 2000.
3. Бардышевская, М.К. Анализ симбиотической привязанности у ребенка с тотальным мутизмом / М.К. Бардышевская. – Консультативная психология и психотерапия. – 2007. – № 1.
4. Галасюк, И.Н. Семейная психология: методика «Оценка детско-родительского взаимодействия»: практ. пособие / И. Н. Галасюк, Т. В. Шинина, – 2-е изд. – М.: Юрайт, 2018. – 223 с.
5. Галасюк, И.Н. Сравнительный анализ личностных особенностей биологических и замещающих родителей ребенка с нарушениями интеллектуального развития / И.Н. Галасюк // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2015. – № 2. – С. 41-48.
6. Галасюк, И.Н. Куратор семьи особого ребенка: практический инструментарий: научно-практическое пособие / И.Н. Галасюк, Т.В. Шинина. – М.: Перспектива, 2016. – 260 с.
7. Григорова, Т.П. Особенности отношений привязанности между детьми и родителями в замещающих семьях и их совладающее поведение / Т.П. Григорова, Т.Л. Крюкова // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2016. – № 3. – С. 121–127.
8. Зобков, В.А. Психология отношения человека к деятельности: теория и практика :практика: монография / В.А. Зобков. – Владимир: ВлГУ, 2011. – 263 с.
9. Козловская, Г.В. Нарушения психического развития у детей сирот / Г.В. Козловская, М.Е. Проселкова // Журнал невропатологии и психиатрии С.С. Корсакова. – 1995. – №5. – С. 52-56.
10. Красницкая, Г.С. Адаптация ребенка в новой семье / Г.С. Красницкая; Школа приемных родителей. – М. Феникс, 2011.
11. Лисина, М.И. Психическое развитие воспитанников детского дома / М.И. Лисина, И.В. Дубровина. – М., 1990.
12. Малер, М.С. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация: пер. с англ./ М.С. Малер, А.М. Бергман, Ф. Пайн. – М.: Когито-центр, 2014. – 412 с.
13. Мартыненко, А.В. Теория и практика медико-социальной работы: работы: учеб. пособие / А. В. Мартыненко. – М.: Гардарики, 2007. – 159 с.
14. Махнач, А.В. Компоненты и признаки новой социономической профессии «приемный родитель» / А.В. Махнач, А.А. Алдашева // Психологические проблемы современного российского общества / отв. ред. А. Л. Журавлев, Е. А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. – С. 457–479.

15. Махнач, А.В. Жизнеспособность замещающей семьи: профилактика отказов от приемных детей / А.В. Махнач, А.И. Лактионова, Ю.В. Постылякова, Т.Ю. Лотарева. – М.: Ин-т психологии РАН, 2018. – 221 с.
16. Ослон, В.Н. Организационная модель психосоциального сопровождения / В.Н. Ослон // Психологическая наука и образование. 2015. – Т. 7. – № 2. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.psyedu.ru/journal/2015/2/Oslon.phtml> (дата обращения: 25.04.2018).
17. Ослон, В.Н. Психологическое сопровождение семьи с приемным ребенком: концепция, инновационные технологии / В.Н. Ослон // Психологическая наука и образование. – 2010. – № 5. – с. 148-156. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.psyedu.ru>
18. Прихожан, А. М. Психология сиротства / А.М. Прихожан. СПб.: Питер, 2005.
19. Прихожан, А.М., Н.Н. Дети без семьи: (Детский дом: заботы и тревоги общества) / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. – М.: Педагогика, –1990.
20. Шпиц, Р.А. Психоанализ раннего детского возраста / Р.А. Шпиц. – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. — 159 с.
21. Щербина, С.М. Особенности отношения приемной матери к ребенку, определяющие успешность его воспитания в замещающей семье / С.М. Щербина // Человек. Сообщество. Управление. – 2016, – Том 17. – №2. – с. 41 – 54.
22. Эриксон, Э. Детство и общество / Э. Эриксон. – СПб.: Речь, 2000.
23. Bowlby J. (1973). Attachment and Loss. Vol 2: Separation. Anxiety and Anger. Basic Books, New York.
24. Brazelton T.B. (1984). Precursors for the development of emotions in early infancy. In: Plutchik R., Kellerman H. (eds). Emotion, Theory, Research and Experience. Academic Press, New York.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

ОЦЕНКА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

3.1. Особенности оценки детско-родительского взаимодействия

Детско-родительское взаимодействие (ДРВ) рассматривается как средовой фактор риска или, наоборот, предупреждение развития осложнений при ряде условий, способных впоследствии повлиять на формирование сенсомоторных и когнитивных функций, основы которых закладываются в период младенчества (например недоношенность).

ДРВ в наиболее широком смысле означает процесс организации совместной деятельности между ребенком и родителем (Андреева, 2007) и является точно определяемым поведением или набором поведений, которые можно наблюдать и измерять (Мухамедрахимов, 2001).

Крайне значимой становится оценка особенностей ДРВ.

Оценка ДРВ используется в психологической практике и научно-исследовательских целях:

- для изучения влияния средовых факторов на психическое (Глозман, 2012; McDonald, 2016; Misund, 2015; Weijer-Bergsma, 2016), сенсомоторное (Венгер, 1988), когнитивное развитие (Корниенко, 2011) и даже психосоматическое здоровье ребенка (Симоненко, 2014);

- выявления периодов развития, когда происходят наиболее значительные атипичные сдвиги в становлении когнитивных функций у детей с рисками нейрокогнитивного развития, для уточнения сроков сенситивных периодов становления расстройств;

- сравнения специфики становления когнитивных и сенсомоторных функций у типично развивающихся младенцев и младенцев с нейрокогнитивными рисками в зависимости от социально-эмоционального окружения с целью выявления ранних особенностей взаимодействия, предвосхищающих возникновение психических и поведенческих нарушений;

- ранней диагностики (Beatty, 2011) и коррекции ДРВ (Child Welfare..., 2013; Green, 2017), что позволяет как снизить поведенческие проблемы ребенка (например агрессивное поведение), так и уменьшить стресс родителя, наладить внутрисемейное взаимодействие (Калина, 2014).

Безусловно, взаимодействие каждого родителя с ребенком уникально, однако существуют и определенные общие закономерности, выявление которых может помочь психологу сориентироваться в специфике этого взаимодействия, особенно на начальном этапе консультирования. Психодиагностический инструментарий обследования детско-родительского взаимодействия не обладает высокой валидностью, но помогает выдвигать первичные гипотезы. Кроме того, процедура обследования

сама по себе уже является началом коррекционной работы, так как стимулирует рефлексию родителей, определенным образом структурирует их представления, мысли, чувства по отношению к ребенку.

Одним из наиболее распространенных способов оценки является использование соответствующих шкал. Однако их многообразие зачастую осложняет выбор для специалистов. Наиболее часто изучают следующие характеристики взаимодействия взрослого и ребенка:

- синхронность (Synchrony) – согласованность движений, действий и других показателей во времени; подстройка взрослого под внимание ребенка;

- родительская чувствительность (Parental Sensitivity) – способность родителей воспринять и точно интерпретировать сигналы привязанности детей и быть в состоянии ответить оперативно и адекватно на эти сигналы;

- отзывчивость – близкое по качеству к чувствительности. Наличие родительской отзывчивости в поведении родителя – это характеристика, присущая «достаточно хорошему родителю» (Д.В. Винникот), который может и должен делать ошибки, но в то же время чувствует своего ребенка и способен настроиться на его внутренний мир;

- привязанность (Attachment) – готовность новорожденного к социальному обмену и установлению аффективной связи с матерью, а также отношение матери к ребенку;

- коммуникация (Communication) – невербальная коммуникация в трех сферах: совместное внимание (Joint attention), инструментальное и ситуативное взаимодействие; инициативное и ответное поведение;

- особенности речевой коммуникации: команды, вопросы, предупреждения, похвалы, поддержка и пр.; поддерживающая речь взрослого (supportive language);

- особенности игрового поведения: выбор игрушек, продолжительность игры, инициация или прерывание игры;

- реакция ребенка на родителя: вербальная, моторная, эмоциональная.

И.М. Марковская (Марковская, 2006) подразделяет методы диагностики детско-родительских отношений и взаимодействия на четыре группы.

1. Беседы, интервью. При проведении беседы можно использовать вспомогательные методы: метод «Линия жизни»; тест «Семейная социограмма» Э.Г. Эйдемиллер; сочинения родителей на темы: «Мой ребенок», «Мои дети», «Что мне нравится в моем ребенке, а что не нравится», «Я как родитель», «Моя семья», «Мой муж как родитель», «Что бы я хотел изменить в своем ребенке»; методика «Генограмма» М. Боуэна (Смирнова, 2005).

2. Проективные методики. Например, цветовой тест отношений (А.М. Эткин).

3. Опросники, которые можно разделить:

3.1. на опросники *поведения*, когда родитель описывает поведение ребенка и/или свое, например социально-эмоциональный опросник Бэйли (Bailey-III Clinical use..., 2010), Шкала Parent-Infant Caregiving Touch Scale (Koukounari, 2015). Одним из *опросников* для скрининга детского поведения является «Список типов поведения ребенка» (ECBI), разработанный Шейлой Эйберг (Eyberg, et al., 1988) (приложение 1). Он представляет собой опросник, основанный на родительской оценке и предназначенный для диагностики поведенческих проблем у детей от 2 лет. Оценка интенсивности и наличия проблемы проводится для 36 видов поведения. Родители оценивают частоту проявления каждой особенности и отмечают, является ли она для них проблемой. Таким образом, опросник содержит две шкалы: «интенсивность» и «проблемность». Считается, что у ребенка проблемы с поведением, если он набирает больше 127 по шкале интенсивности и/или 11 по шкале «проблемности». Кроме того, опросник позволяет идентифицировать неадекватные требования/ожидания родителей. Если 20 поведений из 36 – проблема, а при этом частота проявлений в пределах нормы для этого возраста, имеются основания предполагать, что родитель недостаточно терпим;

3.2. опросники *отношения*, когда родитель описывает отношение к ребенку и его поведению, например Методика анализа семейного воспитания «Опросник АСВ» Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис (Глозман, 2012), Шкала материнской послеродовой привязанности (Condon, 2015), Оценка привязанности матери к ребенку (Верещагина, 2009). Также распространено использование «Опросника родительского отношения (ОРО)» (А.Я. Варга, В.В. Столин). В его основе лежит динамическая двухфакторная модель родительского отношения, предложенная E.S. Schaefer, R.A. Bell. Основные факторы данной модели – эмоциональный (любовь – ненависть или принятие – непринятие) и поведенческий (автономия – контроль). В настоящее время создана модификация опросника (Варга, 1988; Галасюк, Митина, 2017; Смирнова, 2005) (приложение 2).

4. Наблюдение реального поведения и взаимоотношений. Эти методы позволяют изучать актуальные отношения и взаимодействие между родителями и детьми, их историю, представления о них детей и родителей, отношения, объективно наблюдаемые психологом. а также шкалы для экспертной оценки, заполняемые в ходе наблюдения за поведением родителя и ребенка (например Мангеймская шкала, «Оценка Соци-

ального взаимодействия» (Social interaction rating Scale, SIRS), шкала Manchester Assessment of Caregiver-Infant (MACI), шкалы, разработанные в онтогенетической школе Лисиной и др.).

Для изучения представлений детей 3 лет об отношениях и взаимодействии с родителями можно использовать: рисуночные методики «Моя семья», «Кинетический рисунок семьи», «Семья в образах животных»; проективная методика «Два домика» (И. Вандвик, П. Экблат).

Более объемную и объективную информацию об особенностях детско-родительского взаимодействия может дать непосредственное наблюдение за процессом общением родителей и детей, за их поведенческими реакциями «здесь и сейчас». Это может быть стихийное взаимодействие во время консультации или специально организованная совместная деятельность. Выбор вида совместной деятельности зависит от возраста ребенка, желания и согласия участников на эту форму работы, от предпочтений психолога. Деятельность должна быть доступна и ребенку, и родителю. И.М. Марковская (Марковская, 2006) считает, что для детей 3 лет и их родителей можно предложить следующие темы рисунка: «Наш дом», «Дом», «Праздник». Объемную информацию дает построение совместной картины на заданную тему в песочнице с игрушками, совместное сочинение сказки.

Помимо наблюдения, информацию дает и анализ продуктов такой деятельности.

Результаты всех вышеперечисленных методик могут лечь в основу первичных гипотез, которые затем будут проверяться, уточняться, приниматься или отвергаться.

Зачастую при оценке детско-родительского взаимодействия может возникнуть необходимость оценить нервно-психическое развитие ребенка. Для **оценки нервно-психического развития детей первого года жизни** разработаны зарубежные и отечественные диагностические шкалы: тест Патюхиной Г.В., Э.Л. Фрухт; шкалы И.М. Воронцова, О.В. Баженовой, Д.И. Зелинской с соавт.; «Денверская», «Мюнхенская» шкалы, «Гном»; Гриффитс; тест Бейли; KID-шкала. Этими шкалами, как правило, пользуются либо в исследовательских целях, либо диагностических специалисты в профильных учреждениях. В России родители опираются на результаты периодических осмотров, консультации специалистов, информацию через просветительские мероприятия, а также на свои субъективные представления о норме и отклонении».

Кроме того, необходимо отдельно отметить существующие методики для диагностики семей, воспитывающих детей из особых групп: дети с ограниченными возможностями здоровья, приемные дети и др.

Так, например, для родителей, воспитывающих **приемных детей** разработано *структурированное интервью с приемным родителем* (приложение 3). Данная методика исследования направлена на изучение особенностей взаимодействия семьи (Морозова, 2005; Гринберг, 2007).

Интервью включает 9 блоков вопросов, касающихся взаимодействия членов семьи: состав семьи, семейная история, мотивы принятия ребенка, отношение каждого члена семьи к идее принятия ребенка, особенности взаимоотношений в семье, длительность нахождения в семье, особенности адаптации ребенка к семейной среде, характеристики поведения ребенка, формирование образа «идеального» кровного и «идеального» приемного ребенка.

Методики диагностики семей, воспитывающих **детей с ограниченными возможностями здоровья**, фокусируются в основном на проблемах и возможностях адаптации таких детей («Анкета для определения эмоционально-поведенческих особенностей», Л.М. Шипицина; опросник «Шкала навыков, необходимых для социальной адаптации», адаптация методики D. Norris and P. Williams, Л.М. Шипицина и др.), оставляя за рамками поведенческие проявления родителей, эмоциональные и когнитивные аспекты родительского отношения.

Используемые на сегодняшний день инструменты для диагностики родительского отношения, стиля воспитания в семье с особым ребенком обладают недостаточной способностью к дифференциации, фокусируясь на качественной информации («История жизни с проблемным ребенком», В.В. Ткачева; «Психологическая автобиография», Л.М. Шипицина; социограмма «Моя семья», В.В. Ткачева; Методика «Незаконченные предложения» для исследования особенностей воспитания в семье ребенка с нарушениями психического развития Сабер Мухамед Убад Али и др.). В связи с этим в последние годы появляются новые методики, например опросник «Родительская позиция в семье с особым ребенком» (Галасюк, Митина, 2017) (приложение 4).

Вероятно, первой методикой на русском языке, диагностирующей специфические личностные характеристики родителя особого ребенка, стала методика «Психологический тип родителя» (Ткачева, Левченко, 2008). Данный инструмент, однако, концентрируется на устойчивых личностных особенностях родителей, но не на их когнитивных установках и поведенческих проявлениях. Отдельным аспектам родительского поведения в отношении особого ребенка посвящены методики «Определение воспитательных умений у родителей детей с отклонениями в развитии» и «Диагностика отношения к болезни ребенка» (Шац, 2010).

Авторы исследований родительского отношения в семьях с особыми детьми прибегают к различным описательным признакам, раскрывающим его специфику. В поведении родителей, как отмечает О.Б. Чарова, были выявлены следующие характеристики: «Матери детей с интеллектуальным дефектом склонны эмоционально отвергать своего ребенка, реализуют негативную воспитательную практику» (Чарова, 2003, с. 5). Указано на ярко выраженную противоречивость отношения родителя к особому ребенку. С одной стороны, родители отвергают его, с другой – устанавливают симбиотические отношения, стремясь обеспечить ребенку безопасность. Часто реакцией матери является жалость к нему, стремление опекать, контролировать. В то же время у матерей проявляется раздражение, желание наказать ребенка, игнорировать его интересы в силу их примитивности (Чарова, 1999). Подобные описательные признаки явно свидетельствуют о нарушении взаимодействия родителя с ребенком. Наблюдение и беседы с родителями позволили ученым сделать вывод, что матери, воспитывающие особого ребенка, достаточно часто характеризуют его как несамостоятельного, упрямого, больного, грустного и пассивного. Констатируется, что степень нарушения материнского отношения зависит от тяжести патологии ребенка: матери детей с интеллектуальным дефектом характеризуются более негативными установками по отношению к детям, нежели матери, имеющие детей с нарушениями слуха (Чарова, 2003).

Специальные исследования, как отмечают Е.М. Мастюкова и А.Г. Московкина, показали низкую готовность родителей к взаимодействию с ребенком с отклонениями в развитии, их высокую озабоченность нарушениями поведения, речи и динамики психических процессов (Мастюкова, 2003, с. 178). Между тем А. Я. Варга, проводившая исследование у лиц, испытывающих трудности в воспитании детей, обращает внимание на связь качества взаимоотношений родителя с ребенком и родительского отношения. Подчеркивается, что существует две группы причин, по которым взаимоотношения между родителем и ребенком могут быть нарушены: «первые касаются в основном ребенка, его психологических особенностей и поведения в семье; вторые относятся прежде всего к родителям, к их поведению, манере обращения и воспитания ребенка» (Варга, 1986, с. 4). А.Я. Варга указывает на необходимость анализа нарушений родительского отношения, подлежащих психологической коррекции.

Список литературы

1. Андреева, Г.М. Социальная психология: учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2007. – 363 с.
2. Варга, А.Я. Структура и типы родительского отношения: дис. ... канд. психол. наук / А.Я. Варга. – М., 1986.
3. Варга, А.Я. Тест-опросник родительского отношения / А.Я. Варга, В.В. Столин // Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы. – М., 1988.
4. Верещагина, Н.В. Тест-опросник, оценивающий отношение матери к ребенку первых двух лет жизни / Н.В. Верещагина, Е.И. Николаева // Вопросы психологии. – 2009. – № 4. – С. 151–151.
5. Воспитание сенсорной культуры ребенка от рождения до 6 лет: кн. для воспитателя дет. сада / Л.А. Венгер, Э.Г. Пилюгина, Н.Б. Венгер; под ред. Л.А. Венгера. – М.: Просвещение, 1988. – 144 с.
6. Галасюк, И.Н. Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка / И.Н. Галасюк, О.В. Митина // Клиническая и специальная психология. – 2017. – Том 6. – № 2. – С. 109–129. [Электронный ресурс] doi:10.17759/cpse.2017060209
7. Глозман, Ж.М. Детско-родительское отношение как фактор личностного и социального благополучия ребенка / Ж.М. Глозман, Л.М. Винникова // Психолог в детском саду. – 2012. – №2. – С. 52–57.
8. Гринберг, С.Н. Приемная семья: психологическое сопровождение и тренинги / С.Н. Гринберг, Е. В. Савельева, Н. В. Вараева, М. Ю. Лобанова. – СПб.: Речь, 2007.
9. Интегральная индивидуальность и конфигурация семьи: монография / Д.С. Корниенко, Л.Л. Баландина, Т.М. Харламова. – Пермь: Перм. гос. пед. ун-т, 2011. – 222 с.
10. Калина, О.Г. Психоаналитическое наблюдение за младенцами по методу Эстер Бик: современные цели и перспективы / О.Г. Калина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 2. – С. 213–231.
11. Марковская, И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми / И.М. Марковская. – СПб. : Речь, 2006.
12. Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.М. Мастюкова, А. Г. Московкина; под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003.
13. Морозова, Е.И. Проблемные дети и дети-сироты. Советы воспитателям и опекунам / Е.И. Морозова. – М.: НЦ ЭНАС, 2005.

14. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2001. – 288 с.
15. Симоненко, И.А. Привязанность и ее влияние на здоровье и развитие ребенка. Психотерапия привязанности в детском возрасте / И.А. Симоненко. – Курск: ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2014. – 242 с.
16. Смирнова, Е.О. Методика диагностики структуры родительского отношения и его динамики в онтогенезе ребенка / Е.О. Смирнова, М.В. Соколова // Психологическая наука и образование. – 2005. – № 4.
17. Ткачева, В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие / В.В. Ткачева, И.Ю. Левченко. – М.: Просвещение, 2008.
18. Чарова, О.Б. Особенности материнского отношения к детям с нарушением интеллекта: дис. ... канд. психол. наук / О.Б. Чарова. – Орел, 2003.
19. Чарова, О.Б. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием / О.Б. Чарова, Е.А. Савина // Дефектология. – 1999. – № 5. – С. 34–39.
20. Шац, И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка / И.К. Шац. – СПб.: Речь, 2010.
21. Bayley-III Clinical use and interpretation / L.G.Weiss, T.Oakland, G.Aylward. Elsevier Inc. 2010. 240 p.
22. Beatty J.R., Stacks A.M., Partridge T., Tzilos G. K., Loree A., Ondersma S.J. LoTTS parent–infant interaction coding scale: Ease of use and reliability in a sample of high-risk mothers and their infants // Children and Youth Services Review. 2011. Vol. 33. P. 86–90.
23. Child Welfare Information Gateway. Parent-child interaction therapy with at-risk families. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children’s Bureau. 2013. 13 p. <https://www.childwelfare.gov/pubs/f-interactbulletin/>
24. Condon J. Maternal Postnatal Attachment Scale [Measurement instrument]. 2015. 7 p. <http://hdl.handle.net/2328/35291> doi: 10.1080/02646839808404558
25. Eyberg S.M. Parent-child Interaction Therapy: Integration of Traditional and Behavioral Concerns // Child & Family Behavior Therapy. 1988. Vol. 10. № 1. P. 33–46. doi:10.1300/J019v10n01_04
26. Green J., Pickles A., Pasco G., Bedford R., Wan M.W., Elsabbagh M., Slonims V., Gliga T., Jones E.J.H., Cheung C.H.M., Charman T., Johnson M.H et al. Randomised trial of a parent-mediated intervention for infants at high risk for autism: longitudinal outcomes to age 3 years // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2017. P. 1–11. doi:10.1111/jcpp.12728

27. Koukounari A, Pickles A, Hill J., Sharp H. Psychometric Properties of the Parent-Infant Caregiving Touch Scale // *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01887
28. McDonald Sh., Kehler H., Bayrampour H., Fraser-Lee N., Tough S. Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort // *Research in Developmental Disabilities*. 2016. Vol. 58 P. 20–30.
29. Misund A.R., Bråten S., Nerdrum P., Pripp A.H., Diseth T.H. A Norwegian prospective study of preterm mother–infant interactions at 6 and 18 months and the impact of maternal mental health problems, pregnancy and birth complications. *BMJ Open*. 2015. Vol. 6. doi:10.1136/bmjopen-2015-009699
30. Weijer-Bergsma E., Wijnroks L., Haastert I.C., Boom J., Jongmans M.J. Does the development of executive functioning in infants born preterm benefit from maternal directiveness? // *Early Human Development*. 2016. Vol. 103. P. 155–160.

3.2. Шкалы оценки раннего детско-родительского взаимодействия

Шкалы оценки в зависимости от цели исследования отличаются друг от друга как по набору характеристик рассматриваемого поведения, так и по организации самой процедуры наблюдения (Лисина, 2009; Aspland, 2003).

В России одним из наиболее разработанных и глубоких методов стандартизированного наблюдения общения и взаимодействия взрослого с ребенком является подход, созданный в школе онтогенеза общения М.И. Лисиной (Смирнова, 2002; Лисина, 2009; Лисина, 1986), который в отличие от активно используемых в настоящее время зарубежных процедур исследования ДРВ с помощью видеозаписей и шкал наблюдения стандартизирован на российской выборке испытуемых.

Наиболее интересными и часто встречающимися методиками оценки ДРВ являются:

1) диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет (Смирнова, 2002). В рамках данного подхода предметом психологической диагностики является уровень развития общения и ведущей деятельности у ребенка от рождения до 3 лет.

Процедура: включает диагностику формы общения ребенка со взрослым и оценку развития предметной или предметно-манипулятивной деятельности, в которой выявляются характеристика действий ребенка, уровень его познавательной активности и включенность в общение со взрослым. Наблюдение за поведением ребенка осуществляется в специально смоделированных ситуациях: «Пассивный взрослый», «Ситуативно-личностное общение», «Ситуативно-деловое общение».

Оценка результатов: проводится с использованием шкалы регистрации параметров общения и познавательной активности ребенка и протоколов для фиксации полученных данных. Составляется заключение об уровне развития общения и познавательной активности ребенка.

При определении уровня развития ситуативно-личностного и ситуативно-делового общения используются следующие его параметры: инициативность ребенка в общении, чувствительность ребенка к воздействиям взрослого и средства общения;

2) оценка психологического взаимодействия родителя и ребенка PCERA (The Parent – Child Early Relational Assessment).

Процедура: в начале обследования мать кормит ребенка, затем вовлекает его в структурированную игру, выбранную в соответствии с возрастом и способностями малыша; далее организует свободную игру, во время которой, согласно инструкции, играет с ребенком на ковре,

используя набор игрушек. Длительность каждого этапа составляет 5 минут (Аринцина, 2010; Misund, 2015; Tryphonopoulos, 2016; Weber, 2017).

Оценка результатов: взаимодействие оценивается с помощью пятибалльной системы оценки по 65 шкалам: 29 из которых описывают характеристики матери, 28 – характеристики ребенка и 8 – характеристики взаимодействия в диаде (Аринцина, 2010).

3) оценка детско-родительского взаимодействия NCAST (The Nursing Child Assessment Satellite Training).

Процедура: методика состоит из оценки характеристик поведения как родителя, так и ребенка в двух ситуациях общения: кормления (поскольку взаимодействие при кормлении в первые месяцы жизни ребенка представляет собой существенную долю в общении родителя и ребенка) и обучения (после восьми месяцев более важным становится обучение конкретным навыкам).

Акцент делается на «адаптации» и «синхронности», которые, в свою очередь, разбиваются на более конкретные наблюдаемые и измеряемые категории поведения. Важными характеристиками адаптивного поведения у родителей выступают: 1) чувствительность к сигналам, поступающим от ребенка; 2) способность снимать беспокойство ребенка; 3) стимулирование социально-эмоционального развития ребенка; 4) стимулирование когнитивного развития (Thomas, 2017; Tryphonopoulos, 2016; White-Traut, 2013). У детей первичными характеристиками адаптивного поведения являются: способность подавать четкие и ясные сигналы ухаживающему за ним взрослому и способность проявлять реакцию на действия или слова взрослого.

Для оценки шкалы обучения родителю предъявляют карточку с видами активности ребенка, с помощью которой он может выбрать вид деятельности для обучения в ходе данного обследования, который ребенок еще не может совершить (виды деятельности расположены в порядке появления их у детей в процессе развития).

Предполагается количественная оценка результатов, в ходе которой отмечается наличие или отсутствие конкретного вида поведения.

Для повышения достоверности результатов оценки разработан трехступенчатый процесс подготовки наблюдателей;

4) оценка эмоций на лицах ребенка и матери (The Infant Affect Manual).

Процедура: анализируется взаимодействие ребенка и матери в пяти эпизодах: свободная игра, первое разлучение, первое воссоединение, второе разлучение, второе воссоединение. Длительность каждого эпизода – 3 минуты, которые делятся на интервалы в 30 секунд (техника поинтервального изучения видеоматериалов).

Оценка результатов: в каждом интервале по шкале от 1 до 5 оценивается 8 эмоций: 4 позитивных (радость, интерес, радостное возбуждение, удивление) и 4 негативных (горе, печаль, гнев, страх). Далее выбирается значение максимальной интенсивности эмоции в течение всего эпизода. Для ребенка и матери рассчитывается позитивный (сумма интенсивностей всех позитивных эмоций) и негативный (сумма интенсивностей всех негативных эмоций) эмоциональный тон, а также количество выраженных на лице эмоций. Дополнительно фиксируется дезадаптивное поведение (сумма оцененных по пятибалльной шкале интенсивностей проявления стереотипных действий, а также агрессии, направленной на объекты и человека).

Обследование и анализ видеозаписей проводится тремя экспертами, прошедшими специальное обучение и достигшими при независимом анализе одних и тех же записей 95% -ного уровня совпадения результатов (Аринцина, 2010);

5) детско-родительское взаимодействие PCI (Parent-Child Interaction).

Процедура: методика предполагает свободную игру (5 минут), затем игру с игрушками (10 минут) (Feldman, 2015; Weijer-Begsma, 2016). Для детей старше 3 лет существует третий эпизод – уборка игрушек после игры (Eyberg, 2000). Отметим, что наборы игрушек различны в зависимости от цели исследования (это могут быть игрушки, исключаящие активность (мелки, кубики и пр.); наборы для девочек/мальчиков и др.). Чаще всего наборы зависят от возраста ребенка и содержат мягкую игрушку, погремушку-развивающую игрушку, мягкие кубики, юлу, книжку – для детей до 10 месяцев, и деревянные кубики вместо мягких после 10 месяцев. Также существуют модификации методики с более короткой продолжительностью процедуры исследования (Bennetts, 2017).

Оценка результатов происходит в зависимости от выбранных исследователем шкал: например:

А) Мангеймская шкала оценки особенностей взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте (MBS-MKI-S) (Симоненко, 2014), которая включает в себя такие проявления поведения матери, как: эмоции (выражение лица); «ласковость» (телесный контакт, положение тела); вербальные особенности (особенности построения предложений, громкость, темп, спонтанность); вербальные ограничения; искренность (соответствие поведения вербальному компоненту и др.); разнообразие поведения; отзывчивость; стимуляция; содержание речи; наличие игр. Поведение описывается в бланке, в котором необходимо отметить соответствующий балл (от 1 до 5);

Б) шкала «Оценка социального взаимодействия» (Social Interaction Rating Scale, SIRS) включает в себя 6 шкал: проявление эмоциональности;

директивность (степень с которой родитель направляет внимание ребенка); инициативность; поддержание взаимодействия (степень с которой родитель помогает ребенку в использовании предметов); отзывчивость; степень участия (подвижность и вовлеченность в совместное взаимодействие, расположение на одном уровне с ребенком). **Каждый пункт оценивается в 1; 1,5; 2; 2,5 или 3 балла** в зависимости от частоты проявления конкретного поведения (в бланке есть описание поведения, которое исследователю необходимо соотнести с поведением родителя). Оценивается также общий результат, предполагающий оптимальность взаимодействия (Ruble, 2008);

В) шкала Manchester Assessment of Caregiver-Infant (MACI) оценивает 7 пунктов: два касаются поведения родителя (отзывчивость, директивность), три – ребенка (**детская внимательность по отношению к родителю, детский позитивный аффект, детская оживленность**) и два – взаимодействие (диадическое взаимодействие, интенсивность вовлеченности). Используется шкала от 1 до 7 баллов (Green, 2017; Wan, 2013);

Г) в ряде исследований для оценки взаимодействия младенца и родителя применяется **не шкалирование, а кодирование поведения**: поведенческий репертуар младенца и матери кодируется специальными обозначениями. Этот репертуар включает *биологическое поведение*: чихание, зевание и т.д. и *социальное*: улыбка, плач, вокализации и пр. **Затем взаимодействие младенца и матери переносится с помощью этого кода на специальный график с временной шкалой: в хронологическом порядке отмечается возникновение того или иного поведения у матери и младенца. В результате появляется возможность оценить синхронность поведения в диаде;**

5) психоаналитическая методика наблюдения за младенцами Эстер Бик (Bick, 2002).

Процедура: в семью с новорожденным раз в неделю в течение определенного времени (изначально – 2 лет), приходит наблюдатель, не заполняющий никаких шкал или опросников и имеющий главную задачу – «найти свое место в семье в тот день и час, когда он приходит» для осуществления наблюдения (Калина, 2014). Самым важным для наблюдателя является сохранение способности **осознавать и фиксировать свои мысли и чувства, возникающие при наблюдении.**

Оценка результатов: как таковая не используется. Переживаемый опыт наблюдателя, его описание действий ребенка и матери обсуждается на специальной сессии с коллегами, в ходе которой создается **общая гипотеза о том, как устроен внутренний психический мир данного младенца и как развиваются эмоциональные отношения в данной диаде.** Такое терапевтическое наблюдение может оказаться очень полезным для семьи и может предотвращать серьезные отклонения в развитии ребенка (Bick, 2002).

Также в России создана методика «Оценка детско-родительского взаимодействия. *Evaluation of Child – Parent Interaction (ЕСPI)*» (Галасюк, № 4, 2017, 2018), которая позволяет производить качественный и количественный анализ взаимодействия родителя и ребенка при помощи видеосъемки как в ручном режиме, так и с использованием программы «The Observer XT». Методика позволяет не только отследить реальные коммуникативные сигналы ребенка и родителя в процессе спонтанной игры, но и выявить неблагоприятные аспекты взаимодействия в диаде. В основе методики – две шкалы, при помощи которых проводится оценка родительской отзывчивости и коммуникативных сигналов ребенка.

Посредством шкалы родительской отзывчивости (Галасюк, 2018) и шкалы коммуникативных сигналов ребенка (Шинина, 2017) оценивается уровень взаимодействия в диаде «родитель – ребенок», а также степень родительской отзывчивости на эти сигналы с возможной последующей интервенцией. Формат методики позволяет не только оценивать качество взаимодействия между родителем и ребенком, но в соответствии с технологией «Родительский консилиум» вовлекать родителя в совместные исследования этого взаимодействия путем анализа видеоматериалов. Родитель при этом является экспертом и при просмотре видео обучается «видеть» как положительные, так и отрицательные маркеры родительской отзывчивости в своем поведении.

Родительскую отзывчивость предложено анализировать по следующим компонентам: эмоциональный, физический, познавательный, действенный.

Шкала коммуникативных сигналов ребенка включает в себя эмоциональный, физический, познавательный, действенный компоненты, а также «инициативность» и «самостоятельность». Данная шкала представляет собой систему диагностики состояния ребенка при взаимодействии с родителем во время спонтанной игры. Этот метод видеонаблюдения позволяет диагностировать коммуникативные, мотивационно-потребностные и эмоциональные сигналы ребенка с целью выявления ресурсных зон во взаимодействии с близким взрослым (родителем ребенка).

Оценивая уровень родительской отзывчивости и ответного поведения ребенка (коммуникативные сигналы) с помощью методики ЕСPI, можно в кратчайшие сроки проанализировать проблемные зоны при взаимодействии с ребенком, увидеть ресурсы и точки роста для повышения родительской компетентности.

Методика «ЕСPI» позволяет получить достаточно полную картину о детско-родительском взаимодействии, базовой составляющей которого является определенная родительская позиция и родительское отношение. Помимо видеосъемки, протокол проведения методики включает диагностический инструментарий широкого спектра, позволяющий учитывать

состояние замещающего родителя на момент исследования; различные моменты семейной истории; стиль воспитания и отношение к ребенку в семье; оценку специалистами родительской позиции и родительского отношения.

При помощи программы «The Observer XT» осуществляется кодирование поведения родителя и ребенка, что позволяет получить более точные и детальные качественные и количественные показатели родительской отзывчивости и коммуникативных сигналов ребенка, при необходимости подтвердить эффективность терапевтической интервенции по окончании психологической коррекции детско-родительского взаимодействия.

Видеозапись составляет 15 минут игры родителя с ребенком. Запись, как правило, проводится дважды – до и по завершении коррекционной работы. Каждый период записи традиционно сопровождается транскрибированными диалогами, что позволяет максимально точно закодировать вербальные реакции, сценарий и сюжет игры. «The Observer XT» поддерживает весь процесс работы исследовательского проекта:

- составление схемы кодирования;
- организация информации;
- статистический анализ;
- рейтинговый анализ достоверности, проводимый между несколькими наблюдателями в одном проекте;
- ввод данных.

Описание полученных результатов осуществляется по следующему алгоритму:

- проводится анализ **положительных индикаторов** поведения (их частота и длительность) родителя и ребенка (выделяются наиболее ярко выраженные из них): маркер «+»;
- анализируются **отрицательные индикаторы** поведения родителя и ребенка (их частота и длительность): маркер «-»;
- проводится анализ **нейтральных временных интервалов**, когда поведенческие индикаторы у родителя и ребенка отсутствовали как в положительном, так и в отрицательном значении;
- формируются **выводы** по кейсу в целом.

Далее **на эмоциональном уровне** проводится анализ невербального и вербального поведения.

К положительным характеристикам невербального поведения (Невербальное «+») относятся невербальные реакции, которые способствуют положительному эмоциональному фону взаимодействия между родителем и ребенком (улыбка, смех, радостные интонации в голосе и т.д.). Отрицательными характеристиками (Невербальное «-») являются те невербаль-

ные реакции родителя, которые создают отрицательный фон взаимодействия (напряжение, тревожный тон голоса).

В анализ невербального поведения родителя включается также маркер «Игнорирование», который рассматривается как отрицательная характеристика поведения родителя. Содержательная характеристика данного маркера – это невербальное игнорирование эмоциональных проявлений ребенка (страх, беспокойство, печаль, грусть ребенка и т.д.).

Вербальное поведение анализируется с помощью маркеров, которым присваивается отрицательное или положительное значение.

Примерами *положительных вербальных* проявлений являются:

- *описательные высказывания*, с помощью которых родитель описывает действия ребенка, окружение;

- *высказывания отражения*, когда родитель «отражает» речь ребенка, повторяя за ним слова, фразы, предложения;

- *конкретная похвала*, когда родитель хвалит ребенка за конкретное поведение и делает это непосредственно после того, как ребенок сделал что-то хорошо;

- *вопрос-побуждение*, когда родитель с помощью вопроса побуждает ребенка к действию;

- *высказывание-комментарий* родителя, с помощью которого он описывает эмоциональное состояние ребенка.

Отрицательными индикаторами вербальных маркеров поведения являются:

- *общая похвала*, когда высказывание родителей не соответствует реальной положительной оценке поведения ребенка и произносится формально;

- *критика* в адрес эмоциональных проявлений или действий ребенка.

На физическом уровне проводится анализ поведенческих паттернов поведения родителя, когда он повторяет мимику и движения ребенка (Отражение «+») или отзеркаливает поведение ребенка с негативным окрасом, критикуя его поведение (Отражение «-»). Также на этом уровне анализируется синхронность движений и дистанция в паре (Синхронность «+»; Синхронность «-»).

На познавательном уровне значимыми характеристиками поведения родителя являются разделенное внимание и поддержка исследовательской активности ребенка. При анализе видеоматериалов данные маркеры обозначаются как *оценка способности родителя следовать за вниманием ребенка* (Внимание «+») или противоположная этому маркеру характеристика – *настаивать на том, чтобы внимание ребенка было направлено на предмет, который родитель считает более «полезным» для развития*

ребенка во время игры (Внимание «←»), и поддержка активности, выраженная в *соответствии темпа родителя темпу ребенка* (Темп «+») или несоответствии этих показателей (Темп «←»).

На действенном уровне оцениваются реакция на потребности ребенка (Потребности «+») или игнорирование потребностей ребенка (Потребности «←»). Под потребностями ребенка подразумеваются как базовые потребности, так и потребности более высокого уровня (в любви, принадлежности, самореализации и т.д.). На этом уровне подвергаются оценке поведенческие проявления родителей, которые способствуют поощрению креативности и творчества ребенка и приводят к обоюдному удовольствию от игры (Деятельность «+») либо указывают на директивную позицию родителя в игре, основой которой становятся инструкции и приказы со стороны взрослого (Деятельность «←»). Указания родителя рассматриваются как отрицательная поведенческая характеристика.

Поскольку в соответствии с методикой ЕСПИ оценка взаимодействия родителя с ребенком проводится в рамках игры, оценке подвергается **наличие спонтанной игры** (Игра «+») или противоположной характеристики – дидактической игры, что рассматривается нами в данном исследовании как отрицательная характеристика (Игра «←»). Кроме этого, учитывается то, какой характер сценария игры поддерживает родитель. В случаях, когда сценарий игры строится на основе негативного эмоционального фона (аварии, страшные ситуации и т.д.) – маркеру присваивается отрицательное значение (Сценарий «←»), соответственно, когда сценарий способствует обоюдному получению удовольствия от игры как ребенка, так и родителя, маркеру присваивается положительное значение (Сценарий «+»).

Поведение ребенка оценивается как «плохое поведение» или «желательное поведение». Содержательное наполнение данных маркеров осуществляется по результатам беседы с родителем *перед началом исследования*.

Так, например, под *«плохим» поведением* ребенка родитель может назвать следующие характеристики: ребенок ноет, капризничает (невербальные проявления), говорит о своих страхах (вербальные проявления), не выполняет сразу же инструкции родителя или не отвечает быстро на вопрос родителя. *Желательным поведением* для родителя могут стать: проявления бесстрашия, позитивные эмоции (невербальные проявления), быстрая реакция – ответы на вопросы родителя (вербальные проявления). (приложение 5)

Программа «The Observer XT» позволяет проследить длительность каждого маркера, соответствующего родительской отзывчивости и поведенческим проявлениям ребенка в соответствии с маркерами «плохого» и желательного поведения.

Специфика реализации метода наблюдения с помощью данной системы заключается в том, что она позволяет психологу формализовать ряд принципиально важных методических процедур, что способствует повышению валидности и надежности метода по сравнению с таковыми при традиционных приемах наблюдения. Использование видео значительно расширяет рамки любого исследовательского проекта.

Результаты видеоисследования по методике ЕСРП являются основой для проведения коррекционной работы с помощью тренинга детско-родительского взаимодействия (ТДРВ). Данный тренинг представляет собой краткосрочную научно обоснованную программу терапии для родителей с детьми в возрасте от 2 до 7 лет. Уникальность ТДРВ состоит в продуктивном использовании так называемого «прямого коучинга» и совместной терапии коррекции взаимоотношений родителей и ребенка. Терапия детско-родительских отношений призвана улучшить качество детско-родительского взаимодействия путем повышения родительских компетенций и снижения родительского стресса (Немировская, 2017).

В процессе наблюдения за совместной деятельностью ребенка и родителя психолог фиксирует тип и особенности их взаимодействия, вербальные и невербальные реакции. В качестве ориентировочной можно использовать следующую схему (табл. 6).

Таблица 6

Схема наблюдения за совместной деятельностью родителя и ребенка

Наблюдаемые признаки	Родитель	Ребенок
Реакция на предложенное задание (вербальная и невербальная)		
Инициативность в выборе сюжета, композиции, материалов, игрушек		
Сюжет (наличие, разнообразие, устойчивость)		
Общение (вербальное и невербальное) в процессе деятельности: характер комментариев, тон общения, мимика, жесты, дистанция и т. п.		
Эмоциональный фон взаимодействия		
Отношение к завершению совместной деятельности (желание закончить, прервать или продолжить)		
Тип взаимодействия (сотрудничество, подавление, соперничество, игнорирование потребностей партнера, согласие и т. д.)		

Наиболее часто процедуры наблюдения проходят в условиях лабораторий или центров, в специально отведенных комнатах, оснащенных зеркалом Гезелла и видеокамерами, что позволяет обеспечить стандартизацию условий проведения наблюдения. Другие исследователи осуществляют видеозапись в условиях семьи или анализируют домашние видео (сделанные родителями самостоятельно). Последний вариант нацелен на максимальную естественность поведения ребенка и родителя, но имеет ряд ограничений: большие временные и человеческие затраты. Кроме того, качество домашних видео не всегда является высоким и предсказуемым. Качественное лабораторное оборудование и стандартизированные процедуры для наблюдения позволяют обеспечить хороший материал для анализа, а доброжелательный настрой интервьюеров и активность маленького ребенка – естественность поведения в ДРВ.

Помимо вышеперечисленных характеристик поведения, протоколы ДРВ оценивают такие показатели, как особенности игрового поведения родителя и ребенка (предоставление ребенку возможности выбирать игры и ориентироваться в изменившейся ситуации, действовать с предметами по-своему и многократно; ожидание ответа ребенка; эмоциональное отношение к ребенку: отсутствие негативных высказываний в его адрес, разрешение ребенку выражать свои чувства); синхронность (соответствие темпа деятельности родителя темпу деятельности ребенка, подстройка к функциональным особенностям ребенка); коммуникативные особенности (использование жестов и других невербальных средств для уточнения смысла сообщения); аффективные стратегии социального контроля (жесткий/требовательный/негативный; мягкий/доброжелательный; нейтральный); поведение взрослого, направленное на формирование социальноориентированного поведения ребенка (демонстрация/моделирование; устные просьбы, указания; жесткое обращение и приказы; физическое принуждение; угроза наказания; позитивное подкрепление) (Мухамедрахимов, 2001; Halle, 2011; Park, 2017).

Может анализироваться поведение взрослого, направленное на прекращение нежелательного поведения ребенка: запрет (устный, с использованием жестов и движений), угроза наказания, физическое наказание, выражение своих чувств, прерывание деятельности, игнорирование ребенка).

Оцениваются такие стратегии взаимодействия, как «Подчинение»; «Игровая рутина» (зеркальная, процессуальная, инструментальная); «Свободная совместная игра»; а также особенности оказания помощи (предупреждение, игнорирование, вербальная и пр.) (Шведовская, 2005; Shvedovskaya, 2015; Wan, 2013).

В настоящее время проводится работа по адаптации громоздких шкал, использующихся в научных целях, для практического использования, с тем чтобы они стали простыми в обращении, валидными и легко осваиваемыми (Beatty, 2011).

Подводя итоги, необходимо отметить, что создано большое количество разнообразных процедур проведения оценки ДРВ и инструментов для его анализа (Kelly, 2000). Безусловно, такое многообразие позволяет применять оценку ДРВ для различных целей и проводить исследование, максимально отвечающее поставленным задачам.

Однако при проведении оценки ДРВ с использованием соответствующих шкал необходимо учитывать следующие факторы.

1. Сложность работы по сопоставлению результатов исследований между собой из-за отсутствия единых подходов к оценке и интерпретации и в связи с тем, что они не адаптированы к российским выборкам испытуемых.

2. Трудности обеспечения объективности результата в связи с возможной субъективностью экспертов, проводящих оценку. Для снижения влияния данного фактора необходимо серьезное обучение специалистов, анализирующих видеозаписи; оценка одной записи как минимум тремя исследователями и регулярное взаимодействие с супервизором. Кроме того, специалисты, занимающиеся интерпретацией результатов видеонаблюдения, должны достичь уровня согласованности не менее 90 %.

3. Необходимость учета достаточно часто наблюдающихся ситуаций социально-желательного поведения родителей (которые понимают, что их поведение фиксируют видеорекамеры) и их адаптации к ситуации оценки (многие родители в начале исследования ведут себя скованно и напряженно). Однако при грамотном введении в исследование родители достаточно быстро адаптируются и начинают чувствовать себя комфортно. Более быстрой адаптации к присутствию видеорекамер может помочь проведение в комнате первоначально других исследовательских процедур (например оценки когнитивного и социально-эмоционального развития ребенка).

4. Значительные временные затраты: на подготовку и проведение видеозаписи, фиксацию и анализ результатов просмотра.

5. Высокая стоимость работы по оценке ДРВ с помощью анализа результатов видеонаблюдения: так, необходимо использование специального оборудования (нескольких мощных видеорекамер, сервера для хранения видеозаписей и др.), а также высококвалифицированного технического специалиста для обслуживания техники.

Кроме того, сама процедура оценки и интерпретации результатов видеонаблюдения является достаточно трудоемкой и дорогой в связи с необходимостью привлечения нескольких квалифицированных специалистов.

Несмотря на сложности, связанные с проведением и анализом полученных результатов, оценка детско-родительского взаимодействия является важным и достаточно информативным инструментом. Использование процедуры анализа видеозаписей вместе с опросниками позволяет оценить ДРВ в различных ракурсах. Особенности детско-родительского взаимодействия могут выступать как предиктор развития поведенческих, когнитивных и моторных навыков, а также имеют большое значение при разработке психотерапевтических и психокоррекционных программ (приложение 6).

Список литературы

1. Аринцина, И.А. Психическое развитие детей раннего возраста, оперированных в период новорожденности: автореф. дис. ... канд. психол. наук / И.А. Аринцина. – СПб., 2010. – 24 с.

2. Галасюк, И. Н. Открытая профессиональная экспертиза методики детско-родительского взаимодействия: векторы развития психологического инструментария / И.Н. Галасюк, Т.В. Шинина, Н.Р. Иргашев, И.Г. Морозова, О.Н. Пасечник // Актуальные проблемы психологического знания. – 2018. – №3 (48). – С. 5–23.

3. Галасюк, И.Н. Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка / И.Н. Галасюк, О.В. Митина // Клиническая и специальная психология. – 2017. – Т. 6. – № 2. – С. 109–129. [Электронный ресурс] doi:10.17759/cpse.2017060209

4. Галасюк, И.Н. Оценка детско-родительского взаимодействия, Evaluation of child-parent interaction (ЕСPI) / И.Н. Галасюк, Т.В. Шинина. – М.: ИТД Перспектива, 2017. – 304 с.

5. Калина, О.Г. Психоаналитическое наблюдение за младенцами по методу Эстер Бик: современные цели и перспективы / О.Г. Калина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 2. – С. 213–231.

6. Лисина, М. И. Проблемы онтогенеза общения / М.И. Лисина.– М.,1986. – 144 с.

7. Лисина, М.И. Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина. – СПб.: Питер, 2009. – 320 с.

8. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001. – 288 с.

9. Немировская, Е.Г. Терапия детско-родительских отношений: тренинг детско-родительского взаимодействия Шейлы Эйберг (по материалам зарубежных источников) / Е.Г. Немировская // Современная

зарубежная психология. – 2017. – Т. 6. – № 2. – С. 81–86. [Электронный ресурс] doi: 10.17759/jmfp.2017060209

10. Симоненко, И.А. Привязанность и ее влияние на здоровье и развитие ребенка. Психотерапия привязанности в детском возрасте / И.А. Симоненко. – Курск: ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2014. – 242 с.

11. Смирнова, Е.О. Методика диагностики структуры родительского отношения и его динамики в онтогенезе ребенка / Е.О. Смирнова, М.В. Соколова // Психологическая наука и образование. – 2005. – № 4.

12. Шведовская, А.А. Особенности реализации различных стратегий взаимодействия в диадах «ребенок–мать» / А.А. Шведовская // Психолог в детском саду. – 2005. – № 4. – С. 115–123.

13. Шинина, Т.В. Коммуникативные сигналы особого ребенка: ресурсы родителя в развитии общения / Т.В. Шинина // Прикладная психология на службе развивающейся личности: сборник научных статей и материалов XV научно-практической конференции с международным участием «Практическая психология образования XXI века. Прикладная психология на службе развивающейся личности», 9-10 февраля 2017, Коломна / под общ. ред. Р.В. Ершовой. – Коломна: Государственный социально-гуманитарный университет, 2017. – С. 254–259.

14. Aspland H., Gardner F. Observational Measures of Parent-Child Interaction: An Introductory Review // Child and Adolescent Mental Health Volume. 2003. Vol. 8 (3). P. 136–143.

15. Beatty J.R., Stacks A.M., Partridge T., Tzilos G. K., Loree A., Ondersma S.J. LoTTS parent–infant interaction coding scale: Ease of use and reliability in a sample of high-risk mothers and their infants // Children and Youth Services Review. 2011. Vol. 33. P. 86–90.

16. Bennetts S.K., Mensah F.K., Green J., Hackworth N.J., Westrupp E. M., Reilly S. Mothers' Experiences of Parent-Reported and Video-Recorded Observational Assessments // Journal of Child and Family Studies. 2017. P. 1–15. doi: 10.1007/s10826-017-0826-1

17. Bick E. Surviving Space. Papers on Infant Observation. Essays on the Centenary of Esther Bick. Hg. von A. Briggs. London, New York. 2002. 315 p.

18. Eyberg Sh. M., Robinson E.A. Dyadic parent-child interaction coding system: a manual. WA: Parenting Clinic, University of Washington. 2000. 133 p.

19. Green J., Pickles A., Pasco G., Bedford R., Wan M.W., Elsabbagh M., Slonims V., Gliga T., Jones E.J.H., Cheung C.H.M., Charman T., Johnson M.H et al. Randomised trial of a parent-mediated intervention for infants at high risk for autism: longitudinal outcomes to age 3 years // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2017. P. 1–11. doi:10.1111/jcpp.12728

20. Halle T., Anderson R. et al. Quality of Caregiver-Child Interaction for Infants and Toddlers (Q-CCIT): A Review of the Literature: Washington, DC. 2011. 24 p.

21. Kelly J.F., Barnard K.E. Assessment of Parent–Child Interaction: Implications for Early Intervention // *Handbook of early childhood intervention*: Cambridge University Press. 2000. P. 258–289. doi: 10.1017/CBO9780511529320.014
22. Misund A.R., Bråten S., Nerdrum P., Pripp A.H., Diseth T.H. A Norwegian prospective study of preterm mother–infant interactions at 6 and 18 months and the impact of maternal mental health problems, pregnancy and birth complications. *BMJ Open*. 2015. Vol. 6. doi:10.1136/bmjopen-2015-009699
23. Park J.L., Hudec K.L., Parental C.J. ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review // *Clinical Psychology Review*. 2017. Vol. 56. P 25–39.
24. Ruble L., McDuffie A., King A.S. Caregiver Responsiveness and Social Interaction Behaviors of Young Children With Autism // *Topics in Early Childhood Special Education*. 2008. Vol. 28 (3) P. 158-170. doi: 10.1177/0271121408323009
25. Shvedovskaya A.A., Archakova T.O. Styles of parent-child interaction in families with preschool-age children // *Psychology in Russia: State of the Art*. 2015. Vol. 8(2). P. 36-51.
26. Thomas J.C., Letourneau N., Campbell T.S., Tomfohr-Madsen L., Giesbrecht G.F. Developmental Origins of Infant Emotion Regulation: Mediation by Temperamental Negativity and Moderation by Maternal Sensitivity // *Developmental Psychology*. 2017. Vol. 53 (4). P. 611–628. <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000279>
27. Tryphonopoulos P.D., Letourneau N., DiTommaso E. Caregiver–infant interaction quality: A review of observational assessment tools (Review) // *Comprehensive child and adolescent nursing*. 2016, Vol. 39 (2). P. 107–138. doi.org/10.3109/01460862.2015.1134720
28. Wan M.W., Green J., Elsabbagh M., Johnson M., Charman T. Quality of interaction between at-risk infants and caregiver at 12-15 months is associated with 3-year autism outcome // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013. Vol. 54 (7). P. 763–771. doi:10.1111/jcpp.12032
29. Weber A., Harrison T.M., Steward D., Sinnott L., Shoben A. Oxytocin trajectories and social engagement in extremely premature infants during NICU hospitalization // *Infant Behavior and Development*. 2017. P. 1-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.05.006>
30. White-Traut R., Norr K.F., Fabiyi C., Rankin K. M., Li Z., Li L. Mother-infant interaction improves with a developmental intervention for mother-preterm infant dyads // *Infant Behavior and Development*. 2013. Vol. 36 (4). P. 1–25. doi:10.1016/j.infbeh.2013.07.004

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

РАЗВИТИЕ И КОРРЕКЦИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

4.1. Психоаналитический подход к консультированию с учетом специфики раннего развития

Одной из наиболее современных и развивающихся теорий раннего развития личности, нашедшей широкое применение в зарубежной психологии, но практически не представленной в отечественной литературе, является теория **развития эго в описании С. Гринспена**. Актуальность описания данной теории обусловлена как этим значительным пробелом, так и большой потенциальной значимостью разрабатываемой модели, позволяющей интегрировать разные подходы к проблемам развития личности, опирающейся на недавние эмпирические исследования и богатую теоретическую базу психодинамической психологии. Основу для обзора составила книга «Развитие эго: следствия для теории личности, психопатологии и психотерапевтического процесса» Стенли И. Гринспена – известного американского психолога, психоаналитика, корифея современной психологии детского развития. Книга описывает модель развития эго и эго-функций ребенка в раннем возрасте и ее приложение к разным областям детской психологии, психопатологии и психотерапии как детей, так и взрослых. В основу данного параграфа положен не только анализ этой работы, но и краткий обзор двух глав (первой главы и приложения) другой книги С. Гринспена – «Психотерапия, основанная на развитии» – в которой более полно и последовательно раскрывается применение в интенсивной терапевтической работе моделей личностного развития, разработанных автором в 80-е годы.

Стадии развития эго (Greenspan, 1989)

Автор и исследовательский коллектив приложили значительные и длительные усилия к изучению развития младенцев и маленьких детей, растущих как в здоровых, так и в дисфункциональных семьях. В каждом случае наблюдение начиналось еще во время беременности матери и продолжалось в течение ряда лет. Первая глава посвящена общему обзору модели развития, разработанной на основе этих исследований.

Теоретическую основу изучения составили различные подходы, в первую очередь связанные с глубинной психологией, – работы З. Фрейда, Э. Эриксона, Ж. Пиаже, Р. А. Шпица, А. Фрейд, Х. Кохута, О. Кернберга и М. Малер, а также известные эмпирические и клинические исследования. Фокус внимания полученной интегрированной модели развития сосредоточен главным образом на эмоциональных переживаниях

ребенка с учетом нейрофизиологического, поведенческого, когнитивного и социального развития.

Главные теоретические допущения – способность организовывать опыт имеется у ребенка с самого раннего возраста и в процессе роста прогрессирует к более сложным формам, и для любой фазы развития существуют характерные типы переживаний (интересы, желания, страхи), которые и реализуются в данной фазе.

Описание стадий развития

1. Гомеостаз (саморегуляция и интерес к миру, 0 – 3 месяца). На этой стадии **главная задача** – одновременно проявлять интерес к миру и регулировать собственное состояние. Ребенок организует информацию, поступающую по сенсорным каналам. Нарушения развития здесь часто связаны с нарушениями в одном или нескольких каналах восприятия – соответствующий канал может быть гиперовзбудимым (наблюдается чрезмерная реакция на нормальный уровень яркости, звука, касания), гиповозбудимым (отсутствует поведенческая, эмоциональная реакция на обычные вид, звук, касание) или иметь более специфическое нарушение процесса переработки и организации воспринимаемой информации. В этом отношении наиболее важным оказывается приспособление родителей (вообще тех, кто заботится о ребенке) к конкретным особенностям восприятия и возбудимости младенца. На этой стадии реакции младенца на различные стимулы носят скорее врожденный, рефлекторный характер.

Связь с родителем при этом – преимущественно физиологическая.

2. Привязанность (2 – 7 месяцев). Главная задача этой стадии – формирование особого эмоционального интереса (привязанности) к тому, кто заботится о ребенке (в общем случае – к матери), т.е. организация ряда дискретных аффективных комплексов переживаний – комфорта, зависимости, радости, самоутверждения, любопытства – в контексте интенсивных эмоциональных отношений с другим. У адаптированного младенца протест и гнев соорганизованы с ожидаемыми положительными аффектами в рамках эмоционального интереса к родителю. Тотальная неудача в становлении паттерна интереса к человеческому миру может привести к аутичным явлениям. На этой стадии у эго еще отсутствует способность объединять все особенности объекта в единое целое – младенец реагирует на голос, улыбку, сияющие глаза матери, ритмические движения, возможно, в комбинациях, но они не связываются для него в единый образ. А в случае стресса реакция младенца пока недифференцирована – наблюдается склонность к глобальному отчуждению.

Связь с человеческим объектом (матерью) основана на чувстве синхронности.

3. Соматопсихологическая дифференциация (целенаправленная коммуникация, 3 – 10 месяцев). Главная задача данной стадии – на основе привязанности развить способность к (поведенческому) различению причин и следствий, что делает возможной целенаправленную коммуникацию. В сфере общения наблюдается переход от проксимальной к дистальной моде (от непосредственного телесного контакта к контакту на расстоянии с использованием невербальных сигналов). Эмоциональные комплексы, организованные на предыдущей стадии, выстраиваются в причинно-следственные цепочки, происходит целенаправленный взаимный обмен сигналами. Наблюдается полный спектр эмоций. Организация восприятия причинности – важный шаг к проверке реальности, к постижению закономерностей мира. Возникающая интенциональность поступков предполагает формирование поведенческого «понятия» Я, как-то влияющего на других. Становятся возможными дифференцированные внутренние отношения, формирующиеся в связи с определенными схемами поведения. Под влиянием стресса такая примитивная дифференциация может нарушаться.

4. Стадия организации поведения, инициативы и интернализации (9 – 18 месяцев); сложное чувство Я. Главная задача стадии – развить способность организовывать поведенческие паттерны и функциональное отношение к миру. Желание, намерение, действие организуются в сложные интерактивные паттерны, координируемые с использованием обратной связи по каналам ощущений. В отношениях наблюдается сбалансированная опора как на проксимальную, так и на дистальную моду коммуникации. Наслаждение свободой в пространстве отдельно от матери прерывается периодами «подпитки» – близкого контакта. Время для интегрирования интенсивных эмоций еще не настало, это станет возможным после полутора лет, пока же малыш плохо ими управляет. Ребенок в этом возрасте способен на полуреалистичную игру с пониманием функционального использования предметов (веником подметают, телефонную трубку подносят к уху, чтобы послушать). У него развивается концептуальный принцип отношения к миру. Коммуникация становится эффективнее в первую очередь за счет использования жестов – движений, выражений лица, позы, голоса и т.д. При помощи жестовой системы коммуникации передаются наиболее важные эмоциональные сообщения в жизни, связанные с выживанием (опасность – спокойствие), чувством безопасности (принятие – отвержение), заботой – (безразличием, уважением – унижением) и т.п. Даже

став взрослыми, этой системе люди доверяют в общении больше, чем символической, репрезентативной.

На этой стадии развития у ребенка формируется сложное функциональное чувство Я, способности к большему осознанию, ожиданию, планированию деятельности.

5. Способность к репрезентации (18 – 30 месяцев). Главная задача – развить способность конструировать ментальные (психические) репрезентации других людей и неодушевленных предметов. Ребенок может отмечать и интерпретировать чувства, а не только действия, происходит организация аффективно-тематических паттернов на уровне смысла, развитие языковой способности, речи. В деятельности возникает ролевая игра. Репрезентационная способность развивается постепенно – сначала на уровне описаний (названия картинок, описания предметов), затем – с ограниченным интерактивным использованием репрезентаций (совмещение символических эпизодов – «дай яблоко, есть хочу», сцены с простым взаимодействием персонажей) и наконец – с проработкой аффективно-тематических взаимодействий (сюжеты в игре, драматические ролевые игры). Организуется внутренний мир, состоящий из репрезентаций опыта, у ребенка появляется возможность предварительного решения жизненных задач в уме, символического выражения чувств, импульсов и их соответствующего регулирования.

6. Дифференциация репрезентаций (24 – 48 месяцев). Главная задача данной стадии – организация внутреннего (репрезентационного) мира, его дифференциация по категориям «Я – Другой», «внутреннее – внешнее», по категориям пространства и времени. Дифференциация начинается сразу, с возникновением способности к формированию репрезентаций, т.е. нет периода магического мышления, сменяемого реалистичным мышлением. Скорее, идет постепенный процесс стабилизации восприятия реальности в отношениях с воображаемым миром. Чтобы это было возможным, необходима корректная интерпретация опыта родителями, которая способна поддержать формирующиеся у ребенка смыслы и значения. Планирование в играх становится более эффективным. Производные влечения-аффекта теперь организуются эго согласно принципам символической дифференциации. Первичные функции эго развиваются на основе способности обобщать паттерны опыта в соответствующих представлениях – тестирование реальности (представление о себе отдельно от представления о другом), контроль импульсов (представление о себе, влияющем на другого и наоборот), стабилизация эмоциональных состояний (при обобщении аффекта представления о себе и другом организуются вдоль линии доминантного настроения), концентрация внимания, способность к планированию

(представление о себе, заставляющем события происходить в контексте времени).

С. Гринспеном (Greenspan, 1989) рассматриваются также отношения между индивидуальными (в том числе нарушенными) паттернами сенсорно-аффективной организации и специфическими условиями окружения растущего ребенка.

Наблюдения за детьми позволяют обнаружить существенные индивидуальные различия в сенсорной чувствительности и способности организовать и переработать информацию, поступающую от разных органов чувств. Окружающая ребенка среда также может быть склонной обеспечивать неоднородную сенсорную стимуляцию и разную степень организации информации. Так, выдвигается гипотеза, что расстройства мышления могут быть обусловлены одновременным нарушением процесса переработки аудиальной-голосовой-вербальной информации и наличием окружения, коммуникация в котором имеет неясный, нечеткий смысл. Эмоциональные, аффективные расстройства, в свою очередь, могут быть обусловлены нарушениями процесса переработки визуально-пространственной информации.

Приложение модели стадий в развитии эго к избранным аспектам психоаналитической теории

Психоаналитическая модель обучения основывается на понятии интернализации («внесения внутрь» внешнего опыта) и идентификации со значимым другим (также способ интернализировать функции объекта). С. Гринспен (Greenspan, 1997) рассматривает эти процессы как основанные на постоянной переработке, организации, трансформации опыта. Ребенок переживает себя в отношениях с другими (как одушевленными, так и неодушевленными предметами) и определяет себя (чувство Я) как участника этих отношений. На каждой из описанных стадий развивается соответствующий аспект чувства Я. Такие определения и составляют основу самоидентификации. Особый тип составляют случаи, когда ребенок ведет себя подобно родителю (психоаналитическая «идентификация с родителем»), что имеет определенное адаптивное значение.

Концепции бессознательного и вытеснения также значительно проясняются. Опыт, организованный в рамках более примитивного уровня, плохо вспоминается на более зрелых уровнях и является по отношению к последним первично вытесненным.

По уровням организации можно выделить соматический, поведенческий, функционально-концептуальный опыт и различные степени репрезентационного опыта. Вторичное вытеснение может быть связано с тем, что опыт, организованный в условиях стресса, тревоги и, следова-

тельно, регрессии на менее дифференцированном уровне, также плохо доступен на более продвинутых стадиях развития.

Психотерапевтический процесс со взрослыми и детьми

Рост, коммуникация и процесс разрешения трудностей рассматриваются через призму четырех уровней развития и отношения. Нарушения на каждом из этих уровней могут играть важную роль в формировании симптомов и общих проблемах.

Первый уровень возникает на стадиях регуляции и интереса к миру и привязанности и включает процессы вовлечения и отстранения. То, что всякая коммуникация требует внимания обеих сторон, кажется очевидным. Однако это нередко упускается из виду клиницистами, которые пытаются разговаривать «выключенного», отвлеченного ребенка вместо того, чтобы просто привлечь его внимание. Вовлечение в отношения, или положительное чувство отношения, также требует от обеих сторон положительных ожиданий, и задача терапевта – как иметь их самому, так и уметь вызывать их у клиента.

Второй уровень формируется на стадии целенаправленной коммуникации и сложного чувства Я. Он включает самый базовый, часто игнорируемый аспект всей человеческой коммуникации – намеренные невербальные жесты, такие как выражение лица, звуки, поза, движения рук и ног и т.д. Система жестового общения очень важна – основные эмоциональные сообщения о жизни, опасности и безопасности, принятии и отвержении, одобрении и неодобрении передаются невербальными средствами. Мы в первую очередь полагаемся на эти базовые коммуникации, а слова лишь расширяют их возможности. Однако клиницисты часто фокусируются на изменении изолированного поведения или симптомов и игнорируют самые основания межличностных процессов – их невербальный «фундамент».

Третий и четвертый уровни (символической разработки и дифференциации соответственно) формируются на стадиях выработки и дифференциации репрезентаций – они включают определение и обмен значениями. Функциональное применение слов и ролевая или символическая игра интерактивно используются для передачи желаний или намерений, чувств и мыслей. Фантазия и реальность успешно взаимодействуют и разделяются. Общие для участников коммуникации смыслы используются для выражения желаний и чувств в ролевой игре и для категоризации значений и решения задач в логических рассуждениях. Общие смыслы означают передачу идей, а не просто обладание ими. Некоторые дети прекрасно играют и говорят от себя, но испытывают трудности в принятии и использовании идей и комментариев других. Другие, наоборот,

великолепно слушаются инструкций, но плохо вырабатывают собственное понимание событий.

Очевидно, что все описанные уровни развития проявляются в процессе психотерапии. Различные типы патологии предполагают необходимость больше фокусироваться на том или ином аспекте раннего развития эго в терапевтической работе. Каждый уровень развития проявляется в различных характерных аффективно-тематических областях, включающих проблемы зависимости, удовольствия, самоутверждения, любопытства, гнева, самоограничения и для стадии репрезентативной дифференциации, эмпатии и более устойчивых форм любви. Терапевтическая цель – помочь человеку оптимально функционировать одновременно на всех уровнях в контексте полного спектра тематически-аффективных областей. Например, перед человеком, способным функционировать на всех уровнях, кроме уровня репрезентационной проработки и дифференциации, и испытывающим трудности с выражением приязни и принятием близости, стоит ясная терапевтическая задача – применить (научиться применять) сформированные репрезентационные способности к новой области – выражения и принятия этой приязни.

Важен также вопрос стабильности – возможности восстановления способностей, связанных с тем или иным уровнем развития, после их потери в результате, например, эмоциональной травмы. Описываемая модель позволяет ставить четкие, конкретные цели в работе.

Она также обеспечивает подход к пониманию паттернов психологических защит, основанный на их отношении к конституциональным факторам и факторам зрелости. Такой подход направлен на то, чтобы помочь клиенту понять его тенденции в переработке переживаний, информации и способы, которыми он использует их в защитных целях. Как дети, так и взрослые склонны проявлять скорее свои уязвимые стороны, попадая в стрессовую ситуацию, если специально не обучены делать иначе. Дети, склонные к фрагментации, к тому, чтобы «за деревьями не видеть леса», еще сильнее дробят восприятие в тревожной обстановке. Те, кто испытывают трудности с расшифровкой аудиальных, вербальных и аффективных смыслов, под давлением становятся еще более неуверенными в эмоциональных значениях полученных сигналов. Тенденция соответствовать своему собственному стилю зрелости в развитии кажется почти биологическим принципом – дети с проблемами моторного планирования становятся более неуклюжими, дети с тактильной сверхчувствительностью – более осторожными, а дети с проблемой подбора слов – более неразговорчивыми. В психоте-

рапии конституциональный, зрелостный аспект защитного функционирования должен быть диагностирован и при необходимости скомпенсирован более гибким символическим стилем.

Сначала клиент научается распознавать паттерн (например тенденцию видеть отдельные элементы и упускать общую картину), затем – то, как и в каких условиях он использует его в защитных целях (например, как реакцию на темы агрессии или зависимости или как общую стратегию при решении любой задачи). Обнаруживая, как этот паттерн оперирует в разных контекстах, и исследуя его исторические корни, клиент начинает фокусироваться на том, как удержать себя от погружения в этот защитный паттерн, который, кажется, уже живет своей собственной жизнью. Постепенно он развивает компенсирующие стратегии преодоления нежелательных реакций.

Рассмотрение психотерапевтического процесса с точки зрения индивидуального развития может изменить понимание того, как и почему работает психотерапия с разными типами клиентов. Редкий клиент обладает высоким уровнем дифференциации. Для конкретных уровней развития клиента могут потребоваться соответствующие уровни эмпатии и терапевтического процесса. Значение конкретных метафор терапии также становится общим значением, разделяемым терапевтом и клиентом, используйте они психоаналитический набор метафор, набор поведенческой или когнитивно-поведенческой терапии.

Психоаналитический процесс со взрослыми и детьми

Психоаналитическая ситуация требует интенсивных отношений клиента и терапевта, в которых клиент использует свободные ассоциации, чтобы сделать доступной информацию о его прошлых и настоящих эмоциональных паттернах. Устанавливая рабочий альянс, терапевт вместе с клиентом исследует значение этих паттернов. Понимая это значение в текущем и историческом контексте, они в процессе проработывания помогают клиенту отпустить старые паттерны, чтобы установить впоследствии новые. Прорабатывая старые паттерны, они «истощают» внутренние конфликты клиента в переносных отношениях, которые включают в себя тенденцию клиента вновь переживать с терапевтом те же эмоциональные паттерны, что он переживал в прошлом и переживает в настоящем со значимыми другими. В этих процессах личность растет и изменяется, структура эго начинает соответствовать более высоким уровням развития, внутренние конфликты разрешаются.

В процессе свободных ассоциаций клиент лежит на кушетке и говорит все, что приходит ему на ум. Этот процесс обычно считается вербальным феноменом, однако такой взгляд может оказаться слишком узким. Свободные ассоциации включают коммуникацию на

каждом уровне развития. На *первом уровне* они раскрывают паттерны саморегуляции клиента и паттерны ее нарушения, интерес к визуальным стимулам и звукам, тенденции к вовлечению и отстранению. На *уровне привязанности* они раскрывают способность клиента к отношениям или ее недостаточность, способность клиента справляться с переходами в начале и конце терапевтической сессии (в терминах возобновления вовлеченности в процесс), способы, которыми клиент модулирует вовлечение в отношении фрустраций, гнева и лишений во время встречи. На *третьем уровне* видны организованные, целенаправленные поведенческие паттерны и свободные ассоциации так, как они обычно и рассматриваются, – как раскрывающие способность клиента облекать в слова различные мысли, чувства, желания, намерения и т.п. Здесь можно заметить темы, которые вербализует клиент, – зависимость, самоутверждение, удовольствие, гнев и т.д. На *четвертом уровне* – репрезентационной дифференциации – свободные ассоциации включают спонтанные переходы от вербальной проработки разнообразных тем в жизни клиента к исследованиям связей и отношений между этими темами и обратно. Они включают попытки прояснить субъективные чувства с точки зрения реальности и установить текущие динамические и генетически-исторические связи. На этом уровне также выявляется эмоциональный спектр таких «дифференцированных свободных ассоциаций». Рассмотрение всех уровней развития позволяет значительно расширить использование терапевтом свободных ассоциаций клиента.

Можно также определить позицию аналитической нейтральности, занимаемую терапевтом в психоаналитической ситуации, с точки зрения теории развития. Она включает в себя создание спокойного, безопасного, но интересного окружения (первый уровень), обеспечение возможности для вовлечения с чувством поддержки и позитивным эмоциональным качеством (второй уровень), способность слушать и понимать вербальные символические паттерны и устанавливать тематические связи между ними, оставаясь при этом нейтрально настроенным по отношению к возникающим темам, не проявляя каких-либо предпочтений (третий и четвертый уровни).

Традиционное понятие рабочего альянса апеллирует к сложной дифференцированной структуре эго, позволяющей клиенту эффективно сотрудничать с терапевтом. Такая концепция может быть слишком искусственной, и следует рассматривать различные уровни рабочего альянса в контексте развития. Самый элементарный аспект рабочего альянса относится к раннему уровню развития эго и к способности клиента распознавать паттерны, испытывать интерес к их расшифровке. На второй стадии наблюдается важнейшее основание рабочего альянса –

отношения (с аналитиком), которые позволяют выдержать переносные реакции, включающие разочарование, гнев, чувство потери, так же как и возбуждения. На уровне организованной целенаправленной коммуникации клиент начинает дифференцировать «я» и «ты», различные эмоциональные темы и отношения, он может поведенчески относиться к аналитику разными способами. На уровне выработки и дифференциации репрезентаций появляется более традиционное видение рабочего альянса. Клиент репрезентационно и вербально организует описания собственных чувств в терминах субъективных состояний, переносных паттернов и реальности рабочих отношений с аналитиком.

Конфликты также можно рассматривать в контексте модели развития эго. Тип интернализированного конфликта зависит от стадии развития. На уровне саморегуляции и интереса к миру возникает конфликт между потребностью в спокойствии, саморегуляции и сенсорным возбуждением. На уровне привязанности – конфликт между желанием вовлечения и тенденцией к отстранению и контролю окружения. На уровне организованного поведения часто наблюдается конфликт между агрессивным аспектом целенаправленного поведения и тенденцией к пассивности, согласию, позволяющим сохранить непрерывность взаимодействия с объектом любви. На уровне выработки репрезентаций возникает конфликт между независимостью (я размещаю внутри целый мир в символах) и зависимостью от реальных объектов (я – часть мира внешних объектов). На уровне дифференциации репрезентаций наблюдается конфликт фаллического самоутверждения с недифференцированным единением себя и объекта.

Концепции переноса и прорабатывания также подвергаются модификации при введении в рассмотрение уровней развития эго.

Модель терапевтического изменения

Традиционный психоаналитический взгляд на терапевтическое изменение основывается на центральной роли интрапсихического конфликта, однако этого недостаточно для адекватного объяснения различий в процессе психотерапии у некоторых клиентов. Существенным дополнением оказывается общая теория научения, основанная на развитии эго-функций.

Можно описать несколько параметров, развитие по которым необходимо для успешного вовлечения эго в терапевтический рост: 1) тенденция использовать развивающиеся способности для вовлечения в новые переживания и организации и интеграции нового опыта для достижения саморегуляции; 2) доступность фазо-специфического опыта и переживаний в соответствии с индивидуальными различиями; 3) овладение опытом и интеграция предыдущего уровня развития для формирования

готовности к следующему уровню; 4) способность до некоторой степени к отказу от удовлетворения, ассоциированного с предыдущим уровнем; 5) способность справляться с потенциальными страхами, ассоциированными с вовлечением в опыт нового уровня, соответствующими удовольствиями и вызовами.

Установление терапевтических отношений в соответствии с уровнем развития клиента обеспечивает основу для эффективных изменений и роста эго. Другой важный компонент – способность терапевта обеспечить намеренную, организованную, целенаправленную коммуникацию, используя полный спектр тематически-эмоциональных переживаний в четырех общих категориях: эмоциональное вовлечение, дорепрезентационные целенаправленные сигналы, выработка репрезентаций и их дифференциация. Особое внимание нужно периодически уделять довербальной жестовой коммуникации, способностью к которой нередко ошибочно считают гарантированной и интуитивной. Базовый уровень аналитической нейтральности и внимания обеспечивает эмпатическое слушание с подходящим пояснением материала и интерпретирующими комментариями.

Кроме этих базовых переживаний, необходимым для роста и изменения ингредиентом является разрешение интрапсихического конфликта, который способен блокировать способности эго к дальнейшему развитию. Однако важно выйти за пределы обычного взгляда, что интерпретации конфликта самого по себе, даже в контексте переноса, достаточно для того, чтобы помочь клиенту достичь его разрешения и обеспечить структурное изменение. Аналитик или терапевт должен найти способы отказаться от участия в текущих невротических паттернах клиента на всех необходимых уровнях. Сначала аналитик переживает и проясняет переносную природу отношений клиента и терапевта так же, как собственные контрпереносные тенденции. Идентифицируя их и стабилизируя при помощи прояснений и интерпретаций, аналитик прекращает поддерживать переносный паттерн с клиентом. Клиент затем осуществляет процесс отвержения архаических, примитивных объектных связей, формируя более зрелые. Этот ход событий повторяется относительно каждого фрагмента переноса.

В целом, в дополнение к традиционно рассматриваемому инсайту, аналитическая или психотерапевтическая ситуация обеспечивает следующие компоненты успешного научения.

1. Базовая безопасность при вовлечении в отношения и довербальном присоединении.
2. Возможность оживить и описать невротические конфигурации опыта.

3. Возможность вовлечения в невротический паттерн на уровне недифференцированного опыта посредством свободных ассоциаций.

4. Возможность отказаться от этого паттерна на том же уровне недифференцированного опыта. Это формирует тенденцию к обучению посредством обобщений. Это также обеспечивает возможность отказаться от невротических паттернов на уровне организации подобном тому, на котором они были изначально выучены.

5. Истинная нейтральность аналитика облегчает отказ клиента от старых паттернов. Осознавая их, аналитик больше не вовлекается в их отыгрывание клиентом. Он заменяет такое отыгрывание прояснением и интерпретацией.

6. Аналитик справляется с избеганием новых подходящих паттернов посредством прояснения и интерпретации страхов в широком спектре соответствующих возрасту чувств и поведения. Безопасность аналитической ситуации и отказ от вовлечения в старые паттерны обеспечивает клиента необходимой мотивацией для формирования новых паттернов.

В данной модели видно использование дополнительных ролей инсайта и переносного взаимодействия в контексте общей теории научения.

Модель краткосрочной динамической психотерапии

Полезное приложение стадияльная модель находит в краткосрочной терапии при развитии подходов к психоаналитической ситуации.

В психоаналитической ситуации клиент научается идентифицировать и прорабатывать конфликтные паттерны в переносных отношениях с терапевтом. В краткосрочной динамической психотерапии клиент обучается распознаванию и переживаниям новых паттернов вне терапевтической ситуации, в реальных отношениях с другими, которые обеспечивают необходимую интенсивность и возможность обобщения опыта. Выделяют два основных типа такой психотерапии – поддерживающая и собственно динамическая краткосрочная терапия.

О поддерживающей терапии речь идет, когда структура эго у клиента относительно слабая, и терапевт чувствует, что психоанализ или интенсивная психоаналитическая психотерапия будут для него скорее разрушительным опытом. Цель здесь – не развить интенсивные переносные отношения, стимулирующие внутренние конфликты клиента, а поддержать базовые функции эго и постепенно помочь клиенту сформировать более эффективные паттерны адаптации. Некоторые клиенты после достаточного для укрепления эго периода поддерживающей терапии способны перейти к интенсивной аналитической работе.

В поддерживающей терапии особое значение имеет понимание важности вовлеченности в отношения и довербальной целенаправленной коммуникации в жизни клиента. Основу такой терапии составляют

регулярность встреч с терапевтом, тот факт, что отношения не нарушаются сильными аффектами, глубоким разочарованием, яростью клиента и ответной реакцией терапевта, отчужденным поведением или ревностью клиента. То, что терапевт не отыгрывает контрпереносные чувства и принимает ожидаемые клиентом трудности при вовлечении в работу, а также способен расшифровать довербальные сигналы и создать доре-презентативную основу чувства реальности, помогая клиенту находить в мире островки логики и понимания, порождает чувство безопасности, принятия и, что еще важнее, ощущение личностной определенности. Безопасность отношений обеспечивает стабильность текущего функционирования эго и возможность расширения на этой основе репертуара поведенческих и эмоциональных реакций с дальнейшим развитием репрезентаций аффективных состояний.

В противоположность поддерживающей терапии динамическая краткосрочная психотерапия подходит для клиентов с относительно ненарушенными базовыми функциями эго, которые обеспечивают возможность успешного вовлечения и намеренной коммуникации, а также способность к выработке и дифференциации репрезентаций. Это индивиды, не имеющие устойчивых личностных расстройств или острых невротических нарушений, требующих психоанализа или долгосрочной интенсивной динамической психотерапии. У них достаточно гибкая развитая структура эго (ожидаемые невротические конфликты незначительно мешают этой гибкости), но им встречаются жизненные проблемы и трудности, которые они не могут разрешить одни, без овладения новыми адаптивными способностями. Терапия с такими клиентами может продолжаться несколько месяцев с частотой, скажем, раз в неделю.

Оценивая готовность клиента к краткосрочной динамической работе, важно убедиться, что он уже установил хорошее функционирование на уровнях вовлечения, доре-презентационной, организованной коммуникации, выработки и дифференциации репрезентаций, способен абстрагировать эмоциональные состояния и развивать репрезентации в большинстве областей, включая удовольствие, зависимость, самоутверждение, соревнование, агрессию и т.д., способен дифференцировать опыт в широком спектре тематически-аффективных областей, в отношении различия «я и не-я», в восприятии времени и пространства. При этом клиент, как правило, испытывает трудности в выработке или дифференциации репрезентаций относительно конкретного вызова или проблемы в настоящем. Краткосрочная терапия помогает ему расширить соответствующие способности в отношении этого достаточно узкого аспекта опыта, не опираясь на перенос как основной контекст процесса обучения. Это не означает, впрочем, игнорирования переносных тем в работе. Терапевт

в данном случае выступает в роли консультанта в ситуации взаимного сотрудничества. Как консультант, он тщательно отслеживает переносные чувства и проясняет их – как негативные, так и сильно эротизированные и ориентированные на зависимость позитивные чувства. Он помогает клиенту исследовать их и активно использовать развивающиеся способности к самонаблюдению и обобщению в повседневной жизни.

Условно можно описать работу в данной модели последовательно обобщенных шагов. На первом шаге терапевт, используя функционирующие способности клиента к вовлечению и целенаправленной коммуникации, устанавливает раппорт и взаимную базу для сотрудничества. На втором шаге терапевт и клиент вместе пытаются понять природу текущей жизненной проблемы и ее динамическую конфигурацию, используя способности клиента к сложным репрезентациям. На третьем шаге терапевт как консультант помогает клиенту вовлечься в игнорируемые области обработки репрезентаций, аффективно-тематические области, в которых гибкость эго клиента может быть существенно ограничена. На четвертом шаге терапевт помогает клиенту репрезентационно поработать и выделить новые аффективные темы, которые тот переживает. Равновесие восстанавливается и возникают новые адаптивные паттерны.

Применение для семейных процессов

Такая перспектива основывается на ряде принципов. В первую очередь групповые паттерны формируют некую самостоятельную сущность, будь это пара, семья или малая группа. Различные люди – части, составляющие целое, т.е. участники – члены семьи, члены группы, супруги – элементы большей структуры.

В отношении какой-то определенной общей темы семья как самостоятельная сущность может иметь свой собственный уровень развития, частично независимый от индивидуальной динамики каждого из членов этой семьи. На этом уровне развития семья способна на реализацию определенного тематического и аффективного спектра переживаний, который может быть очень ограниченным или широким и гибким. Каждую семью можно описать (даже построить более-менее стандартизованный профиль) в понятиях, доминирующих тем, уровней развития и тематически-аффективного репертуара.

Тот же подход применим и к группам вообще. Один из принципов групповой динамики звучит так: характерный уровень развития, организующий поведение, чувства, мысли и желания семьи, большой группы или пары – часто более низкий, чем уровни развития отдельных членов. Развивая уникальную идентичность, любая социальная структура пытается найти собственный организующий принцип, способ, которым ее

элементы могут относиться друг к другу и к остальному социуму. В данной модели даже дисгармония и практическое отсутствие отношений могут рассматриваться как некий уровень, пусть и крайне низкий, уровень «вовлеченности». Низкие (или средние) уровни развития характеризуются дезорганизованными поведенческими паттернами, но наличием вовлеченности между элементами. На следующем уровне существуют организованные поведенческие паттерны. Уровнем выше наблюдаются абстрагированные паттерны, такие как разделяемые членами группы смыслы. И так далее. В поиске общего основания для объединения члены группы могут находить более высоко организованные темы (абстрактные унифицирующие принципы) или более примитивно организованные.

В отсутствие дифференцированной абстрактной темы, идеи более конкретная тема или ритм могут связать вместе членов группы. На самом низком уровне это могут быть только телесные, физические потребности (тепло, пища). На более высоком уровне члены группы могут обнаружить, что их связывают общие потребности в некотором чувстве отношения, привязанности – социальный голод. Примером может служить слепое послушание харизматическому лидеру. На еще более высоком уровне группу может связать намеренное поведение, выраженное в общих ритуалах. Организация может также осуществляться вокруг конкретных тем, таких как зависимость, гнев, возбуждение. Некоторые ценности могут лишь казаться «высоко» абстрагированными. Скажем доктрина всеобщей любви может не интегрировать гнев, возмущение и соревнование, а просто игнорировать их. Зло и агрессия просто исчезают перед лицом любви. Такая идеология основана скорее на расщеплении (примитивном психологическом механизме уровня организованного поведения). Групповые ценности могут выражаться глубоко абстрактным, интегрированным способом или в конкретных ригидных символах. В конкретизации может выражаться и интерпретация соответствующих ценностей.

В целом объединения людей могут всегда рассматриваться как очень конкретным образом, так и очень абстрактным. Полезно научиться интегрировать оба варианта.

Терапевтическую цель в работе семьями можно сформулировать следующим образом: изменить равновесие в группе, естественно найденное ею на низком уровне из-за недостатков интегрирующих и дифференцирующих структур, на равновесие более высокого уровня. Некоторые группы могут осуществить этот переход сами, некоторым требуется внешняя помощь. В этом процессе успешно могут быть использованы и способы переживания, которые облегчают и индивидуальное развитие эго.

Подход к психопатологии, основанный на развитии

Дефицит эго-функций в определенном возрасте может спровоцировать развитие соответствующей психопатологии. Но необходимо помнить, что психопатология может быть обусловлена множеством факторов, и не пытаться сводить все причины к одной. Четыре общие категории ранней организации опыта полезны для функциональной диагностики в терминах процесса развития.

1. Уровень вовлечения. Способность к вовлечению в человеческий мир (в отличие от мира недифференцированных неодушевленных объектов) формируется на первых двух стадиях развития эго в первые полгода жизни. Она может нарушаться трудностями сенсорной модуляции и переработки информации, моторной координации и планирования, различения аффективных состояний. Большую роль на этом уровне могут играть физические и физиологические характеристики младенца.

2. Уровень намеренного, интерактивного, организованного поведения и аффектов включает в себя стадии соматопсихологической дифференциации и поведенческой организации. Большую роль играет способность к интерактивному обмену сигналами. Главные эмоциональные сообщения в жизни организуются на этом уровне. Нарушения коммуникации со взрослым могут стать серьезной проблемой в развитии.

3. Уровень символизации. Здесь формируется способность к внутреннему представлению паттернов аффекта-влечения, их тематической проработке.

4. Уровень символической дифференциации. Формируются дифференцированные представления о себе и объектах, устанавливаются базовые функции эго – тестирование реальности, контроль внутренних импульсов, поддержание стабильного настроения, способность концентрироваться и ожидать.

При рассмотрении психотических явлений часто на передний план выходит недостаточная способность клиента дифференцировать на символическом или репрезентационном уровне различные мысли и эмоциональные состояния. Идеи такого индивида часто не имеют логической связи друг с другом или кажутся организованными, но неадекватно разделенными на субъективные и объективные, относящиеся к себе и к другим, к реальности и фантазии. Также может быть нарушена способность интегрировать идеи и эмоции, а поведение – не соответствовать реальности. Можно рассмотреть соответствующие нарушения на всех четырех уровнях организации опыта, что позволяет более тонко описать различные подгруппы психотических явлений. В разных психотических состояниях те или иные способности символической

дифференциации нарушены. Другой подтип патологических феноменов наблюдается, когда существует дефицит символической функции вообще, неспособность представить тот или иной опыт. При «сумасшедшей» манере речи и самовыражения поведение может быть достаточно реалистичным и организованным. Наоборот, если наблюдается острый дефицит на уровне намеренных паттернов поведения, человек может вести себя дезорганизованно и несогласованно с реальностью даже при сохранной репрезентативной способности. Дезорганизация на довербальном уровне может затрагивать только определенные эмоционально-тематические области. Нарушения на уровне вовлечения также могут быть характерными для психотических расстройств и проявляться в отчуждении или симбиотическом слиянии с другим.

Клиенты с пограничными расстройствами иногда способны к вовлечению, организованному поведению, символизации, в том числе достаточно дифференцированной, но в другое время испытывают явные трудности с различением фантазии и реальности, регуляцией настроения, эмоций и поведения. Для этой группы индивидов характерны «переключения» от высших уровней функционирования к низшим. Как правило, произошло частичное овладение способностями первых трех уровней организации опыта. Большинство пограничных клиентов демонстрируют явные проблемы на уровне символической дифференциации. Это часто не полное отсутствие соответствующих способностей, а недостаток стабильности дифференциации собственного «я» и другого. Обострение может возникать, например, в условиях стресса. Как правило, нарушена способность интегрировать эмоциональные состояния. В отличие от психотика «пограничник» способен на поведенческое тестирование реальности. При рассмотрении пограничных расстройств полезно выделять нарушения разных типов эго-функций и нарушения, связанные с различными тематическими областями переживаний аффектов и влечений.

Личностные расстройства обычно характеризуются фиксированными, негибкими, дезадаптивными повторяющимися паттернами мыслей, чувств, поведения, касающимися внутреннего восприятия влечений-аффектов, эмоциональных состояний, конфликтов и отношений с другими людьми. Примерами таких паттернов могут быть навязчивые и истерические паттерны, пассивно-агрессивные, пассивно-зависимые, депрессивные, нарциссистические, антисоциальные и мягкие шизоидные паттерны. С точки зрения стадий эго-развития личностные расстройства включают тенденцию индивида «отчуждать» определенные аспекты опыта. При таких нарушениях на передний план выходят трудности с репрезентацией и дифференциацией представлений. Отсут-

ствие представлений или недифференцированность и примитивность соответствующих областей опыта будет указывать на конкретные расстройства и нозологические категории. Недостаток репрезентационной дифференциации также неизбежно будет порождать интрапсихический конфликт с естественной тенденцией развития, столь характерный для всех личностных расстройств.

В случае невротического поведения эго успешно организует влечения-аффекты, поведенческие тенденции, интерактивные паттерны на всех уровнях, однако на уровне символической дифференциации конфликты различных склонностей, желаний и интернализированных запретов порождают соответствующие симптомы, характерологические компромиссы и поведенческие шаблоны. В терминах организации эго невротическое поведение можно описать как результат наложения относительно недифференцированной стадии переживаний на более дифференцированные состояния. Менее дифференцированные состояния вытеснены в структурном смысле и склонны порождать внутренний конфликт, являясь угрозой целостности эго. Угроза приводит к формированию вторичных защит, повышению тревожности и другим дисфорическим аффектам.

Терапевтический процесс требует от клинициста приспособления к разным психопатологиям. С психотическими явлениями необходима работа на всех четырех уровнях организации опыта. Работа с пограничными расстройствами также требует внимания ко всем четырем уровням ввиду легкой возможности регрессии, но главный фокус поддерживается на уровнях символизации и символической дифференциации. Умеренные и острые личностные расстройства, как правило, требуют расширения тематически-аффективного репертуара и стабилизации соответствующих переживаний. Особое внимание следует уделять не только конфликтам и регрессивным позициям, но и страху, связанному с прогрессом в развитии и тематическим расширением. Терапевтическая работа с невротиками включает использование дифференцированных частей личности, чтобы помочь клиенту проработать репрезентации и дифференцировать инкапсулированный аспект опыта. Этой цели хорошо служит процесс свободных ассоциаций в психоаналитической терапии или «свободный разговор» в других видах исследовательских терапий.

В целом терапевтический подход должен быть направлен как на разрешение конфликтов, так и на формирование соответствующих структур психики.

Рассмотрение детской диагностики, психопатологии и психотерапии

Концепция четырех уровней опыта применяется С. Гринспеном (Greenspan, 1989) для рассмотрения ключевых вопросов терапевтической работы с детьми.

Оценка психической организации ребенка трех с половиной – четырех лет начинается с уровня вовлечения и разделяемого внимания. Начальная цель – оценка сенсорных, моторных функций и аспектов восприятия языка в том, как ребенок проявляет внимание и перерабатывает информацию. Другие важные показатели – качество отношений и стабильность настроения. На втором уровне оценивается качество невербального поведения и доступный эмоциональный спектр. Также можно определить степень тревожности ребенка. На репрезентационном уровне, уровне смысла оценивается содержание вербальной коммуникации. При этом оцениваются способности ребенка символизировать поведение и чувства в ролевой игре или функциональном использовании речи. Затем рассматривается ширина и глубина тематически-аффективных репрезентаций. Тематические последовательности в игре могут указывать на то, как ребенок начинает организовывать свой внутренний мир. На следующем уровне оценивается символическая дифференциация и степень категоризации смыслов, связность или фрагментированность тем. Способность к тематической организации материала уже соответствует таковой у взрослого человека. На этом уровне также раскрывается степень устойчивости базовых личностных функций, включающих тестирование реальности, контроль импульсов, стабилизацию настроения, концентрацию внимания и дифференциацию себя и других.

В результате диагностики должен быть получен ответ на два общих вопроса: насколько устойчиво ребенок достиг ожидаемого уровня развития и каков его тематический и аффективный репертуар на этом уровне развития.

В психотерапии с детьми так же, как и со взрослыми, выделяются два аспекта – разрешение конфликтов и построение адаптивной психической структуры, причем второму компоненту, как правило, уделяется меньше внимания. Концентрируясь на аспектах терапии, связанных со структуризацией психики, можно превратить интуитивные и неспецифические элементы терапевтического процесса в специфические и систематические. Просто привлекая ребенка, находя способы втягивания его в отношения, поддерживая голосовой и визуальный контакт и внимание, можно помочь организации опыта на уровне вовлечения. Концентрируясь на невербальных жестах, самовыражении, можно помочь ребенку организовать поведенческую систему коммуникации. На репрезентационном уровне структуризации способствует выстраивание простых, а затем и сложных, сюжетных последовательностей в игре и общении. В дальнейшем необходимо включение в игровую деятельность логических рассуждений, переходов от фантазии к реальности, обратной связи относительно временных и пространственных контекстов. Важную

роль играет установление и соблюдение определенных правил как во время терапевтической встречи, так и в семье и в других социальных ситуациях.

Концепции раннего развития эго предполагают отличные от обычных взгляды на детскую психопатологию. Теперь нозологические категории можно рассматривать в терминах организационных расстройств. Цель терапии в таком случае – помочь ребенку восстановить адаптивный процесс развития.

Эмоциональное и социальное развитие младенцев и детей с расстройствами развития

Большинство младенцев с расстройствами или задержками развития способны к прогрессу в этом отношении, но исследования и клиническая практика убеждают, что такой процесс нельзя считать гарантированным. Чтобы выдержать требования реализации эмоционального потенциала и достижения соответствующих отношений со своей семьей и внешним миром, такие дети могут нуждаться в особых условиях заботы. Многие дети со специфическими потребностями в наше время получают помощь в преодолении моторно-двигательных проблем, речевой задержки, когнитивных трудностей. Однако социальные и эмоциональные аспекты развития еще очень часто игнорируются в такой работе. Профессионалы и родители могут действовать совместно, чтобы обеспечить ребенку опыт адаптивных эмоциональных паттернов в контексте не только возрастных требований, но и индивидуальных различий как младенцев, так и их семей.

Можно выделить несколько клинических принципов интегрального подхода к сенсорному, моторному, когнитивному и эмоциональному развитию.

1. Каждая деятельность, направленная на улучшение сенсорного, моторного или когнитивного функционирования должна также способствовать облегчению организации соответствующих возрасту эмоциональных паттернов.

2. Каждый эмоциональный или социально полезный паттерн как в начале своего формирования, так и в завершенной форме должен получать своевременный подходящий для данного возраста подкрепляющий эмоциональный ответ.

3. Каждое эмоционально адаптивное взаимодействие должно облегчать самоинициацию (в порождении подобных эмоциональных паттернов) и обобщение, генерализацию (и абстракцию) этих паттернов в других областях и контекстах функционирования.

4. Необходимо поддерживать и обеспечивать дополнительную практику самодифференциации. Для этого нужно обеспечить допол-

нительные возможности межличностного взаимодействия, в которых 1) ребенок может переработать полный спектр человеческих эмоций и аффективных тем, включая близость или зависимость, удовольствие, самоутверждение и любопытство, гнев, протест, самоограничение, и в дальнейшем – эмпатию и любовь, 2) тот, кто заботится о ребенке, отвечает ясно и аккуратно на эти переживания ребенка с обеспечением обратной связи, порождающей чувство понятости и поддерживающей дальнейшую проработку, инициируемую самим ребенком.

Принципы терапии, основанной на развитии

В первой главе более поздней книги автор описывает основные и самые общие принципы терапевтического подхода, основанного на описанной модели развития. Сама книга включает подробное изложение и дальнейшую практическую разработку идей о терапевтических приложениях, приведенных в «Развитии эго».

Автор выделяет четыре общих принципа.

1. Терапевт опирается на естественные склонности и интересы клиента, используя несколько базовых процессов в развитии одновременно.

2. Терапевт всегда основывает коммуникацию и деятельность на специфическом уровне развития, достигнутом клиентом.

3. Терапевт стремится достичь эффективного изменения, помогая клиенту конструировать опыт на уровне или уровнях, которыми тот не овладел или овладел лишь частично.

4. Терапевт должен всегда помогать клиенту развить самодостаточность и самоутверждающее поведение. Этот принцип, будучи принятым в большинстве динамических подходов, часто игнорируется.

Перспектива теории развития может значительно обогатить стандартные терапевтические подходы. В психоанализе понимание принципов раннего развития облегчит работу с довербальными и дорепрезентационными переносными явлениями, соответствующими выражениями желаний, конфликтов и защит, улучшит оценку структурных элементов психики. В поддерживающей терапии такое понимание обеспечит конкретные описания типов переживаний и опыта, необходимых для структурного роста. В гибридных подходах, одновременно аналитических и поддерживающих, можно использовать комбинации соответствующих элементов терапии. Поведенческие и когнитивные терапии получают разработанную карту развития, позволяющую помещать конкретный симптом в более общий поведенческий, когнитивный и аффективный контекст. В системных и семейных терапиях данный подход также находит применение, как показано выше.

Клиническая оценка уровней развития

Концептуальная схема теории развития эго помогает специалистам изучить и описать различные аспекты функционирования, наблюдаемые в клинической ситуации. Описанный подход расширяет возможности такого описания, предпринятого в работах психологов XX века, – А. Фрейд, Э. Эриксона, Ж. Пиаже, М. Малер, Д. Винникотта и более современных авторов.

Для получения диагностических формулировок структуралистская модель развития выделяет более абстрактные категории, отражающие общий статус развития, из детальных наблюдений организационного уровня человека и его ориентации на соответствующий опыт. Категории размещаются в континууме от неадаптивных до адаптивных паттернов развития. Один тип нарушений – дефекты в организации интегрированного восприятия и выражения. Другой – ограничения гибкости личности. Третий – инкапсулированные расстройства, описывающие неспособность человека поддерживать континуальность опыта во времени в некоторых узко очерченных рамках переживаний.

Примеры патологических нарушений в развитии на каждом уровне:

1) гомеостаз (0 – 3 месяца). Нерегулируемое (например гипервозбудимость) или отчужденное (апатичное) поведение;

2) привязанность (2 – 7 месяцев). Тотальное отсутствие вовлеченности в мир людей или неэмоциональное, поверхностное, обезличенное вовлечение (например аутистические паттерны);

3) соматопсихологическая дифференциация (3 – 10 месяцев). Хаотичное поведение и аффекты или ограниченное, ригидное, стереотипное поведение (аффекты);

4) поведенческая организация, инициатива и интернализация (9 – 24 месяца). Фрагментированные, стереотипные и поляризованные поведение, эмоции (например отчуждение, малейшее отсутствие протестных реакций, гиперагрессивность, дезорганизованное поведение);

5) возникновение и разработка эмоциональных идей (1,5 – 3 года). Отсутствие символической проработки. Конкретное поведение, поверхностные, поляризованные эмоции, фрагментарное, недифференцированное или ригидное чувство «я» в отличие от «других». Нарушения тестирования реальности, импульсного контроля, стабильности настроения (например пограничные и острые личностные расстройства);

6) эмоциональное мышление (2 – 4 года). Ограниченность или дефективность производных репрезентационных способностей – в основном в отношениях латентного и подросткового периодов.

На практике подход, основанный на теории развития, может использоваться вместе с традиционными диагностическими схемами классификации.

Таким образом, описанная модель раннего развития эго предполагает ряд центральных процессов развития, существенных для здорового роста личности. С. Гринспен (Greenspan, 1989, 1997) рассматривает и их взаимоотношение, и сконструированные в этом ключе модели психотерапевтического процесса и психопатологии. Что наиболее важно, перспектива развития эго предполагает определенные принципы профилактики. Эти принципы можно представить себе в виде пирамиды. В ее основании находятся базовые потребности, необходимые для выживания, – пища, кров, безопасность, медицинское внимание и т.д. На втором уровне – другой существенный ингредиент развития – относительно стабильные человеческие отношения. И на третьем уровне – фазоспецифичные опыты и переживания, необходимые любому ребенку на каждой стадии развития. Успех профилактики в развитии напрямую зависит от углубленного понимания путей и механизмов развития и наших способностей, и умения мобилизовать необходимые семейные и общественные ресурсы.

Список литературы

1. Greenspan S. I. Appendix: The Clinical Assessment of Developmental Levels. In *Developmentally Based Psychotherapy*. Madison, CT: International Universities Press. 385-426 pp. 1997.
2. Greenspan S. I. Introduction to Developmentally Based Psychotherapy. Chapter 1. In *Developmentally Based Psychotherapy*. Madison, CT: International Universities Press. 1-69 pp. 1997.
3. Greenspan S. I. *The Development of the Ego: Implications for the personality theory, psychopathology, and the psychotherapeutic process*. Madison, CT: International Universities Press. 1989.

4.2. Когнитивно-поведенческий подход к коррекции детско-родительского взаимодействия

Когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная) психотерапия (от англ. cognitive behavioural therapy) – общее понятие, описывающие подходы в психотерапии, в основе которых лежат идеи, что причиной психологических расстройств являются:

1) дисфункциональные убеждения и установки («когнитивная»);

2) неадекватное функциональное поведение («бихевиоральная»).

В данном контексте термин «функциональный» означает, что поведение клиента (в нашем случае – ребенка или родителя) направлено на достижение определенной цели и удовлетворение определенных потребностей; может быть ответом на условия среды или результатом научения/выученной реакцией (например выученная беспомощность); а также отсутствием определенных поведенческих паттернов, которые помогают удовлетворить потребность соответствующим «экологичным» способом (т.е. родитель/ребенок не знает, как себя вести в определенной ситуации) (Залевский, 2002).

Подход особенно распространен в США и Германии.

Терапия детско-родительского взаимодействия (parent-child interaction therapy, PCI-therapy) чаще всего использует именно подход научения *родителей* определенным навыкам реагирования и действий, особенно если мы говорим о детях раннего возраста.

Бихевиоральный подход разграничивает отклонения в развитии и нарушения поведения. Если первые обычно связаны с органическими нарушениями работы мозга или обусловлены генетически, то нарушения поведения – в узком смысле – являются следствием научения (Немировская, 2017). Но при этом разграничении для когнитивно-бихевиоральной терапии важна *не* столько *сущность* поведенческих проявлений, сколько *выявление возможностей* терапии. Если именно поведение родителя спровоцировало нарушение поведения ребенка, то оно становится первоочередной целью интервенции. Если поведение ребенка является проявлением отклонений в развитии, то родитель выступает «ко-терапевтом».

Как правило, схема терапии детско-родительского взаимодействия в когнитивно-бихевиоральном подходе стандартная:

1) знакомство с семьей, анализ факторов, которые могут повлиять на поведение ребенка (темперамент, заболевания, стрессовые события в жизни ребенка, материнская депрессия, противоречия в семейном воспитании и пр.), анализ взаимодействия ребенка и родителя (обычно с применением видеозаписи, чтобы оценить родительские навыки и

степень поведенческих расстройств ребенка; показать родителю определенные паттерны поведения и проанализировать поведение в целом; оценить эффективность интервенций);

2) разработка траектории терапии, постановка задач и выбор способов терапии;

3) проведение программы вмешательств;

4) оценка эффективности терапии.

Процедура взаимодействия для анализа и кодирования поведения зависит от конкретной цели и задач терапии. Так, АВА-терапия (прикладной анализ поведения) нацелена обычно на обучение детей с расстройствами аутистического спектра и обучение их родителей взаимодействию с ними.

Бихевиоральный подход, рассматриваемый Удо Б. Брака, предполагает модификацию различных поведенческих нарушений: от расстройства питания и нарушений опрятности до нарушения активности и игрового поведения. Особое отличие их работы состоит в том, что каждое нарушение поведения ребенка они стандартизируют по форме (постановка проблемы, методы диагностики, ход обследования, границы проблемной области, терапевтические интервенции, контроль эффективности) и описывают новые, перспективные тенденции в исследовании конкретной проблематики (Брак, 2007).

«Постановка проблемы» предполагает описание расстройства, его проявления и характеристики. Например работа с агрессией, провокациями и негативизмом. Так, агрессия может рассматриваться как склонность, как следствие фрустрации, как подражание наблюдаемым поведенческим стратегиям, как следствие физиологических процессов и пр.

«Методы диагностики» предполагают анализ проблемы через перечисление последовательности необходимых диагностических методик (например опрос родителей, наблюдение за поведением, протоколы обследований функционирования органов и сенсорных систем, оценка уровня развития ребенка, например его интеллекта).

«Ход обследования» предполагает более развернутое описание порядка использования методов диагностики с примерами. Анализируются конкретные признаки ситуации (облегчающие, утяжеляющие условия), ожидания и установки родителей, поведенческие проявления (моторные, эмоциональные, их частота и пр.). В результате формируется функциональное и структурно-топографическое описание поведения родителей и ребенка. Анализ дает нам объективную картину поведения, описание поведения через схему «стимул – организм – реакция», что позволяет проанализировать поддерживающие условия поведения (запускающие стимулы и последствия), выработать новые схемы пове-

дения, а также перейти к следующему этапу и определению мишенной терапии.

Этап «границы проблемной области» предполагает выяснение причин поведения и, соответственно, выявление акцентов, на которые стоит обратить внимание в первую очередь. Например, избирательный мутизм дифференцируется в первую очередь от любых форм отставания в речевом развитии независимо от причин. А «первичные» страхи у детей отделяются от «сопровождающих» страхов, вызванных побоями и издевательствами или психосоматическими заболеваниями. «Мишени» терапии определяются в терминах *поведения*, которое может быть изменено. Мишень должна быть измерима (например частота просыпания ночью или количество самоповреждений в час). Критерии определения мишени должны учитывать тяжесть проблемы (ущерб от проблемы), центральность проблемы (насколько разрешение этой проблемы вторично уменьшит другие), эффективность (так, иногда следует начать с более достижимой задачи) (Гринспен, 2018).

План работ обсуждается с родителем, поскольку в этом случае родитель становится активным участником терапии, а также может ее скорректировать с учетом знаний о ребенке. Для профилактики выхода родителя из программы коррекции, повышения уровня его осознанности и включенности разработаны мотивационные интервью. В основном все они направлены на установление контакта, прояснение сомнений, выработку совместных решений и поддержку родителей, а также обучение родителей находить эту поддержку и ресурсы самостоятельно.

Терапевтические интервенции зависят от конкретного симптома, и далее будет описан подход, рассматривающий этапность «налаживания» ДРВ. Но чаще всего стратегия бихевиоральной терапии идет в двух направлениях оперантного научения: поддержка, закрепление желаемого поведения и игнорирование нежелательного. Отдельными техниками зачастую являются десенсибилизация, метод «жетонов», выработка ритуалов, имитационное научение; обучение/тренировка определенного поведения (использование похвалы или недиректированного поведения через инструктирование, демонстрацию и ролевую игру); использование домашних заданий и методических материалов для родителей (например как вести себя с ребенком в общественном месте) и др.

Часто используется так называемое прямое научение (*direct coaching*): родительские поведенческие паттерны корректируются в режиме реального времени до того, как родитель начнет практиковать их дома самостоятельно. Кроме того, наблюдая за взаимодействием, терапевт имеет возможность увидеть индивидуальные особенности

диады, а также получить обратную связь от родителя, развеять его сомнения и ответить на вопросы.

Контроль эффективности терапии крайне важен для бихевиорального подхода и осуществляется оценкой динамики конкретного признака до и после интервенции. Существует достаточно большое количество исследований, посвященных ее эффективности. Так, было выявлено, что раннее вмешательство в социальную коммуникацию в группе младенцев с семейным риском развития аутизма демонстрирует серьезный эффект в форме уменьшения общей тяжести продромальных симптомов аутизма и улучшения детско-родительской диадической социальной коммуникации в течение этого периода (Green et al., 2017).

Отдельные исследования посвящены изучению факторов приверженности терапии, поскольку, несмотря на то, что результаты терапевтических вмешательств достаточно убедительны, психологи имеют сложности с их организацией. Посещаемость этих программ составляет всего 35-50 % встреч, и один из трех, кто соглашается участвовать, никогда не приходит вообще (Heinrichs, 2005). Одной из причин отказа от участия является восприятие терапии как вторжения в частную жизнь.

Однако если родители соглашаются на участие в тренингах, то всю программу проходят 77%, и отказ от участия в таком случае, как правило, может быть обусловлен логистическими сложностями. Тяжесть поведенческих проблем ребенка также увеличивает вероятность участия родителя в программе.

Эффективность, как правило, оценивается в результате наблюдения за поведением ребенка и родителя, но это могут быть и отчеты родителей. Так, Эйберг разработала опросник оценки детского поведения для детей от 2 до 16 лет. Он содержит 36 пунктов, которые родитель должен оценить по 7-балльной системе (шкала выраженности нарушений поведения для ребенка), и отдельно – шкалу оценки проблемности поведения. Например: «У него случаются приступы гнева», где «1» – никогда, а «7» – всегда, а также вопрос «Является ли это проблемой для Вас?», на который предполагается ответ «да» или «нет» (Немировская, 2017; Оценка и коррекция..., 2017; Budd, 2011).

Наблюдение за взаимодействием родителя и ребенка может осуществляться в специально оборудованной игровой комнате или в естественной обстановке – в домашних условиях. Родителю можно предложить три этапа взаимодействия (Eyberg, 2000):

1) взаимодействие, направляемое ребенком (пример инструкции: «Сейчас скажите ребенку, что он может играть в любую игру, которую он выберет. Позвольте ему выбрать любую активность, которую он

хочет. Вы только следуете за предложениями ребенка и играете вместе с ним»);

2) взаимодействие, направляемое родителем (пример инструкции: «Это было замечательно. Сейчас мы переключимся на другую ситуацию. Скажите ребенку, что теперь ваша очередь выбирать игру. Вы можете предложить любую деятельность. Постарайтесь, чтобы игра ребенка соответствовала Вашим правилам»);

3) этап «приборки» (пример инструкции: «Все было замечательно. Сейчас мы предлагаем Вам сказать ребенку, что наступило время уходить и игрушки должны быть убраны. Скажите ребенку, что Вы хотите, чтобы он прибрал игрушки. Убедитесь, что Вы заставили ребенка убрать их»).

Длительность каждого этапа – 5 минут. В предложенном варианте инструкции даются через микронаушник и вместо слово «ребенок» называется имя конкретного ребенка.

В Лаборатории мозга и нейрокогнитивного развития (ФГАОУ ВО «УрФУ», г. Екатеринбург) проводится исследование ДРВ в 2 этапа: 1) свободное максимально естественное взаимодействие без игрушек (5 минут) и 2) свободная игра с набором игрушек (10 минут). Примерная инструкция: «Сейчас мы предлагаем Вам повзаимодействовать с ребенком так, как Вы обычно с ним взаимодействуете; побыть вместе с ним. Сначала без игрушек, потом с игрушками» (Токарская, 2017).

Кодирование поведения также зависит от целей и задач. Обычно это частота директивности и поддерживающего поведения, оценка эмоциональности или даже «циклы взаимодействия» (Гринспен, 2018) и пр.

Очень интересны с точки зрения налаживания отношений и взаимодействия именно эти циклы: кто в диаде начинает взаимодействие, кто продолжает, кто и как его заканчивает. Например, ребенок смотрит на родителя, родитель улыбается ему и дает мячик, а ребенок смотрит на родителя и берет мяч. По сути, этот «круг» обмена и есть настоящее взаимодействие. Родителю важно научиться распознавать эти циклы.

Ряд работ предлагает программу коррекции ДРВ разбивать на 2 этапа (Eyeberg, 2000; Herschell, 2002):

1) научение родителя «поддерживающему» поведению во время игры, которую инициирует ребенок (присоединяться к игре, которую выбрал ребенок). Очень важно научить родителя определять собственное поведение: например, директивные команды («Ваня, посмотри на меня!», «пожалуйста, иди сюда»; «положи в коробку»; «найди мячик»; «попытайся снова»; «выплюнь кубик»; «сделай, как я»; «убери руки»; «быстро приберись»; «скажи "Мяу"»; «бегай аккуратно с ножницами»; «я приберу на полу, а ты поставишь на него свою игрушку»; «я хочу, чтобы ты прибрался»; «надевай ботинки»; «помоги мне построить

башенку» и пр.), недирективные команды («Ваня!», «будь хорошей»; «будь аккуратен»; «поторапливайся»; «мы сложим кубики и пойдем»; «давай поиграем»; «поставим это сюда?»; «ты будешь делать, что я сказала?»; «подожди немного»; «сядешь рядом со мной?»), негативные приказы («не трогай»; «хватит бегать с ножницами»; «прекрати бросать»; «прекратишь бегать вокруг?») и утверждения, описательные комментарии (описание того, что ребенок делает: «Ты строишь башню», «ты рисуешь квадрат»), описательные вопросы, похвалы, отражения (повторения или переформулировка сказанного ребенком); физическое воздействие (негативное и позитивное) и пр.

Родителя учат чаще использовать похвалы, отражения, имитации, описания, энтузиазм, и не использовать вопросы, команды, критику. Как только родитель достигает определенных навыков на этом уровне, ему предлагают переходить к взаимодействию, инициированному родителем;

2) научение родителя «направляющему» поведению. Здесь родителю важно научиться быть понятным ребенку, давать четкие, развивающие, соответствующие, прямые/директивные команды и соблюдать последовательные ответы, если ребенок следует им или не следует (Eyeberg, 2007).

Беседа для включения родителя в терапию при таком двухэтапном процессе коррекции может выглядеть следующим образом: «Терапия детско-родительского взаимодействия включает в себя два этапа. Первый посвящен взаимодействию, направленному на ребенка. На этом этапе мы обучаем Вас навыкам игровой терапии, которые Вы будете использовать для изменения поведения Вашего ребенка. Опишите проблемы ребенка, на которые должно повлиять взаимодействие (например). Это умение поможет Вам и Вашему ребенку чувствовать себя лучше, получать удовольствие от общения друг с другом, сотрудничать. Вторая фаза ориентирована на родителя и включает в себя изучение конкретных техник, которые помогут Вашему ребенку научиться сотрудничать и помогут уменьшить сложности во взаимодействии (опишите проблемы ребенка, на которые направлена терапия). Каждый этап занимает около 5 - 6 недель, хотя точное время индивидуально и зависит от конкретной семьи» (Eyeberg, 2008).

K.S. Budd с соавторами описывают клинический случай коррекции ДРВ с мальчиком Уильмом в возрасте 3 лет. Уильям родился с абстинентным синдромом: мать употребляла кокаин, и первый год он жил с ней в реабилитационном центре. Когда ему было 2 года, у матери случился рецидив, который привел к тому, что мальчик стал жить со своей взрослой сестрой у приемной матери. У ребенка наблюдались частые

истерики и протестное поведение. В начале лечения приемная мать Уильяма особенно боролась с его вызывающим поведением, которое, казалось, поддерживалось ее вниманием. Благодаря лечению она смогла научиться обращать внимание на просоциальное поведение и игнорировать раздражающее поведение (например громкий неприятный писк). Уильям больше не получал столько внимания за плохое поведение, и в результате негативное поведение уменьшилось. В результате его приемная мать выглядела расслабленной и с удовольствием играла с ребенком по ходу занятий. К сожалению, приемная мать, не указав причин для отказа от лечения, «вышла» из терапии.

При оценке после лечения мать Уильяма сообщила о заметно сниженном уровне поведенческих проблем ребенка и более низком уровне родительского стресса, связанного с поведением ребенка (Budd, 2011).

Итак, методов психокоррекционной работы в настоящее время создано достаточно большое количество, при этом работа с родителями строится по следующей схеме:

- прояснение запроса;
- укрепление родительской компетентности;
- информирование родителя на предмет поощрения и наказания;
- выстраивание правил и границ;
- улучшение коммуникации и взаимопонимания в семье;
- информирование об особенности прохождения адаптации у детей с ранней депривацией;
- информирование о сформированных защитных механизмах у приемного ребенка;
- информирование о нормах развития и психоэмоциональных особенностях ребенка.

Далее проводятся консультации или тренинги.

Элементы бихевиоральной терапии применяются практически во всех программах и тренингах по коррекции детско-родительского взаимодействия. Она имеет ряд преимуществ: технологичность, структурность, достаточную объективность. Более того, зачастую она более понятна родителям, так как дает им возможность понять, что именно и как делать для улучшения взаимодействия. Исследователи и психологи разрабатывают онлайн-тренинги и оценивают их эффективность по сравнению с традиционными формами коррекции (Немировская, 2017; Flujas-Contreras, 2019). Недостатками и ограничениями могут выступать: интенсивное включение родителя в терапию (важно проводить предварительное мотивационное интервью для включения родителя в коррекцию ДРВ, но не все родители готовы на это).

Список литературы

1. Гринспен, С. На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер.– Изд-во Теревинф, 2018.
2. Залевский, Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования / Г.В. Залевский. – Томск, ЦПКЖК, 2002.
3. Немировская, Е.Г. Терапия детско-родительских отношений: тренинг детско-родительского взаимодействия Шейлы Эйберг (по материалам зарубежных источников) / Е.Г. Немировская // Современная зарубежная психология. – 2017. – Т. 6. – № 2. – С. 81—86. [Электронный ресурс] doi: 10.17759/jmfp.2017060209
4. Оценка и коррекция проблем психологического благополучия детей и семьи: практические рекомендации для психологов, социальных педагогов и других специалистов, работающих с семьей и детьми. Новосибирск, 2017.
5. Ранняя диагностика и коррекция. Практическое руководство в 2 т. / под ред. Удо Б. Брака. – М.: Академия, 2007.
6. Токарская, Л.В. Проектирование процедуры исследования влияния детско-родительского взаимодействия на раннее когнитивное и сенсомоторное развитие детей / Л.В. Токарская, М.А. Лаврова, З.С. Лазаускене, А.В. Кукарских // Коллекция гуманитарных исследований. – № 5 (8), 2017, С.51-59
7. Budd K.S., Hella B., Bae H., Meyerson D.A., & Watkin S.C. (2011). Delivering Parent-Child Interaction Therapy in an Urban Community Clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 502–514. doi:10.1016/j.cbpra.2010.12.002
8. Eyberg S.M Parent-Child Interaction Therapy // *Child & Family Behavior Therapy* · October 2008.
9. Eyberg S.M., Robinson E.A. Dyadic parent-child interaction coding system: A Manual University of Washington 2000.
10. Fluja-Contreras J.M., García-Palacios A., Gómez I. (2019). Technology-based parenting interventions for children's physical and psychological health: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 1–12. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000692>
11. Green J., Pickles A., Pasco G., Bedford R., Wan M.W., Elsabbagh M., V. Slonims, T. Gliga, Jones E.J.H., Cheung C.H.M., Charman T., Johnson M.H. Randomised trial of a parent-mediated intervention for infants at high risk for autism: Longitudinal outcomes to age 3 years 2017 // *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 58(12) DOI: 10.1111/jcpp.12728

12. Heinrichs N., Heike B., Kuschel A., Hahlweg K. Parent Recruitment and Retention in a Universal Prevention Program for Child Behavior and Emotional Problems: Barriers to Research and Program Participation // *Prevention Science*, Vol. 6, No. 4, December 2005. DOI: 10.1007/s11121-005-0006-1

13. Herschell Amy D., Calzada EstherJ., Eyberg Sheila M., McNeil Cheryl B. Parent-Child Interaction Therapy: New Directions in Research // *Cognitive and Behavioral Practice* 9, 9-16, 2002 [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80034-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80034-7)

4.3. Родительская отзывчивость как фактор развития ребенка раннего возраста

Качественные характеристики взаимодействия в диаде «значимый взрослый – ребенок раннего возраста» являются основой обучения ребенка (Выготский, 2018; Эльконин, 1994; Лисина, 1986; Wade et al., 2018), формирования привязанности, базового доверия ребенка к миру (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969; Эриксон, 1996). Различные аспекты поведения родителей оказывают влияние на развитие речи, способности ребенка к сотрудничеству (Landry, Smith, Swank, 2006; Пое, Burchinal, Roberts, 2004). Результаты современных исследований показывают зависимость развития мозга младенцев и детей раннего возраста от эмоциональной атмосферы, в которой они растут. Выявлено, что поведение матери влияет на развитие нервной системы и в частности на развитие отделов мозга, отвечающих за эмоциональные реакции (амигдала) и играющих определяющую роль в способности человека контролировать эмоции на протяжении всей жизни (Gee et al., 2014; Tottenham, 2015). Период беременности и первых двух лет жизни ребенка, когда формируются индивидуальный эмоциональный стиль и эмоциональные ресурсы ребенка, рассматривается как фундамент строительства «социального мозга» – той его части, в которой «формируется процесс управления чувствами в соответствии с действиями других людей, а также процессы становления механизма реагирования на стресс, иммунных реакций и действий нейротрансмиттеров, которые оказывают воздействие на дальнейшую эмоциональную жизнь» (Герхардт, 2012, с. 11). Родители или значимые взрослые, обеспечивающие уход за ребенком, выполняют внешнюю регулирующую функцию эмоций и физиологической реактивности, внутреннего опыта и поведения ребенка раннего возраста и являются буфером в обучении ребенка испытывать страх и реагировать на различные контексты окружения (Callaghan, Tottenham, 2016).

Одной из актуальных задач современной психологической науки и практики является выявление паттернов поведения родителя, определяющих нейрокогнитивное, социально-эмоциональное и коммуникативное развитие ребенка на ранних этапах онтогенеза. Важным направлением исследования становится необходимость стандартизации поведенческих индикаторов значимого взрослого при взаимодействии с ребенком раннего возраста (Галасюк, Шинина, 2017; Галасюк, Митина, 2017а, 2017 б, 2018; Galasyuk, 2018).

Актуальность изучения особенностей взаимодействия взрослого с ребенком раннего возраста обусловлена не только научным интересом к данной теме, но и необходимостью разработки психологических

инструментов для оказания профессиональной помощи родителям в воспитании и развитии детей.

Паттерны поведения родителей, оказывающие негативное влияние на развитие ребенка

Ряд исследователей выделяют паттерны поведения родителя, которые губительны для построения взаимоотношений в диаде (Шпиц, 2000; Фрейд, 1991; Малер, Пайн, Бергман, 2014; Скобло, Трушкина, 2016; Одинокова, 2015).

А.Фрейд указывает на необходимость особого рода физического и эмоционального контакта родителя с ребенком, отсутствие которого влечет за собой появление признаков расстройства у детей. Р. Шпиц удалось выявить предпосылки психических расстройств у детей, обусловленные затруднениями при прохождении определенных сензитивных периодов развития на первых годах жизни. Эти периоды рассматриваются учеными с помощью различных концептуальных положений, но так или иначе в связи с отношениями, которые возникают у ребенка с внешней средой, с первичным объектом любви. Развитие этих отношений определяет «психологическое рождение человеческого младенца» (Малер, Пайн, Бергман, 2014). Рене А. Шпиц выделяет особые характеристики поведения матерей, демонстрирующих патогенные паттерны, среди которых первичное открытое отвержение, первичное тревожное попустительство, враждебность под маской тревоги, колебание между баловством и враждебностью, циклическая смена настроения матери, сознательно компенсированная враждебность. В своих отчетах о результатах наблюдений Р. Шпиц обращает внимание на нюансы *невербального поведения родителя*. Например, мать, демонстрирующая открытое отвержение ребенка, описана следующим образом: «Ее поведение сводилось к попыткам отодвинуться от ребенка; тело, руки, лицо застывали в постоянном напряжении» (Шпиц, 2000, с. 210). Анализ «враждебности под маской тревоги» также включает описание невербального поведения матерей, демонстрирующих подобный паттерн: «они не любили прикасаться к своему малышу или о нем заботиться, систематически лишая ребенка кожного контакта» (там же, с. 228).

О возможности патологического влияния поведения матери на развитие ребенка указывает Винникотт. Это происходит тогда, когда мать в силу каких-либо причин лишена способности выражать восхищение, радость и удовольствие, получаемое ею от взаимодействия с ребенком. В своей концепции об «истинной» и «ложной самости» (Winnicott, 1965) Винникотт отмечает, что обычная «достаточно хорошая» мать обязательно совершает ошибки в отношениях с ребенком, однако развитие

ребенка, его самооценки будет протекать оптимально при условии, что мать способна к *аффективному «зеркальному отражению»* (Winnicott, 1971). В противном случае ребенок в страхе потерять любовь объекта начинает уступать ее желаниям, жертвуя потенциалом своей истинной самости.

Нарушение способности родителя к проявлению *чувствительности к потребностям ребенка* исследовали российские ученые Г.В. Скобло и С.В. Трушкина. Авторами были выделены критерии, позволяющие судить о функциональности либо дисфункциональности диад «мать – младенец» или «мать – ребенок раннего возраста». Предложены поведенческие и эмоциональные маркеры, позволяющие диагностировать пять типов поведения родителя, свидетельствующих о нарушении взаимодействия в диаде: сверхвключенные, низковключенные, тревожно-напряженные, враждебные и насильственные (Скобло, Трушкина, 2016).

Последствия депривации в младенчестве описаны в исследованиях мозга ребенка (Борьесон и др., 2009; Callaghan, Tottenham, 2016).

Понятие «родительская отзывчивость»

В современной научной литературе появился термин «parental responsiveness», что переводится на русский язык как «отзывчивость», «восприимчивость», «чуткость» родителя. Толковый словарь С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведовой дает следующие определения понятию «отзывчивый»: легко отзывающийся на чужие нужды, готовый помочь (Ожегов, 1992). Словарь Д.Н. Ушакова предлагает толковать понятие «отзывчивый» как «сочувственно относящийся к другим». В качестве синонимов используют слова: чуткий, внимательный, чувствительный (Ушаков, 2008).

Родительская отзывчивость рассматривается учеными как мультифакторный конструкт (Deater-Deckard, Pylas, Petrill, 1997; Ruble et al., 2008; Matias et al., 2006; Wade et al., 2018), и содержание данного конструкта в различных эмпирических исследованиях варьируется. Так, Ландри и его коллеги выделяют следующие характеристики отзывчивого поведения родителей: непосредственность, безотлагательность, срочность (immediate); соответствие ситуации, обстоятельствам (contingent); позитивные эмоции, аффективно положительные реакции (affectively positive reactions) (Landry, Smith, Swank, 2006). Джироламетто и его коллеги указывают на такие содержательные характеристики отзывчивости родителя, как способность следовать за текущим фокусом внимания ребенка; поддержка заинтересованности ребенка, его активности (Girolametto L. et al., 1999). Вайд с коллегами (Wade et al., 2018), опираясь на современные исследования, предлагает измерять

родительскую отзывчивость в соответствии со следующими компонентами: 1) чувствительность, 2) взаимность (Matias et al., 2006) и 3) позитивный контроль (Deater-Deckard, Pylas, Petrill, 1997).

Опираясь на теоретический анализ и наш опыт эмпирического исследования взаимодействия родителя с ребенком раннего возраста, мы определяем родительскую отзывчивость следующим образом:

Родительская отзывчивость – это специфическая активность родителя, чувствительность к сигналам ребенка при коммуникации и игре, которая:

- формируется в процессе взаимодействия с ребенком;
- направлена на установление контакта, осуществление диалога родителя с ребенком, «проникновение родителя в мир ребенка»;
- содержит эмоциональный, физический, познавательный и действенный компоненты, каждый из которых можно наблюдать в поведенческих проявлениях (индикаторах);
- имеет динамические характеристики (скорость, частоту и длительность реакции);
- претерпевает изменение в процессе развития ребенка и зависит от возраста ребенка.

Формирование и развитие родительской отзывчивости происходит во время спонтанного взаимодействия с ребенком, во время игры, когда оба участника получают удовольствие от совместной деятельности, от процесса, а не от стремления достичь конкретного результата.

Родительская отзывчивость как фактор формирования надежной привязанности ребенка

Джон Боулби в своей теории привязанности указывал на то, что «эмоциональная привязанность младенцев и маленьких детей к родителям и воспитывающим их взрослым зиждется на социальном взаимодействии, а не на физическом удовольствии» (Мерсер Дж., 2019, с. 48). Фокус внимания в этой теории направлен на эмоции ребенка, однако «природа эмоциональной связи, ожидания и переживания ребенка во многом зависят от чувств и поведения взрослого» (Мерсер Дж., 2019, с. 85). Главными факторами формирования надежной привязанности, согласно Боулби, выступают не только *частота и длительность* реального взаимодействия матери с младенцем, но и *чуткость реагирования* родителя на сигналы ребенка (Боулби Дж., 2003).

В знаменитом Балтиморском проекте Эйнсворт анализировала взаимосвязанные образцы поведения и поступки матери, влияющие на формирование привязанности. Ценность и значимость выделения повторяющихся действий матери заключаются в том, что на этой основе дети

строят модель ожиданий и отношений, которые начинаются с первых взаимодействий и затем экстраполируются на любого нового человека. Важно понимать, что привязанность особенно развивается в первые два года жизни в результате *постоянства, чуткой и отзывчивой заботы* со стороны родителей или других значимых взрослых (Мерсер, 2019).

Научные дискуссии на тему привязанности традиционно связывают с описанием взаимоотношений в диаде «мать – ребенок», поскольку в большинстве современных исследований принимают участие матери. Они в первые годы жизни ребенка в большей степени осуществляют уход за ним и воспитание. Однако известно, что младенец способен различать мать и отца и демонстрировать привязанность к отцу, начиная с восьми месяцев (Pedersen, Robson, 1969).

Изучение роли отца в развитии ребенка впервые было инициировано в рамках психоаналитической традиции, где в качестве центральной фигуры, определяющей психическое развитие человека, выступал именно отец. Сам З. Фрейд, ссылаясь на беспомощность младенца и его предположительную тоску по отцу, писал: «Я не могу думать о какой-то потребности в детстве такой же сильной, как нужда в отцовской защите» (Цит. по Калина, Холмогорова, 2011, с. 20). Наряду с изучением привязанности к матери, исследователи пытались выявить связь между чувствительностью, сензитивностью отца к потребностям ребенка и качеством детско-отцовской привязанности, ее влияние на психическое развитие ребенка. Ученые предположили, что качество привязанности ребенка к отцу отличается от таковой к матери. Для изучения специфики взаимоотношений, особенностей привязанности ребенка к отцу исследователи обратились к положениям Д. Боулби о роли отца в качестве компаньона в совместной игре с ребенком (там же, с. 22). Вопрос о влиянии качества взаимодействия между отцом и ребенком на развитие последнего не имеет однозначного решения. Сделаны попытки систематизировать накопленные в науке знания о влиянии личности отца и его образа на психическое развитие ребенка, что отражено в трудах отечественных ученых О.Г. Калины, И.С. Кона, А.Б. Холмогоровой и др. (Калина, Холмогорова, 2011; Кон, 2005, 2006; Туманова, Филиппова, 2007). В работах зарубежных исследователей отмечено, что «отсутствие или потеря отца в первые восемнадцать месяцев жизни может привести к нарушениям поведения и эмоциональным расстройствам, которые не удастся распознать сразу» (Тайсон, Ф. Тайсон, Р. 2006, с. 126).

Л.Б. Шнейдер обращает внимание на сложность психодиагностического измерения родительских чувств и наличия в отношениях привязанности. Автор отмечает, что более видимым аспектом отношений является зависимость, при которой возрастает утомляемость, жела-

ние освободиться от подобных отношений, даже в случае с родным ребенком. Эмоциональное отчуждение, равнодушие, формальность отношений, характерные для зависимых отношений, даже при демонстрируемой заботе противоположны способности принимать адекватные воспитательные решения благодаря открытости, динамичности, пластичности отношений привязанности между родителем и ребенком (Шнейдер, 2016).

В современных исследованиях предприняты попытки диагностировать родительскую привязанность в контексте предикторов позитивного и негативного родительского поведения с помощью опроса родителей в рамках лонгитюдных исследований (Avon Longitudinal Study of Parents and Children). Полученные результаты позволяют предположить, что одним из важных предикторов позитивного родительского поведения являются такие составляющие привязанности, как *наслаждение родителем своим ребенком и уверенность родителя в своей родительской компетентности* (Thomson et al., 2014).

Отвечая на вопрос «Что важно для развития привязанности?», ученые утверждают: «Прежде всего, это способность взрослого чувствовать и отзываться на любые сигналы ребенка, будь то взгляд, улыбка, плач или лепет» (Современный ребенок. Энциклопедия взаимопонимания, 2006, с. 281).

Родительская отзывчивость и возраст ребенка

Л.С. Выготский указывает, что к началу каждого возрастного периода, складывается «совершенно своеобразное, специфическое для данного возраста, исключительное, единственное и неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной» (Выготский, 2018, с. 25). Это отношение было названо Л.С. Выготским социальной ситуацией развития. Ребенок становится иным существом по сравнению с самим собой в начале нового возрастного периода, что влечет за собой необходимость изменения социальной ситуации развития.

Коренные изменения, происходящие с ребенком, требуют перестройки отношений, в том числе преобразования родительской отзывчивости, которая, по нашему мнению, является одним из значимых условий развития отношений между ребенком и социальной действительностью. Проявление чувствительности родителя к сигналам ребенка, отзывчивости по отношению к новорожденному определенно должно отличаться от проявлений родителем отзывчивости на коммуникативные сигналы младенца, ребенка раннего возраста, дошкольника и т.д. Подтверждения этому мы находим в наблюдениях Маргарет Малер и ее коллег за взаимодействием матери с ребенком. Ученые выделили

отличия во взаимодействии «между матерью и ее ребенком-на-руках, ребенком постарше, быстро ползающим или начинающим ходить, между матерью и ребенком, который начинает проявлять интерес к «отличным-от-матери» людям, между матерью и занимающимся активными исследованиями тоддлером и между матерью и ребенком, который начинает говорить и может сообщить о своих нуждах новым способом» (Малер, Пайн, Бергман, 2014).

Изучая взаимодействие «достаточно нормальных» младенцев с «достаточно хорошими матерями», Маргарет Малер и ее сотрудники провели более чем десятилетнее исследование с применением видеосъемки. В процессе многолетних наблюдений за взаимодействием матери с младенцами и детьми раннего возраста изучался путь к психологическому отделению ребенка от матери. В центре внимания ученых был процесс сепарации-индивидуации: «установление чувства собственной отдельности ребенка от других и формирование отношений с реальным миром, особенно в аспекте опыта, связанного с собственным телом и с главным представителем окружающего мира – первичным объектом любви» (Малер, Пайн, Бергман, 2014, с.21). Авторы рассматривали каждую фазу развития как промежуток времени, в котором происходит качественный скачок в психологическом росте ребенка и связь происходящих изменений с объектными отношениями на каждой фазе развития.

Обсуждая вопросы возрастных особенностей ребенка и отношений, которые у него складываются с окружением на каждом возрастном этапе, следует обратиться к пониманию стабильных и кризисных периодов развития. Во время стабильных эпох детского развития (Блонский, 1961) изменения в личности ребенка протекают незаметно, без резких перемен. В отличие от таких спокойных периодов во время кризисов ребенок в короткий срок меняется весь в целом. Говоря словами Л.С. Выготского, в такие периоды «развитие принимает бурный, стремительный, иногда катастрофический характер, оно напоминает революционное течение событий как по темпу происходящих изменений, так и по смыслу совершающихся перемен» (Выготский, 2018, с. 11). В такие переломные моменты развития отмечена трудновоспитуемость ребенка вследствие того, что изменение педагогической системы, применяемой к ребенку, не поспевает за быстрыми изменениями его личности. Другими словами, стремительные изменения психики ребенка в кризисные периоды влекут за собой резкие изменения в его поведении, на которые родитель, в свою очередь, не всегда может осознанно реагировать.

Интересным фактом является противоречивость целей родителя при взаимодействии с ребенком, на которую обращает внимание К. Поливанова. С одной стороны, цель взаимодействия родителя с ребенком – создание условий для развития последнего, с другой – не менее важным

для родителя является сохранение привычных, устойчивых форм взаимодействия с ребенком. Автор указывает на то, что «чем настойчивее взрослый удерживает прежние формы отношений, тем меньше он помогает ребенку осуществить свою задачу развития в критический период. И наоборот, чем легче идет на новые формы сотрудничества, тем меньше возможностей сохранить привычные отношения в семье, поскольку затрагивается не только связь ребенок – взрослый, но и многие другие стороны семейного уклада» (Поливанова, 2000, с. 76). Эти цели родитель, как правило, не осознает. Однако для понимания проблем взаимодействия в кризисные периоды развития ребенка противоречивость поведения родителя, выражающаяся в проявлениях родительской отзывчивости, представляет значительный интерес.

Кросс-культурные исследования поведения матери

Изучению представлений женщин об «идеальной матери» посвящено кросс-культурное исследование, проведенное учеными из нескольких стран: Америки, Португалии, Турции, Китая, Перу, Чили, Нидерландов, Бразилии, Индонезии и др. Участниками исследования стали более 750 матерей из 26 этнических групп, проживающих в 15 странах, дети которых были в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. Результаты показывают тесную связь между материнскими представлениями об идеальной матери и описанием паттернов поведения чувствительной матери в соответствии с теорией привязанности (Mesman, IJzendoorn van et al., 2016). Некоторые социодемографические данные, как выяснилось, оказывали влияние на мнение родителей о том, насколько высока должна быть «чувствительность и отзывчивость» как характеристика идеальной матери.

Так, например, матери, живущие в сельской местности, с низким уровнем семейного дохода, с большим количеством детей с меньшей вероятностью описывали идеальную мать как высокочувствительную в противоположность городским жительницам. Принадлежность к культурной группе оставалась значительным предиктором вариаций в показателях представлений о материнской отзывчивости. Вместе с тем результаты исследования показали, что «идеальная мать описывается респондентами во всех странах, где проводилось исследование, в первую очередь как мать, чувствительная к нуждам ребенка» (Mesman, IJzendoorn van et al., 2016).

Диагностика родительской отзывчивости

Интерес исследователей к выделению значимых для развития ребенка характеристик поведения родителей привел к разработкам различных диагностических инструментов, с помощью которых можно их измерять. Некоторые из них мы приводим в нашей работе, поскольку они связаны с изучением родительской отзывчивости.

Так, исследуя взаимодействие родителя с ребенком, Mahoney, Powell and Finger разработали диагностический инструмент «Шкала оценки материнского поведения» («The maternal behavior rating scale»), в котором предлагают 4 параметра: *чувствительность к сигналам ребенка* (responsiveness); *эмоциональность* (affect); *ориентация на достижения* (achievement orientation); *директивность* (directiveness) (Mahoney, Powell, Finger, 1986).

Оценивая поведение родителей во время кормления ребенка раннего возраста, ученые предложили систему кодирования, фиксирующую уровень вовлеченности матери и физическую дистанцию между матерью и ребенком. В процессе анализа производилась диагностика стиля воспитания через оценку следующих его элементов: *интенсивность контроля, стиль контроля, теплота, вовлеченность и отзывчивость* (Puckering et al., 1996).

Одна из целей исследования взаимодействия в диаде «родитель – ребенок раннего возраста» – изучение влияния родительской отзывчивости на развитие академических знаний ребенка (Wade et al., 2018). Ученые осуществляли кодирование видео записей взаимодействия, опираясь на три компонента родительской отзывчивости: *чувствительность, взаимность, позитивный контроль*.

Исследования позволили выделить содержательные компоненты родительской отзывчивости (рис. 9) и индикаторы поведения родителя, которые легли в основу методики «Оценка детско-родительского взаимодействия (ЕСРІ)» (Галасюк, 2018), с её помощью можно анализировать взаимодействие в диаде «родитель/значимый взрослый – ребенок раннего возраста».



Рисунок 9.

Содержательные компоненты родительской отзывчивости

Каждый из маркеров родительской отзывчивости может проявляться в поведении как с положительным значением (положительный индикатор), так и с отрицательным значением (отрицательный индикатор).

В процессе исследования с применением видео-наблюдения (Галасюк, Шинина, 2017; Галасюк и др., № 6, 2018) была сформирована видеобиблиотека, иллюстрирующая тот или иной поведенческий паттерн родителя в соответствии с выделенными маркерами и индикаторами родительской отзывчивости. Примеры описания поведения родителей, принимавших участие в наших исследованиях представлены выше, в параграфе «Шкалы оценки» (см. табл. 6).

Изучение родительской отзывчивости будет неполным, если остановиться только на анализе поведения родителя, его реакций на коммуникативные сигналы ребенка во время видеосъемки. Для понимания проявлений родительской отзывчивости необходимо учитывать множество факторов, которые могут влиять на взаимодействие родителя с ребенком.

Обучение родителей использованию стратегии отзывчивости

Обучение родителей использованию стратегии отзывчивости при взаимодействии со своими детьми проводится на сегодняшний день в рамках программы для детей с нарушениями в развитии, интервенций по повышению социальных, эмоциональных навыков, а также развития речи (Борьесон и др., 2009; Fey et al., 2006). Отмечено, что родительская отзывчивость играет более существенную роль в развитии детей с биологическим риском, чем детей, которые очевидно более устойчивы в достижении оптимальных результатов в развитии (Landry, Smith, Swank, 2006). Между тем очевидно, что многие родители детей, развивающихся в рамках нормы, также нуждаются в информации, благодаря которой повышается их коммуникативная компетентность и уверенность в себе, что немаловажно, особенно для родителя ребенка раннего возраста. Понимая востребованность этой информации, ученые делают попытки преобразовать научные исследования в научно-популярные публикации, которые доступным для родителей языком знакомят с последними результатами исследований детско-родительского взаимодействия и рекомендациями по построению коммуникации с детьми раннего возраста (Alexander, Sandahl, 2016; Medina, 2010; Perry, 2019).

Существенное место в этом направлении занимают работы практикующих психотерапевтов, психоаналитиков, описывающих свой опыт работы с ранними воспоминаниями своих клиентов. Подобные публикации преимущественно основаны на дефицитарном подходе и акцентируют внимание на том, как отсутствие чувствительности родителя к потребностям ребенка на ранних стадиях развития оказывает влияние

на построение взаимоотношений с людьми на протяжении всей его жизни. Современные исследователи, ученые и практики призывают родителей к размышлениям о том, как взаимодействовали с ними их родители и как это повлияло на их взрослую жизнь.

Книга известного психоаналитика Алисы Миллер «Драма быть ребенком» («The Drama of Being a Child») (Miller, 2008) рассказывает о наблюдениях автора за поведением родителей с маленькими детьми, лишенными возможности быть на равных со взрослым во время коммуникации. Результат такого неравенства всплывает в историях взрослых клиентов во время работы в психоаналитическом пространстве. Чувства беспомощности, бессилия и запрещенные в детстве ощущения злости и тоски становятся предметом анализа и возвращают клиента к его детским воспоминаниям, когда взрослые не отвечали на его сигналы о потребностях, которые в те годы он не мог вербализовать.

Психотерапевт Филиппа Перри (Perry, 2019) описывает свой двадцатилетний опыт работы и дает рекомендации родителям о взаимодействии с детьми в «Книге, которую бы Вы хотели, чтобы прочли Ваши родители и Ваши дети были бы рады, что Вы это сделали» («The Book You Wish Your Parents Had Read and Your Children Will be Glad That You Did»). Значимым, на наш взгляд, является акцент на телесных ощущениях, которые рождаются у родителей при взаимодействии с ребенком. На вопрос матери, что психотерапевт мог бы порекомендовать «начинающему» родителю, автор отвечает: «Ребенок способен напомнить Вам на физическом уровне те эмоции, которые были у Вас в его возрасте» (Perry, 2019, с. 21).

Замечательным примером книги, обучающей родителя отзывчивому поведению является работа Джесики Александер и Ибен Сандал (Alexander, Sandahl, 2016) «Датский способ воспитания» («The Danish Way of Parenting»). В отличие от дефицитарного подхода авторы обращают внимание на позитивный опыт родительства в Дании, благодаря которому, по их мнению, Дания на протяжении сорока лет занимает первое место в мире по количеству счастливых людей. Исследование, которое проводилось более сорока лет Организацией экономического сотрудничества и развития (Organization for Economic Cooperation and Development OECD) по всему миру, констатировало, что люди, живущие в этой маленькой стране, ощущают себя более счастливыми, нежели люди, проживающие в развитых странах Америки и Европы. Пытаясь проанализировать причину этих интересных результатов, авторы книги делают предположение, что родители в Дании отличаются особым отношением к детям и в основе их взаимодействия лежит способность к проявлению чувствительности, отзывчивости к сигналам

ребенка. По нашему мнению, эта книга является настоящим практическим пособием для родителей детей раннего возраста, поскольку в ней не только представлены рекомендации по поведению родителя с маленьким ребенком, обоснованные научными исследованиями. Кроме этого, в работу включены упражнения по тренировке отзывчивого поведения родителя.

Говоря об обучении родителя отзывчивому поведению Джон Медина (Medina, 2010), автор книги «Правила формирования мозга для ребенка раннего возраста. Как воспитать умного и счастливого ребенка от нуля до пяти» («Brain rules for baby. How to Raise a Smart and Happy Child from Zero to Five») подчеркивает, что родители ждут не только рекомендаций, они хотят получить достоверную информацию о воспитании маленького ребенка, основанную на последних исследованиях. Книга написана ученым, проводившим исследования формирования и развития мозговых структур детей раннего возраста, однако эту работу, по нашему мнению, также можно причислить к литературе для родителей по обучению отзывчивому поведению. Для родителей важно понять, как они могут воспитать ребенка, который будет успешен в обществе. Между тем автор книги говорит, что видит свою задачу не только в том, чтобы дать информацию о развитии мозга ребенка, но и о том, как родитель влияет на внутреннее благополучие ребенка на протяжении всей его последующей жизни.

Подобного мнения придерживаются нейропсихолог Даниэл Сигел (Daniel J. Siegel) и эксперт по работе с родителями Тина Брайсон (Tina Payne Bryson). Авторы книги «Весь мозг ребенка» («The Whole-Brain Child») вступают в диалог с родителями ребенка, начиная с его рождения, и дают подробные научные сведения о развитии мозговой ткани ребенка, при этом предлагают 12 стратегий воспитания, которые влияют на развитие мозга. Главная идея книги, как подчеркивают Д. Сигел и Т. Брайсон, заключается в том, что родители, получая научную информацию о развитии мозга ребенка в определенный возрастной период, начинают понимать, что происходит с ребенком во время взаимодействия с ними. Обращаясь к родителям, ученые утверждают, что понимание того, что происходит с мозгом ребенка, какие изменения происходят во время развития (whole-brain perspective; whole – brain parenting), позволяет строить отношения и взаимодействия с ребенком раннего возраста не только для того, чтобы он «выжил» в современных условиях. «Этот подход улучшает связь и глубокое понимание между вами и вашим ребенком. Осведомленность дает вам ощущение компетентности и уверенности, благодаря чему вы становитесь ближе своему ребенку, вы знаете, что происходит с его мозгом и можете помочь фор-

мированию работы мозга в позитивном и здоровом ключе» (Siegel, Bryson, 2012, с. 145-146). В предложенных стратегиях воспитания особую роль занимают понимание родителями чувств и нужд ребенка и адекватное реагирование на них.

В работе с родителями детей раннего возраста мы предлагаем обсуждать с родителями результаты применения методики ЕСРІ, полученные в ходе исследования с применением видео-наблюдения. Для этого нами разработана технология «Родительский консилиум» (Галасюк, Морозова, Шинина, 2017).

В заключение данного параграфа мы хотели подчеркнуть, что наличие родительской отзывчивости в поведении родителя – это характеристика, которая присуща «достаточно хорошему родителю», который может и должен делать ошибки, но в то же время чувствует своего ребенка и способен настроиться на его внутренний мир. Благодаря отзывчивому поведению родителю удается наладить контакт с миром ребенка и вовлечь его в общий мир, что, по мнению ученых, является для ребенка основой «всех его успехов в сфере эмоционального и социального развития, моторики, визуально-пространственного восприятия, освоения учебных дисциплин, а также необходимое условие для получения удовольствия от познания нового» (Гринспен, Уидер, 2012, с. 43).

Список литературы

1. Блонский, П.П. Избранные педагогические произведения / П.П. Блонский. – М.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1961. – 696 с.
2. Борьесон, Б. и др. Ранние отношения и развитие ребенка / Б. Борьесон. – СПб.: Питер, 2009. – 160 с.
3. Боулби, Дж. Привязанность / Дж. Боулби. – СПб.: Питер: Гардарики, 2003. – 447 с.
4. Выготский, Л.С. Вопросы детской психологии / Л.С. Выготский. – СПб.: Перспектива, 2018. – 224 с.
5. Галасюк, И.Н. Семейная психология: методика «Оценка детско-родительского взаимодействия»: практ. пособие / И. Н. Галасюк, Т. В. Шинина, — 2-е изд. – М.: Юрайт, 2018. – 223 с.
6. Галасюк, И.Н. Открытая профессиональная экспертиза методики детско-родительского взаимодействия: векторы развития психологического инструментария / И.Н. Галасюк и др. // Актуальные проблемы психологического знания. – 2018. – № 3 (48). – С. 5–23.
7. Галасюк, И.Н. Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей ребенка с

нарушениями в развитии / И.Н. Галасюк, О.В. Митина // Клиническая и специальная психология. – 2017а. – Т. 6. – № 2. – С. 109–129. [Электронный ресурс] doi:10.17759/cpse.2017060209.

8. Galasyuk, I.N., Parental attitude in families with a special child / I.N. Galasyuk, O.V. Mitina // Психологическая наука и образование. – № 4 (23). – 2018. – С. 102 – 112.

9. Галасюк, И.Н. Разработка и апробация опросника «родительская позиция в семье с особым ребенком» / И.Н. Галасюк, О.В. Митина // Вестник РГГУ Серия «Психология. Педагогика Образование». – 2017б. – № 4 (10). – С. 155–178.

10. Галасюк, И.Н. Родительский консилиум как инструмент развития личностных ресурсов родителя и особого ребенка / И.Н. Галасюк, И.Г. Морозова, Т.В. Шинина. – Челябинск: Печатный двор, 2017. – С. 411–414.

11. Галасюк, И.Н. Оценка детско-родительского взаимодействия Evaluation of child-parent interaction (ЕСPI) / И.Н. Галасюк, Т.В. Шинина. – М.: ИТД Перспектива, 2017. – 304 с.

12. Герхардт, С. Как любовь формирует мозг ребенка? / С. Герхардт. – М.: Этерна, 2012. – 320 с.

13. Гринспен, С. На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер. – Теревинф, 2012. – 512 с.

14. Калина, О.Г. Роль отца в психическом развитии ребенка / О. Г. Калина, А. Б. Холмогорова. – М.: Форум, 2011. – 112 с.

15. Кон, И.С. Зачем нужны отцы? / И.С. Кон // Звезда. – 2006. – № 12. – С. 124 – 145.

16. Кон, И.С. Отцовство как социокультурный институт / И.С. Кон. [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://sexology.narod.ru/info152.html>.

17. Лисина, М.И. Проблемы онтогенеза общения / М.И. Лисина. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.

18. Малер, М.С. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация / М.С. Малер, Ф. Пайн, А. Бергман. пер. с англ. – М.: Когито-центр, 2014. – 412 с.

19. Мерсер, Дж. Что такое привязанность? Эмоциональное развитие, родительство, уход за детьми / Дж. Мерсер. – М.: Когито-Центр, 2019. – 282 с.

20. Одинокова, Г.Ю. Выявление и преодоление неблагополучия в развитии общения матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. / Г.Ю. Одинокова. – М., 2015.

21. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка: 72500 слов и 7500 фразеол. выражений / С.И. Ожегов, Н. Ю. Шведова; Рос. АН, Ин-т рус. яз., Рос. фонд культуры. – М. : Азъ, 1992. – 955 с.

22. Поливанова, К.Н. Психология возрастных кризисов: учеб. пособие для студ. высш. пед. заведений / К.Н. Поливанова. – М.: Издат. центр, 2000. – 184 с.

23. Скобло, Г.В. Нарушения психического здоровья в первые годы жизни: расстройства аутистического спектра, конституциональные и резидуально-органические нарушения / Г.В. Скобло, С.В. Трушкина // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 7. – С. 78–84.

24. Современный ребенок. Энциклопедия взаимопонимания / под ред. А. Я. Варги. – М.: ОГИ; Фонд научных исследований «Прагматика культуры», 2006. – 640 с.

25. Тайсон, Ф. Психоаналитические теории развития / Ф. Тайсон, Р.Л. Тайсон; пер. с англ. – М.: Когито-центр, 2006. – 407 с.

26. Туманова, Е.В. Образ отца и образ себя у подростков (возрастные и гендерные аспекты) / Е.В. Туманова, Е.В. Филиппова // Психологическая наука и образование. – 2007. – № 2. – С. 16-24.

27. Ушаков, Д.Н. Большой толковый словарь русского языка: современная редакция / Д. Н. Ушаков. – М.: Дом Славянской кн., 2008. – 959 с.

28. Фрейд, А. Введение в технику детского психоанализа / А. Фрейд. – М., 1991. – 92 с.

29. Шнейдер, Л.Б. Детско-родительские отношения: от зависимости к привязанности / Л.Б. Шнейдер // Вестник психофизиологии. – 2016. – № 4. – С. 15–20.

30. Шпиц, Р.А. Первый год жизни / Р.А. Шпиц; пер. с англ. Л. Б. Сумм; под ред. А. М. Боковой. – М.: ГЕРПУС, 2000. – 384 с.

31. Эльконин, Д.Б. Введение в психологию развития (в традиции культурно-исторической теории Л.С. Выготского) / Д.Б. Эльконин. – М.: Три-вола, 1994. – 186 с.

32. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. – М.: Прогресс, 1996. – 344 с.

33. Ainsworth M.D. Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship // Child Dev. – 1969. – Vol. 40 (4). – pp. 969–1025.

34. Alexander J.J., Sandahl I. The Danish Way of Parenting. Penguin Random House, 2016. – 208 p.

35. Bowlby J. Attachment and Loss. The classic theory of attachment is outlined in this chapter that theorizes about the neurobiology of infant–parent attachment and the importance of studying the developing organism. NY: Basic Books, 1969.

36. Callaghan B.L., Tottenham N. The Neuro-Environmental Loop of Plasticity: A Cross-Species Analysis of Parental Effects on Emotion Circuitry Development

Following Typical and Adverse Caregiving // *Neuropsychopharmacol. Off. Publ. Am. Coll. Neuropsychopharmacol.* – 2016. – Vol. 41 (1). – pp. 163–176.

37. Deater-Deckard K., Pylas M., Petrill S. *Parent-Child Interaction System (PARCHISY)*. London: Institute of Psychiatry, 1997.

38. Fey M.E. et al. Early effects of responsivity education / prelinguistic milieu teaching for children with developmental delays and their parents // *J. Speech Lang. Hear. Res. JSLHR.* – 2006. – Vol. 49 (3). – pp. 526–547.

39. Gee D.G. et al. Maternal buffering of human amygdala-prefrontal circuitry during childhood but not during adolescence // *Psychol. Sci.* 2014. Vol. 25 (11). pp. 2067–2078.

40. Girolametto Luigi et al. The Relationship Between Maternal Language Measures and Language Development in Toddlers With Expressive Vocabulary Delays // *Am. J. Speech Lang. Pathol.* – 1999. – Vol. 8 (4). – pp. 364–374.

41. Landry S.H., Smith K.E., Swank P.R. Responsive parenting: establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills // *Dev. Psychol.* – 2006. – Vol. 42 (4). – pp. 627–642.

42. Mahoney G.J., Powell A., Finger I. The Maternal Behavior Rating Scale // *Top. Early Child. Spec. Educ.* – 1986. – Vol. 6 (2). – pp. 44–55.

43. Matias C. Coding of Attachment-Related Parenting (CARP). London, UK: Institute of Psychiatry Unpublished manuscript, 2006. – 533 p.

44. Medina J. *Brain Rules for Baby: How to Raise a Smart and Happy Child from Zero to Five*. Pear Press, 2010. – 244 p.

45. Mesman J., IJzendoorn M. van. Cross-cultural patterns of attachment. Universal and contextual dimensions // *Handb. Attach. Theory Res. Clin. Appl.* – 2016. – pp. 852–877.

46. Miller A. *The Drama of Being a Child : The Search for the True Self*. London: Virago, 2008. – 156 p.

47. Pedersen F.A., Robson K.S. Father participation in infancy // *Am. J. Orthopsychiatry.* – 1969. – Vol. 39 (3). – pp. 466–472.

48. Perry P. *The Book You Wish Your Parents Had Read (and Your Children Will Be Glad That You Did)*. London, UK, 2019. – 256 p.

49. Poe M.D., Burchinal M.R., Roberts J.E. Early language and the development of children's reading skills // *J. Sch. Psychol.* – 2004. – Vol. 42 (4). – pp. 315–332.

50. Puckering C. et al. Taking Control: A Single Case Study of Mellow Parenting // *Clin. Child Psychol. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 1. – pp. 539–550.

51. Ruble L. et al. Caregiver Responsiveness and Social Interaction Behaviors of Young Children With Autism // *Top. Early Child. Spec. Educ. - TOP EARLY CHILD SPEC EDUC.* – 2008. – Vol. 28. – pp. 158–170.

52. Siegel D.J., Bryson T.P. *The Whole-Brain Child*. Random House Publishing Group, 2012. – 176 p.

53. Thomson R. et al. Predictors of positive and negative parenting behaviours: Evidence from the ALSPAC cohort // *BMC Pediatr.* – 2014. – Vol. 14. – P. 247.
54. Tottenham N. Social scaffolding of human amygdala-mPFC circuit development // *Soc. Neurosci.* – 2015. – Vol. 10 (5). – pp. 1–11.
55. Wade M. et al. The role of maternal responsiveness and linguistic input in pre-academic skill development: A longitudinal analysis of pathways // *Cogn. Dev.* – 2018. – Vol. 45. – pp. 125–140.
56. Winnicott D.W. Ego distortion in terms of true and false self. In *The maturation processes and the facilitating environment.* N.Y.: Int. Univ. Press, 1965. – 263 p.
57. Winnicott D.W. *Mirror-Role of Mother and Family in Child Development.* N.Y.: Basic Books, 1971. – 518 p.

4.4. Психологическая коррекция детско-родительского взаимодействия (Ершова, Пермякова, Вильгельм, 2018)

Консультирование по поводу детско-родительского взаимодействия может проводиться как в рамках семейного консультирования, так и в рамках возрастно-психологического консультирования.

Наиболее полную картину дает общение консультанта с семьей, которая может быть представлена непосредственно родителями и ребенком, а может иметь и расширенный состав, включающий всех детей, бабушек, дедушек, значимых для семьи людей. Такое консультирование традиционно проводится с позиций семейной терапии.

Но чаще всего консультант работает не с полной семьей, а с ее частью: одним родителем; обоими родителями; парой родитель и ребенок. При этом запросы родителей касаются проблем развития и поведения ребенка. Важнейшим фактором психического развития ребенка, который может способствовать, а может и тормозить его, является детско-родительское взаимодействие. Тогда консультирование можно проводить с позиций возрастно-психологического подхода. Задачами его в числе прочих являются: контроль за ходом психического развития ребенка; информирование родителей о возрастных и индивидуальных особенностях развития ребенка; коррекция детско-родительского взаимодействия; составление рекомендаций по воспитанию детей в семье (Возрастно-психологический подход..., 2002). Поэтому консультирование по вопросам детско-родительского взаимодействия в рамках возрастно-психологического консультирования всегда включает подробное психодиагностическое обследование ребенка.

Структура консультативного процесса и формы работы

Традиционной формой консультативной работы является *беседа*. В самом общем виде весь процесс психологического консультирования по проблемам детско-родительского взаимодействия, а также каждая сессия этого процесса могут включать те же этапы, что и любой вид консультирования:

1) построение отношений – установление контакта на первой сессии и поддержание его на последующих;

2) основная часть – работа с проблемой, которая включает:

- расспрос клиента/клиентов (сбор информации, определение проблемы, формулирование конструктивного запроса);
- проведение, если это целесообразно, диагностики причин неблагополучия;
- формулирование консультативных гипотез и их проверка;
- выработка, оценка, сравнение гипотетических решений проблемы;
- подробное планирование действий на основе выбранного решения;

- в случае необходимости обучение родителя конструктивным приемам взаимодействия с ребенком;

3) завершение, включающее обобщение результатов, получение обратной связи от клиентов и выход из контакта.

При этом консультирование по проблемам детско-родительского взаимодействия имеет и свои особенности. Консультант может работать то с семьей, то с родителем, то с ребенком в зависимости от запроса и ситуации, что предполагает профессиональные знания, умения и навыки в разных видах консультирования. Выбор подходящего вида психологической помощи может происходить в процессе краткой беседы при записи на прием, но в практике чаще всего приходится делать этот выбор на первой консультации. Самым распространенным вариантом является участие в ней родителя и ребенка (чаще мамы и ребенка), при этом консультант выясняет запрос у каждого из пришедших и более активно работает с тем, у кого он есть. В большинстве случаев запрос исходит от родителя. Первое заявление всегда звучит как жалоба, в которой содержится описание страдания и запрос: «избавьте», «помогите», «объясните» и др.

А. А. Бадхен (Мастерство психологического консультирования, 2007, с. 212) с коллегами приводят наиболее часто встречающиеся примеры формулировок первичных запросов родителей и чувств, иногда стоящих за ними (табл. 7).

Таблица 7

Примеры формулировок первичных запросов родителей

Формулировка целей родителем	Чувства, иногда стоящие за этим
Манипуляция с ребенком («Сделайте с ним то-то и то-то»)	Страх потери контроля, страх некомпетентности, несостоятельности
«Выведывание тайны» («Вы поговорите с ним, а потом мне скажите, объясните»)	Страх близости, интимности
«Посоветуйте, что мне делать»	Избегание выбора, страх, что не готовы к последствиям
Намеки, «недоговаривание», «детскость» поведения родителя при ребенке («мы с вами взрослые, поймите сами, что мне нужно»)	Страх открытости, собственной незрелости
«Поймите, как мне плохо и тяжело...»	Одиночество, страх отвержения
«Да можно ли что-то изменить?»	Страх изменений (паника), отчаяние
«Я вам все рассказал, а теперь – Вы специалист, Вам виднее»	Страх ответственности, усталость
Запрос на поддержку в поиске собственных ресурсов	Неудовлетворенность способами разрешения трудностей

Конечно, большинство таких запросов неконструктивны и требуют переформулирования и конкретизации. При этом надо помнить, что успешность консультирования зависит от умения психолога создать доверительные откровенные отношения с родителями. Детско-родительское взаимодействие является очень эмоциональным, и в случае проблем родители испытывают тяжелые чувства, например вину за особенности взаимодействия. Любые сомнения на первой консультации в их компетентности, любой намек на неодобрение, прямая или косвенная критика могут провоцировать защитные реакции/сильное сопротивление родителей. Наоборот, положительная оценка *действительно* конструктивных воспитательных установок и действий родителей повышает их уверенность в своих силах.

У ребенка вообще может не быть запроса в силу возрастных особенностей, или он может бояться его озвучить в присутствии родителя. В обоих случаях консультант должен создавать атмосферу равноправия родителя и ребенка на консультации. В первом случае, выслушав рассказ родителя, обязательно дать возможность ребенку рассказать свое видение ситуации, подчеркивая важность мнения каждого. Во втором случае возможен вариант взаимодействия с ребенком наедине, пока родитель ждет в другом помещении. Иногда сам родитель не может или не хочет говорить о чем-то в присутствии ребенка, тогда можно пригласить его на отдельную консультацию.

Еще одной особенностью консультирования родителей с детьми является то, что дети раннего возраста не могут словесно описывать свои переживания и свое видение ситуации. В таком случае для получения более объективной картины возможно применение в процессе консультирования элементов различных экспрессивных техник (арт-терапевтических, методов песочной терапии, сказкотерапии и т. п.).

Особыми являются и требования к помещению для консультирования родителей с детьми. Маленький ребенок не может долго сидеть на стуле и участвовать в разговоре, поэтому рекомендуется иметь либо смежную комнату, либо отделенный ширмой или занавеской специальный угол с игровыми материалами, который можно использовать и для последующей игровой терапии. Одним из эффективных видов консультативной работы по проблемам детско-родительского взаимодействия считается консультирование по частным вопросам в родительских группах со сходными для членов группы проблемами. Участие в таких группах рекомендуется родителям в том случае, когда существует эмоциональное принятие родителями ребенка, но есть трудности в межличностном общении. На сегодняшний день, помимо традиционных, существуют альтернативные формы проведения консультации, в том числе с

использованием современных технологических средств, которые могут быть эффективными при работе со сложностями в детско-родительском взаимодействии (ко-терапия, анализ видеозаписей, телефонные звонки, домашние визиты и др.).

В случае, когда консультирование проводится с семьей или с обоими родителями, применяется *ко-терапия* – одновременное участие в консультировании двух и более терапевтов (Шерман, Фредман, 1997, с. 171–174). К позитивным преимуществам такой техники относятся: более объективный взгляд на ситуацию, взаимная поддержка консультантов, расширение спектра альтернативных путей выхода из трудных ситуаций и возможность их моделирования консультантами, возможность формирования различного рода альянсов и границ с членами семьи. Кроме того, консультанты могут обсуждать ситуацию в данной семье (например, один озвучивать позицию и отображать поведение родителей, а другой – ребенка), что позволяет родителям посмотреть на свою ситуацию со стороны, увидеть, какое впечатление они производят на других. Ко-терапевты имеют также возможность в случае терапевтической необходимости блокировать внутрисемейное общение в процессе консультирования, например одного из членов семьи, если оно мешает эффективному взаимодействию.

Еще один вид ко-терапии предполагает работу с семьей одним из консультантов, в то время как второй наблюдает за процессом через одностороннее зеркало и включается в работу посредством телефонных звонков, стука в дверь и т. д.

К недостаткам техник ко-терапии можно отнести более высокую стоимость такой работы (оплачиваться должны оба специалиста), а также необходимость дополнительного времени на обсуждение консультантами случая до и после консультации.

Еще одним альтернативным терапевтическим инструментом, который успешно может применяться в работе с родителями и детьми, является *просмотр видеозаписи* консультативной сессии. Семье сообщается, что в терапевтических целях при соблюдении конфиденциальности сессия будет записана. Просмотр можно производить сразу после записи или на следующей сессии. Такая техника дает возможность наблюдать свое поведение на экране как клиентам, так и консультанту, что позволяет последнему лучше понять ситуацию в семье, роли членов семьи, а клиентам объективно увидеть проявления конфронтации в своем взаимодействии и собственное поведение. Хороший терапевтический эффект дает замедленный просмотр записи и фиксация кадров, наиболее ярко иллюстрирующих эмоциональное состояние членов семьи в процессе общения. Возможен вариант записи не всей сессии,

а совместного выполнения всеми членами семьи какого-нибудь задания. В процессе взаимодействия, как правило, проявляются их привычные паттерны поведения, коммуникации. Во время и после просмотра можно анализировать, интерпретировать и, главное, переигрывать конфликтные моменты.

Сегодня почти у каждого взрослого и ребенка есть телефон. *Использование телефона* на консультативном приеме было описано Е. Копперсмитом (Coppersmith, 1980), который выделил три различных типа стратегических телефонных звонков.

1. Звонок психотерапевту от супервизора или члена терапевтической команды, который находится за односторонним зеркалом, с целью придать беседе новое направление. Это может быть сомнение в настроенности семьи на работу или в тех положительных результатах, которые уже были ею достигнуты. В результате консультант получает возможность встать на противоположную мнению наблюдателей точку зрения, т. е. защищать семью, чтобы получить их поддержку и тем самым стимулировать процесс.

2. Звонок от наблюдателя какому-нибудь члену семьи, особенно тому, кто не проявляет интерес и не принимает участие в разговоре, что может внести новый элемент в атмосферу сессии.

3. Звонок от члена семьи, предварительно покинувшего кабинет и присоединившегося к наблюдателям за односторонним зеркалом. Этот звонок тоже может изменить атмосферу сессии.

Посредством телефонного звонка можно подключить к работе отсутствующего члена семьи. Нерешительный стеснительный клиент при поддержке присутствующих прямо «здесь и сейчас» на сессии может позвонить кому-то, например решить наболевшие проблемы с родственниками, и т. п. (Шерман, Фредман, 1997).

Чаще на прием по поводу проблем развития или поведенческих проблем ребенка приходят один из родителей и ребенок, что не позволяет увидеть объективную картину условий жизни и взаимодействия всех членов семьи. Способствовать пониманию того, как в реальности функционирует семья, могут *домашние визиты*, во время которых можно наблюдать за клиентами в естественных для них условиях и окружении. Наиболее эффективна эта техника в тех случаях, когда члены семьи не могут или не хотят прийти на консультацию, а также в тех случаях, когда психолог видит большую разницу между тем, что говорят члены семьи, и что он видит сам. О таких визитах заранее договариваются с клиентами, они не должны быть неожиданными. Во время встречи психолог и члены семьи могут просто играть или разговаривать, проявляя

искренний интерес к семейным реликвиям, фотографиям, чтобы лучше понять атмосферу этой семьи.

Для каждого возрастного периода (дошкольного, младшего школьного, подросткового, юношеского), который проходит ребенок, характерны свои проблемы, свои требования к детско-родительскому взаимодействию, свои особенности консультативной работы. Подробно о них можно узнать из работ Г.В. Бурменской и др. (2002), Р.С. Немова (1999), М.В. Хозиевой (2002), Э.Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса (2010) и др. Некоторые из них, на первый взгляд, не касаются детско-родительского взаимодействия, но на самом деле в значительной степени обуславливают их.

Родители дошкольников и младших школьников, приходя на консультацию, могут напрямую озвучивать запрос на коррекцию детско-родительского взаимодействия, но чаще обращаются с жалобами на особенности поведения ребенка: непослушание, упрямство, леность, пассивность, робость, медлительность, чрезмерная активность, неусидчивость, склонность ко лжи, «воровство», агрессивность, жестокость, страхи и т. д. Такие особенности поведения являются причинами недовольства родителей, эмоциональной напряженности отношений и взаимного раздражения. В этом случае необходимо разобраться в обоснованности этих жалоб, уметь отделять реальные проблемы ребенка, требующие коррекционной работы, от проблем родителей. Поэтому консультирование нарушений в детско-родительском взаимодействии в рамках возрастного-психологического консультирования всегда включает психодиагностическое обследование ребенка. Практика консультирования показывает, что часто причинами дисгармоничных отношений с детьми-дошкольниками служат незнание родителями возрастных норм развития и особенностей протекания возрастных кризисов, завышенные требования к детям, личностные проблемы самих родителей, выраженные различия темпераментов или характерологических особенностей детей и родителей.

Список литературы

1. Алешина, Ю. Е. Индивидуальное и семейное консультирование / Ю.Е. Алешина. – М. : Класс, 2007.
2. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карбанова и др. – М. : Академия, 2002.
3. Мастерство психологического консультирования / под ред. А. А. Бадхен, А. М. Родиной. – СПб. : Речь, 2007.

4. Немов, Р. С. Основы психологического консультирования : учебник для студ. педвузов / Р.С. Немов. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999.

5. Основные направления консультативной работы с семьей : учеб. пособие / И. А. Ершова, М. Е. Пермякова, А. М. Вильгельм ; М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2018. – 150 с.

6. Хозиева, М. В. Практикум по возрастнo-психологическому консультированию : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М.В. Хозиева. – М. : Академия, 2002.

7. Шерман, Р. Структурированные техники семейной и супружеской терапии : руководство / Р. Шерман, Н. Фредман. – М. : Независимая фирма «Класс», 1997.

8. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 2010.

9. Coppersmith E. (1980). The family floor plan : A tool for training, assessment and intervention in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6(2), 141-145.

**Опросник
«Список типов поведения ребенка Ш. Айберг»**

Ваше имя: _____

Имя ребенка: _____

Кем вы приходитесь ребенку? _____

Возраст ребенка: _____

Дата рождения ребенка: _____

Дата: _____

Инструкция: *Ниже вы увидите список фраз, описывающих поведение детей.*

Пожалуйста:

1. Обведите цифру, соответствующую тому, как часто в настоящее время Ваш ребенок ведет себя таким образом.

2. Для того чтобы сообщить, является ли для Вас на сегодняшний день такое поведение ребенка проблемой, обведите «да» или «нет».

		Как часто Ваш ребенок ведет себя таким образом?							Это проблема для Вас?	
		Никогда	Редко		Иногда	Часто		Всегда		
1	Тянет время при одевании	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
2	Бездельничает или тянет время, когда ест	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
3	Плохо ведет себя за столом	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
4	Отказывается есть то, что ему предлагают	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
5	Отказывается выполнять свои ежедневные обязанности, когда его об этом просят	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
6	Медленно готовится ко сну	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
7	Отказывается вовремя ложиться спать	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
8	Не подчиняется правилам, существующим в доме, самостоятельно	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
9	Отказывается подчиняться, пока ему не начнут угрожать наказанием	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет

10	Не слушается, ведет себя дерзко и вызывающе, когда его просят что-нибудь сделать	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
11	Спорит с родителями по поводу правил	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
12	Злится, когда не добивается своего (чтобы все было, как он хочет)	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
13	Демонстрирует вспышки раздражения	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
14	Дерзок с родителями	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
15	Хнычет	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
16	Легко плачет	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
17	Кричит или визжит	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
18	Бьет родителей	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
19	Ломает игрушки и другие предметы	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
20	Неаккуратно обращается с игрушками и другими предметами	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
21	Ворует	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
22	Врет	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
23	Дразнит или провоцирует других детей	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
24	Ссорится, ругается с друзьями своего возраста	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
25	Ссорится, ругается с сестрами и братьями	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
26	Дерется с друзьями	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
27	Дерется с братьями и сестрами	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
28	Постоянно требует \ ищет внимания	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
29	Перебивает	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
30	Легко расстраивается	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
31	Плохо удерживает внимание	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
32	Не может довести дело до конца (выполнять задачи до конца)	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
33	С трудом развлекает себя сам	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
34	С трудом концентрируется на чем-то одном	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
35	Слишком активный или беспокойный \ неугомонный	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет
36	Энурез	1	2	3	4	5	6	7	Да	Нет

Опросник родительского отношения в семье с особым ребенком
(И.Н. Галасюк, О.В. Митина, 2017)

Источник: Галасюк И.Н., Митина О.В. Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 2. С. 109–129.

Модификация опросника родительского отношения (ОРО)
(А.Я. Варги и В.В. Столина)

Уважаемый родитель!

Перед Вами текст опросника, который содержит утверждения о родительском отношении к вопросам воспитания детей и общения с ними. Все утверждения пронумерованы. Прочтите по очереди утверждения опросника. Если Вы в принципе согласны с утверждением, то на Бланке ответа обведите кружком номер утверждения. Если не согласны – зачеркните этот номер. В опроснике нет «правильных» или «неправильных» утверждений. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, о чем может думать мой ребенок, что он чувствует.
3. Поведение моего ребенка часто вызывает во мне злость.
4. Все проблемы моего ребенка, это прежде всего мои проблемы.
5. Я испытываю к ребенку чувство расположения.
6. Мой ребенок часто не приятен мне.
7. Я испытываю досаду по отношению к своему ребенку.
8. Мой ребенок еще добьется чего-то в жизни.
9. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые кроме презрения, ничего не стоят.
10. Мой ребенок мог бы развиваться лучше и быстрее, если бы не его дурной характер.
11. Мой ребенок ведет себя плохо специально, чтобы досадить мне.
12. Мой ребенок впитывает в себя все дурное как «губка».
13. Моего ребенка трудно научить хорошим манерам при всем старании.
14. Мне трудно принимать участие в жизни ребенка.
15. К моему ребенку «липнет» все дурное.
16. Когда в компании говорят о детях, я не стыжусь говорить о своем ребенке.

17. Я жалею своего ребенка.
18. Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время.
19. Мой ребенок всегда нуждается в моей помощи и защите.
20. Я активно участвую в обучении и воспитании моего ребенка.
21. Мой ребенок и я – это одно целое.
22. Я разделяю увлечения своего ребенка.
23. Мой ребенок может вывести из себя кого угодно.
24. Мой ребенок часто раздражает меня.
25. Воспитание ребенка – сплошная нервотрепка.
26. За непослушание ребенка следует строго наказывать.
27. Мой ребенок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так.
28. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.
29. Я хотел (а) бы, чтобы мой ребенок подольше оставался маленьким.
30. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.

**Структурированное интервью перед началом
психологической коррекции (Пасечник О.Н.)**

1. Состав семьи.
2. Семейная история.
3. Мотивы принятия ребенка
 - Как долго Вы принимали решение о том, чтобы стать замещающими родителями?
 - Что послужило самым значимым фактором при принятии такого решения?
 - Почему именно этот ребенок?
4. Отношение каждого члена семьи к идее принятия ребенка
Особенности взаимоотношений в семье (внутренняя коммуникация в семье)
 - Эмоциональная близость членов семьи друг к другу.
 - Открытость коммуникации (насколько открыто могут выражать свои эмоции, обсуждать проблемы и т.д.).
5. Особенности взаимоотношений в семье (внутренняя коммуникация в семье)
 - Эмоциональная близость членов семьи друг к другу.
 - Открытость коммуникации (насколько открыто могут выражать свои эмоции, обсуждать проблемы и т.д.).
6. Семейные традиции воспитания детей:
 - Поощрения (как принято хвалить ребенка).
 - Наказания (конкретные приемы, которые традиционно используются в семье).
 - Отношение к самостоятельности ребенка.
7. Как долго ребенок находится в семье?
8. Как проходила адаптация ребенка к семейной среде?
9. Характеристики поведения ребенка
 - Чем любит заниматься ребенок, во что любит играть?
 - Любимая игрушка ребенка?
 - Чему ребенок радуется?
 - Что огорчает, раздражает, злит ребенка?
 - Как ребенок взаимодействует с другими детьми в семье?
10. Завершите предложения
 - Идеальный приемный родитель – это
 - Идеальный приемный ребенок — это ...
 - Идеальный кровный ребенок – это ...

Опросник «Родительская позиция в семье с особым ребенком»

(И.Н. Галасюк, О.В. Митина)

Источник: Галасюк И.Н., Митина О.В. Разработка и апробация опросника «Родительская позиция в семье с особым ребенком» // Вестник РГГУ № 4 (10) Научный журнал / Серия «Психология. Педагогика. Образование» Москва 2017. С. 137-164.

Уважаемый родитель!

Перед Вам опросник, в котором даны утверждения о том, как Вы обычно взаимодействуете с Вашим ребенком и профессионалами, какие мысли чаще всего возникают у Вас при общении с ребенком и с профессионалами по поводу Вашего ребенка. Просим Вас внимательно прочесть данные утверждения и отметить ОДИН вариант завершения каждого из них, который в максимальной степени характеризует Ваши мысли и поступки. В опроснике нет правильных или неправильных ответов. Отвечайте, пожалуйста, искренне. Работа с данным опросником поможет Вам и профессионалам, которые работают с ребенком, осознать особенности *именно Ваших* взаимоотношений с ребенком и в соответствии с этими особенностями строить программу его развития.

1. Мой ребенок чаще всего вызывает у меня мысли...

- a) о том, что он причиняет неудобства другим членами семьи.
- b) о том, как научить его всем необходимым навыкам жизнеобеспечения.
- c) о том, что вполне возможно, что диагноз поставлен ошибочно.
- d) о том, как сделать его жизнь ярче.

2. Если ребенок не выполняет мои требования, я чаще всего думаю...

- a) что он это делает не потому, что не может, а потому, что не хочет.
- b) как научить его подчиняться внешним требованиям через «не хочу», поскольку это пригодится ему в дальнейшей жизни.
- c) как превратить эти требования в игру, чтобы ему захотелось их выполнить.
- d) что быстрее сделать все за него и оставить его в покое, не привлекая внимания других людей.

3. Задумываясь о будущем моего ребенка, я...

- a) боюсь, что когда меня не станет, он будет обузой для других членов семьи.
- b) прихожу к мысли о том, что мне нужно прилагать больше усилий для того, чтобы его вылечить.

с) чувствую ответственность за то, чтобы научить его всему необходимому для самостоятельной жизни.

д) уверен, что общими с ним усилиями нам удастся сделать его жизнь насыщенной и интересной.

4. Требования к особому ребенку должны...

а) не особенно отличаться от требований к детям без нарушений в развитии.

б) быть направлены на то, чтобы вырастить из него максимально независимого человека.

с) стимулировать его развитие.

д) быть такими, чтобы минимизировать дискомфорт других членов семьи.

5. При возникновении проблем в поведении ребенка я считаю, что...

а) необходимо добиться того, чтобы он выполнил мои требования любыми путями.

б) я вместе с ребенком должен найти решение.

с) главное – оградить других от причиняемых его поведением неудобств.

д) необходимо найти правильные методы воздействия для достижения желательного поведения.

6. Я считаю, что будущее особого ребенка зависит от того,...

а) чему его научат родители под руководством специалистов.

б) насколько родители, проигнорировав диагноз, смогут расширить зону его возможностей.

с) насколько родитель сопереживает ребенку и готов совместно с ним строить стратегию его будущего.

д) насколько ему в жизни будут помогать попечители, фонды, учреждения и т. д.

7. Если меня приглашают в гости друзья или родственники, то вопрос о том, взять ли ребенка с собой, зависит...

а) главным образом от самочувствия ребенка.

б) от того, будет ли это полезно и целесообразно для развития его навыков взаимодействия с людьми.

с) от того, насколько люди не будут обращать внимание на его болезнь.

д) от того, будет ли комфортно окружающим с моим ребенком.

8. Если ребенок что-то делает не так или не так, я чаще всего...

а) сбалансированно применяю наказания и поощрения, добиваясь желаемого поведения, так как в будущей жизни таких ситуаций будет много и мне надо научить его подчиняться требованиям и обстоятельствам.

б) пытаюсь выяснить причину его несговорчивости и устранить ее.

с) чтобы не доставлять неудобства окружающим и не привлекать особого внимания к проблеме, я делаю за него то, что у него не получается.

д) стараюсь добиться его послушания, не делая особых скидок на болезнь.

9. Для развития социально-бытовых навыков у ребенка я...

а) не трачу время, так как это бесполезно и я сомневаюсь, что мой ребенок сможет делать что-то сам. По моему мнению, ребенок всегда будет нуждаться в посторонней помощи, а это время лучше сэкономить для чего-то другого.

б) стараюсь сделать обучение привлекательным, превратив его в игру, и учу ребенка всему, делая это вместе с ним.

с) использую хорошо зарекомендовавшие себя приемы и способы обучения.

д) стараюсь не заикливаясь на его болезни и растить его как здорового ребенка.

10. Играть с особым ребенком...

а) для взрослого гораздо более творческая задача, чем играть со здоровым.

б) нужно только в обучающие игры.

с) это попусту тратить время, которое можно потратить на преодоление его недугов.

д) у меня нет никакого желания.

11. Контролируя своего ребенка, я...

а) заставляю его подчиняться установленным мною правилам, так как это обеспечивает его безопасность.

б) попусту трачу время и считаю, что это должен делать кто-то более компетентный в воспитании особых детей.

с) всегда стараюсь дать ему возможность сделать то, что он может и хочет самостоятельно.

д) приучаю его к тому, что контроль – это необходимый компонент его жизни.

12. Будущая жизнь особого ребенка...

а) может сложиться полнокровно, если научить его радоваться и приносить радость окружающим.

б) может сложиться достойно, если обучить его всему, чтобы он был максимально независим.

с) может сложиться удачно, если найти специалистов, которые бы его поставили на ноги.

д) не может быть полноценной.

13. Диагноз ребенка...

а) в большей степени надуман, и его можно снять при условии успешной работы специалистов с ребенком.

- b) не причина того, чтобы мы отказывались от радостной жизни.
- c) я считаю своей трагедией.
- d) ставит передо мной задачу следования рекомендациям специалистов при воспитании ребенка.

14. Если мой ребенок плохо себя ведет...

- a) это значит, что он попал в трудную ситуацию, и я должен помочь ему из нее выйти, так как это не всегда связано с особенностями диагноза.
- b) чаще всего причина этого – особенности диагноза.
- c) чаще всего это особенности его плохого характера, и нельзя все списывать на диагноз.
- d) то ничего не поделаешь, я приму это как данность, так как причина всему – неизлечимый диагноз.

15. Знания об особенностях диагноза помогают мне...

- a) самостоятельно принимать решения о будущем ребенка, адекватно критически оценивая советы профессионалов.
- b) находить новые пути для нормализации его жизни.
- c) обучить ребенка тому, чтобы он был максимально независимым в дальнейшей жизни.
- d) найти ему необходимое учреждение по уходу за ним.

16. Я стремлюсь больше узнать о диагнозе...

- a) чтобы понять, как обеспечить ребенку насыщенную жизнь.
- b) чтобы применять адекватные диагнозу меры по уходу и воспитанию.
- c) чтобы быть способным компетентно реагировать на рекомендации специалистов.
- d) чтобы найти ему специалистов по уходу за ним.

17. Родителю следует реагировать на диагноз ребенка...

- a) так, чтобы не осложнять жизнь других членов семьи.
- b) опираясь на поиск возможностей, а не ограничений.
- c) в строгом соответствии с рекомендациями специалистов.
- d) адекватно, не преувеличивая его.

18. Посещение обучающих мероприятий для родителей я считаю...

- a) полезным для получения рекомендации от специалистов относительно диагноза ребенка.
- b) полезным для обмена опытом решения проблем ребенка, связанных с диагнозом.
- c) полезным, так как могу сам(а) научить специалистов и родителей, как решать проблемы особого ребенка.
- d) малопродуктивным, так как все, что связано с диагнозом, должны решать профессионалы.

19. В связи с диагнозом моего ребенка я стремлюсь...

- a) как можно больше консультироваться со специалистами.
- b) как можно больше взаимодействовать с такими же родителями, как я, и с их детьми, принимать активное участие в различных мероприятиях для таких же семей, как наша.
- c) защитить его от некомпетентности специалистов.
- d) оградить других членов семьи от связанных с ним неудобств.

20. Понимая ограничения, накладываемые диагнозом, я...

- a) делаю все, чтобы их минимизировать.
- b) четко выполняю рекомендации специалистов.
- c) надеюсь, что можно найти такого специалиста, который поможет их снять.
- d) полагаюсь на помощь, которую ребенку должны оказать специалисты.

21. Для того чтобы узнать о прогнозе развития болезни ребенка, я...

- a) стараюсь получить информацию не только от специалистов, но и от родителей детей с подобным диагнозом.
- b) консультируюсь у специалистов.
- c) добываю информацию, не надеясь на помощь извне, потому что каждый случай сугубо индивидуальный, и советы других здесь не могут помочь.
- d) ничего не предпринимаю, так как мне и так все ясно – прогноз неблагоприятный.

22. При решении проблем ребенка, связанных с диагнозом, я...

- a) делаю то, что считаю нужным, независимо от мнения со стороны.
- b) доверяю это профессионалам, которые более компетентны, чем я.
- c) могу сделать что-то, что не принято делать с особыми детьми, но в результате чего ребенок получит радость.
- d) делаю все, что мне говорят специалисты.

23. Нарушать лечение и рекомендации специалистов...

- a) можно, если это способствует более насыщенной жизни ребенка.
- b) ни в коем случае нельзя, потому что все эти рекомендации хорошо продуманы и способствуют благополучию людей с таким диагнозом.
- c) можно, так как они часто не отражают сущности того, что происходит с моим ребенком.
- d) смысла не имеет, так как они лучше знают, как ухаживать за детьми с таким диагнозом.

24. Для уменьшения последствий диагноза на жизнь ребенка в будущем я...

- a) ищу альтернативные методы лечения и оспариваю этот диагноз.

b) стараюсь «подставить ему свое плечо» и максимально активно участвовать во всех мероприятиях в учреждении, где занимаюсь с моим ребенком.

c) регулярно занимаюсь с ним и выполняю все задания специалистов.

d) ничего не могу сделать.

25. Когда меня приглашают на беседу со специалистом, работающим с моим ребенком, я ловлю себя на мысли, что...

a) за диагнозом профессионалы часто не видят самого ребенка.

b) надо ничего не упустить из рекомендаций, которые мне дадут специалисты.

c) надо тщательно подготовиться, чтобы в беседе быть компетентным не хуже, чем специалист.

d) это пустая трата времени, и я иду туда потому, что так положено.

26. Проблемы при взаимодействии с профессионалами...

a) я не допускаю, потому что я понимаю, что они знают гораздо лучше меня, как надо лечить, воспитывать и обучать моего ребенка.

b) я обычно стараюсь разрешить во благо ребенку.

c) неизбежны, так как большинство из них не очень компетентны или руководствуются общими правилами, не учитывая особенности моего ребенка.

d) я не допускаю, так как это может привести к каким-то организационным санкциям.

27. Я думаю, что, взаимодействуя с профессионалами в будущем, когда мой ребенок повзрослеет...

a) я буду прислушиваться к их советам, но буду отбирать те, которые помогают моему ребенку чувствовать себя счастливым человеком.

b) я буду продолжать руководствоваться их советами.

c) я буду полагаться на уже сформированный у меня опыт и сведу это взаимодействие к минимуму.

d) я буду добиваться хорошего финансового обеспечения.

28. Я рассматриваю взаимодействие со специалистами как...

a) возможность решить организационные и финансовые вопросы.

b) поле боя, где надо «отстоять» своего ребенка.

c) возможность улучшить качество жизни моего ребенка.

d) возможность получить рекомендации.

29. Новые идеи в области воспитания и обучения особого ребенка, которые я получаю от профессионалов, я обычно...

a) беру на вооружение, если они помогают расширить возможности моего ребенка.

b) использую в процессе воспитания моего ребенка.

с) воспринимаю с осторожностью, так как они в большей степени обобщены и не учитывают уникальность моего ребенка.

д) я воспринимаю пессимистично, так как они вряд ли могут кардинально улучшить мою ситуацию.

30. В будущем, когда мой ребенок вырастет, я думаю, что его взаимодействие с профессионалами...

а) будет сведено к минимуму.

б) будет в значительной степени решаться им самим.

с) будет осуществляться совместно со мной, так как я хочу быть уверенным, что он будет выполнять рекомендации так, как надо.

д) будет постоянным, так как только они смогут обеспечить необходимый ему уход.

31. При взаимодействии с профессионалами по поводу ухода, воспитания и обучения ребенка я...

а) стремлюсь построить с профессионалами партнерские, доверительные отношения, что позволяет объединить наши усилия на благо ребенку.

б) доверяю профессионалам и выполняю все их советы и предписания.

с) критически отношусь к их замечаниям и делаю все возможное в случае неквалифицированных, с моей точки зрения, советов, которые могут вредить ребенку.

д) предоставляю им возможность решать судьбу моего ребенка, так как они более компетентны в этом.

32. Если у меня возникают сомнения в правильности лечения ребенка, я обычно...

а) все-таки прихожу к выводу, что им виднее, как надо лечить моего ребенка.

б) предлагая свои варианты решений, стараюсь не портить с ними отношений и внимательно выслушиваю их критические замечания.

с) обращаюсь за советом к другим профессионалам.

д) доказываю свою точку зрения на этот счет.

33. Принимая участие в построении будущего моего ребенка совместно с профессионалами, я...

а) отвожу им в этом минимальную роль.

б) добросовестно выполняю их рекомендации.

с) принимаю активное участие как компетентный партнер специалистов.

д) не проявляю особой активности, так как это не имеет смысла.

34. После встреч со специалистами я обычно...

а) начинаю адаптировать их рекомендации с учетом личности моего ребенка, так как лучше меня никто не знает моего ребенка.

б) начинаю пунктуально и точно выполнять их задания, так как это важно для моего ребенка.

с) испытываю недовольство их некомпетентностью и бездетельностью в отношении моего ребенка и в очередной раз начинаю искать альтернативную информацию и грамотных специалистов.

д) имею, наконец, время, которое я могу посвятить другим членам семьи.

35. Когда мои отношения с конкретным профессионалом не складываются...

а) я обращаюсь в вышестоящие инстанции с просьбой разобраться в ситуации.

б) я ощущаю ответственность за них и поэтому проявляю гибкость.

с) как правило, это моя вина, и я стремлюсь быть более ответственным, выполняя их рекомендации.

д) я стараюсь уйти в тень, не проявлять лишней активности.

36. Я полагаю, что ответственность за будущее ребенка лежит на...

а) родителей и профессионалах как партнерах по выработке стратегии жизни ребенка и ее осуществлению.

б) профессионалах, при этом родители несут ответственность за исполнение их рекомендаций.

с) мне, так как никто не заинтересован в моем ребенке больше меня самого. Лишь моя активность по поиску необходимого ему лечения обеспечит ребенку достойную жизнь.

д) профессионалах и государстве. Обычный родитель не в состоянии обеспечить жизнь особого ребенка в соответствии с его потребностями.

Соответствие вариантов ответов типам родительской позиции и частота выборов этих вариантов

№ Пункта	Варианты ответа и частота выбора			
	партнерская	наставническая	доминирующая	отвергающая
1	d/0,27	b/0,62	c/0,05	a/0,06
2	c/0,42	b/0,32	a/0,12	d/0,14
3	d/0,26	c/0,40	b/0,12	a/0,22
4	c/0,52	b/0,30	a/0,14	d/0,05
5	b/0,31	d/0,58	a/0,05	c/0,06
6	c/0,41	a/0,43	b/0,09	d/0,07
7	a/0,59	b/0,25	c/0,11	d/0,05

№ Пункта	Варианты ответа и частота выбора			
	партнерская	наставническая	доминирующая	отвергающая
8	b/0,48	a/0,21	d/0,12	c/0,19
9	b/0,37	c/0,19	d/0,33	a/0,11
10	a/0,75	b/0,20	c/0,01	d/0,04
11	c/0,65	d/0,15	a/0,19	b/0,01
12	a/0,26	b/0,47	c/0,06	d/0,21
13	b/0,47	d/0,37	a/0,07	c/0,09
14	a/0,53	b/0,23	c/0,10	d/0,14
15	b/0,23	c/0,36	a/0,19	d/0,22
16	a/0,30	b/0,37	c/0,25	d/0,09
17	b/0,47	c/0,15	d/0,33	a/0,05
18	c/0,44	a/0,41	b/0,05	d/0,10
19	b/0,30	a/0,46	c/0,15	d/0,10
20	a/0,41	b/0,19	c/0,09	d/0,32
21	a/0,48	b/0,31	c/0,11	d/0,10
22	c/0,33	d/0,12	a/0,21	b/0,33
23	a/0,32	b/0,38	c/0,12	d/0,17
24	b/0,48	c/0,26	a/0,05	d/0,21
25	a/0,14	b/0,75	c/0,09	d/0,02
26	b/0,54	a/0,35	c/0,09	d/0,02
27	a/0,59	b/0,25	c/0,11	d/0,05
28	c/0,79	d/0,19	b/0,00	a/0,02
29	a/0,54	b/0,31	c/0,09	d/0,06
30	b/0,17	c/0,36	a/0,15	d/0,32
31	a/0,67	b/0,20	c/0,07	d/0,06
32	b/0,49	c/0,20	d/0,01	a/0,30
33	c/0,41	b/0,49	a/0,04	d/0,06
34	a/0,63	b/0,31	c/0,01	d/0,05
35	b/0,46	c/0,11	a/0,30	d/0,14
36	a/0,49	b/0,11	c/0,30	d/0,10

Библиотечка поведенческих индикаторов родительской отзывчивости⁷ (Галасюк, 2018)

<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ⁸	
Эмоциональный фон общения, который создает родитель при общении с ребенком	
МАРКЕР «Невербальные реакции»	
<i>Ключевые индикаторы:</i> лицевая экспрессия, взгляд, тон и модуляция голоса, жесты	
<i>Лицевая экспрессия – проявление радости</i> , удивления, восторга, любопытства (движение бровей, улыбка, смех)	<i>Лицевая экспрессия – проявление недовольства</i> (хмурится – сердится, выражает испуг, гримасы недовольства, страха)
<i>Взгляд</i> <u>значение:</u> - <i>интерес</i> - <i>восторг</i> - искрится добротой - любящий - «глаза в глаза»	<i>Взгляд</i> <u>значение:</u> - <i>безразличие</i> - <i>скука</i> - <i>напряжение</i> <u>направление:</u> «сквозь ребенка»
<i>Тон, модуляции голоса:</i> - <i>спокойный</i> , уверенный тон - модуляция – соответствие ситуации игры - <i>радостные интонации</i> в голосе	<i>Тон, модуляции голоса:</i> - безразличный тон - отсутствие изменений модуляции голоса (ровный, нейтральный, формальный) - <i>тревожный тон голоса</i> в ситуациях, которые не представляют опасности для ребенка - “заученный” позитивный тон голоса (неестественный)

⁷ Некоторые реакции родителей могут фиксироваться в нескольких компонентах одновременно. В этом случае сигнал родительской отзывчивости, который получает ребенок, усиливается, проходя по двум и более каналам (эмоции – тело – когниции). Это может проявляться как в положительных тенденциях, так и в отрицательных.

⁸ Важна искренность проявлений родителем эмоций. Не честно сказанное «молодец» не берется в расчет при анализе в связи с тем, что ребенок чувствителен к невербальной окраске слов, фраз. Неискренность рождает спутанность понимания ребенком «опасно-не опасно», «правильно-не правильно», «хорошо – плохо», «молодец – плохой». Двойной посыл, двойная ловушка.

<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
<p>Позитивные жесты <u>Примеры:</u> - «иди ко мне» - жестикуляция-игра: «прятки» (предмет), «Ку-Ку» (лицо)</p>	<p>Негативные жесты <u>Примеры:</u> - указательный жест - жест «Ай-яй-яй!» - жест «нельзя» - жест «испуг»</p>
<p>Наклоны головы, покачивание головой <u>значение:</u> поощрение, любопытство</p>	<p>Наклоны головы, покачивание головой <u>значение:</u> нельзя, опасно, страшно</p>
<p><i>Другое</i></p>	<p><i>Эффект каменного лица (маска)</i></p>
<p align="center">МАРКЕР «Вербальные реакции»</p> <p>Ключевые индикаторы: эмоциональные возгласы, междометия, высказывания родителя, конгруэнтные его чувствам / комментарии эмоционального состояния ребенка, комментарии собственного эмоционального состояния</p>	
<p>Комментарии эмоционального состояния ребенка Позитивная или безоценочная интерпретация «<i>внутреннего мира ребенка</i>» <u>Пример:</u> «Тебе весело /грустно/интересно. Ты сердишься / злишься и т.д.»</p>	<p>Критика эмоционального состояния ребенка <u>Пример:</u> «Мальчики не плачут. Не хнычь как девчонка» «Разве можно девочкам так злиться?»</p>
<p align="center"><i>Возгласы</i></p> <p>- выражение различных чувств родителя без их называния (конгруэнтные ситуации) <u>Пример:</u> удивление – междометия «ах», «ух ты!» - возгласы, озвучивающие предполагаемую эмоцию ребенку <u>Пример:</u> «аааа» - «проживание чувств ребенка» <u>Пример:</u> сожаление, что мячик укатился - звуковое сопровождение совместных действий родителя с ребенком <u>Пример:</u> «агааа!» - возгласы; фразы; слова, комментирующие происходящее с предметом <u>Пример:</u> «опа» - падение предмета</p>	<p align="center"><i>Возгласы</i></p> <p>- неконгруэнтность возгласа ситуации, чувствам родителя <u>Пример:</u> «Ух ты» – без включенности родителя в ситуацию/чувства ребенка - предостережение, отрицательные эмоции <u>Пример:</u> ой-ей-ей</p>

<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
ФИЗИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ Реакции родителя на уровне тела	
МАРКЕР «Отзеркаливание» <i>Ключевые индикаторы:</i> моментальное повторение за ребенком его реакций: мимических движений; вокализаций, слов ребенка; движений крупной и мелкой моторики	
<i>Повторение</i> родителем <i>мимических движений</i> ребенка (отражение эмоций)	<i>Передразнивание</i> невербальных эмоциональных проявлений ребенка (например, когда ребенок капризничает, ноет) <i>Противоположные по знаку эмоциональные реакции</i> (ребенок плачет – родитель улыбается)
<i>Повторение</i> родителем <i>вокализаций/слов ребенка</i> <u>Пример:</u> ребенок «адидадияй» - родитель «отзеркаливает» вербально «адидадияй»)	<i>Передразнивание</i> вокализаций / слов ребенка
<i>Повторение</i> родителем <i>движений крупной и мелкой моторики</i> ребенка (отзеркаливание движений)	
МАРКЕР «Синхронность, Дистанция»⁹ <i>Ключевые индикаторы:</i> расположение в пространстве, согласованность движений, дистанция)	
<i>Движения ребенка и родителя гармоничны, синхронны, комплементарны</i>	Родитель <i>насиленно осуществляет движения</i> руками ребенка, пытаясь научить играть с предметом
	<i>Рассогласованность</i> движений <u>Пример:</u> ребенок бросает маме мяч, мама занимается изучением домика и не ловит мяч
	<i>Движения родителя скованы</i> Двигательная активность отсутствует, демонстрируется <i>отстраненность</i>

⁹ Контекст игры может быть различным: подвижная / не подвижная игра.

Если контекст игры не предполагает движений, то данный индикатор может проявляться в микро-движениях (наклоны тела, кивки головой и т.д.).

<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
Близкая <i>дистанция</i> ¹⁰ , что <i>приносит удовольствие</i> обоим (родителю и ребенку)	<i>Чрезмерно близкая дистанция</i> , что ограничивает движения ребенка <u>Пример:</u> родитель обхватывает ребенка сзади и крепко держит руки ребенка, нацеливая его движения в направлении, которое спланировал родитель без учета желания ребенка
Родитель и ребенок на <i>большой дистанции, что обусловлено ситуацией игры</i> При этом наблюдается интерес к взаимодействию как со стороны родителя, так и со стороны ребенка	<i>Манипуляция с целью сократить дистанцию</i> Близость инициирована путем манипуляции <u>Пример:</u> родитель забирает мяч, который интересен ребенку, и прячет его в домик ¹¹
ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ Способность родителя на когнитивном уровне осознать тонкости душевного мира своего малыша	
МАРКЕР «Разделенное внимание»¹² <i>Ключевые индикаторы:</i> следование за фокусом внимания ребенка, фиксация внимания диады на одном предмете; степень настойчивости родителя в управлении вниманием ребенка)	
Направленность взгляда родителя <i>на предмет, которым манипулирует ребенок</i>	Родитель <i>формально фиксирует внимание на предмете, интересном для ребенка</i> , но при этом не сосредотачивает взгляд на игрушке (предмете) <u>Пример:</u> «Тебе понравился мячик» - при этом родитель смотрит в сторону и произносит слова формально
Родитель <i>описывает предмет исследования ребенка</i> , озвучивает то, что происходит с предметом, предлагает варианты взаимодействия с интересующим ребенка предметом <u>Примеры:</u> «Давай посмотрим, как мячик путешествует по горке»	Родитель <i>настаивает на фиксации внимания на том предмете, который считает более полезным</i> для ребенка в качестве предмета для игры

¹⁰ Дистанция обусловлена ситуацией.

¹¹ Близость партнеров обусловлена перехватом родителем интересующего предмета из рук ребенка.

¹² Зрительное, слуховое сосредоточение – за счет общего интереса по обоюдной инициативе. Разделенного внимания может не быть даже в случае, когда оба смотрят в одном направлении, но фокус внимания каждого сосредоточен на разных предметах.

Индикаторы «+»	Индикаторы «-»
<p>«Мячик покатился, покатился и оказался в домике...» «Вот как!» «Укатился далеко» «А куда же мячик спрятался?» Понимание смысла, которым ребенок наделяет предмет и свои действия с ним. <u>Пример:</u> «Ага! Значит это он (предмет) убегает от тебя! Давай догоним его!»</p>	
<p>Родитель и ребенок манипулируют предметом по <i>обоюдному желанию</i></p> <p><i>Родитель предлагает игру</i> с новой игрушкой, и <i>ребенок с интересом начинает в нее играть</i>, исследовать ее возможности</p>	<p><i>Манипуляция с целью переключения внимания</i> Родитель прячет предмет внимания ребенка с целью его отвлечения, переключения внимания, предлагает замену предмета, который интересен ребенку</p>
<p>МАРКЕР «Поддержка исследовательской активности» Ключевые индикаторы: поощрение исследовательской активности, темп</p>	
<p>Предоставляет ребенку возможность <i>исследовать предметы; поощряет фантазии</i> ребенка</p>	<p>Требует «правильного» ответа на вопросы о действиях с предметом</p>
<p>Задавая вопросы или комментируя действия ребенка, <i>выдерживает паузу</i> для ответной реакции ребенка</p>	<p><i>Темп активности родителя не соответствует темпу активности ребенка</i> <u>Примеры:</u> - не оставляет паузы для ответной реакции ребенка - отвечает на активность ребенка с большим опозданием</p>
<p><i>Сообщение информации</i> об угрозе, опасности, которая <i>соответствует действительности спокойным тоном</i> <u>Пример:</u> розетку не нужно трогать, может быть больно</p>	<p><i>Сообщение информации, которая не соответствует действительности – угроза</i> - окрашивание тоном голоса опасных, тревожных свойств предмета, которая не соответствует ситуации («мячик колочий») – мир опасный, тебе надо быть рядом с мамой Обесценивание предмета (игрушки)/игры), который интересен ребенку <u>Примеры:</u> «Это неинтересная игрушка» «Это скучная игра»</p>

<i>Индикаторы «+»</i>	<i>Индикаторы «-»</i>
<p>При необходимости сменить деятельность или завершить взаимодействие готовит ребенка к тому, что он будет делать (<i>предвосхищает определенные шаги</i>)</p> <p><u>Пример:</u> «Сейчас мы соберём игрушки и попрощаемся с ними до завтра»</p>	<p>Родитель <i>ограничивает движения ребенка</i>, не позволяет ему продолжить игру</p>
<p>ДЕЙСТВЕННЫЙ КОМПОНЕНТ</p> <p>Действия родителя в результате получения коммуникативного сигнала о потребностях в процессе коммуникативной деятельности</p>	
<p>МАРКЕР «Реакция на потребности»</p> <p><i>Ключевые индикаторы:</i> сензитивность к физическим потребностям, потребности в любви, в активности</p>	
<p><i>Озвучивание физического состояния ребенка</i></p> <p><u>Примеры:</u> «Ты устал...» «Ты хочешь кушать» «Тебе хочется спать» «У тебя чешутся зубки»</p>	<p><i>Игнорирование</i> актуального физического состояния ребенка. Родитель продолжает «заниматься» с ребенком даже в ситуации, когда ребенок явно демонстрирует, что он устал, проголодался или у него есть какой-то <i>физический дискомфорт</i></p>
<p><i>Тактильные прикосновения, объятия, поглаживание ребенка</i> и т.д.</p> <p><u>Пример:</u> гладит ребенка, обнимает и прижимает к себе</p>	<p><i>Переключает внимание ребенка, требующего ласки, на познавательную или двигательную активность</i></p> <p><u>Пример:</u> «Иди побегай, поиграй, хватит липнуть к маме»</p>
<p><i>Поощрение</i> тоном голоса, вербально двигательной <i>активности ребенка</i></p> <p><u>Пример:</u> принимает участие в двигательной активности ребенка или поощряет такую активность</p>	<p><i>Сдерживает двигательную активность ребенка</i></p>
<p>МАРКЕР «Коммуникативная деятельность»</p> <p><i>Ключевые индикаторы:</i> вовлеченность в деятельность ребенка, доброжелательное внимание, интерес к деятельности ребенка; проявление уважения к ребенку (недирективная позиция), демонстрация уверенности в его способностях (искренняя похвала)</p>	
<p><i>Вовлеченность</i> родителя в деятельность ребенка, проявление родителем искреннего интереса к тому, что делает ребенок</p>	<p><i>Отстраненность родителя</i> от деятельности ребенка Например: ребенок исследует предмет, в это время родитель увлеченно коммуницирует по телефону, что-то изучает в телефоне, занят изучением других предметов...</p>

Индикаторы «+»	Индикаторы «-»
<p>Позитивные комментарии действий ребенка <u>Пример:</u> «Тебе удалось построить башенку» «Ты так быстро забрался на горку» «Ты такой смелый» «Ты сделал это очень аккуратно» «Ты сам убираешь игрушки»</p>	<p>Критика действий ребенка - выражение неодобрения действий ребенка в ситуациях, не соответствующих опасности <u>Пример:</u> «так опасно»¹³ Обвиняет ребенка <u>Пример:</u> «Как тебе не стыдно» «Так нельзя, так ведут себя плохие детки»</p>
<p>Побуждение ребенка к действию <u>Примеры:</u> «будешь кидать?»; «дай мне пожалуйста мячик»; «держи мячик»</p>	<p>Манипулирование – техника влияния. <u>Пример:</u> Родитель не может отвлечь внимание ребенка от того, что ему интересно (игра в мяч) и делает попытку заставить ребенка: «Мячик колочий» (в значении «мячик опасный»): часть правды, часть лжи: правда – мячик колочий, не правда – то, что это опасно</p>
<p>Недирективная позиция (предоставляет ребенку право выбора деятельности)</p>	<p>Директивная позиция родителя (указания, приказы, инструкции) настаивает на способе манипуляций с предметом, которым увлеченно играет ребенок</p>
<p>Искренняя похвала Одобрение действий ребенка <u>Пример:</u> «молодец» – заслуженно</p>	<p>Формальная похвала («молодец» – формально)</p>
<p>Обращение к ребенку с использованием ласкового имени</p>	<p>Высказывание - приказ <u>Пример:</u> «Иди немедленно ко мне»; «Ты должен играть»</p>
УСЛОВИЯ ОЦЕНКИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ — ИГРА	
+ (есть спонтанная игра)	- (нет спонтанной игры)
<p>Удовольствие от процесса игры с теми предметами, которые интересны ребенку</p>	<p>Подмена спонтанной игры игровым занятием</p>
<p>Позитивный сценарий</p>	<p>Негативный сценарий <u>Пример:</u> «Это у тебя машинки выстроились в очередь... Наверное, впереди авария. Там рухнул мост... Скоро приедет полиция...»</p>

¹³ Ребенок должен получать обратную связь, если его действия действительно могут принести вред ему или окружающим.

Психологическая коррекция детско-родительского взаимодействия (Пасечник О.Н.)

Тренинг детско-родительского взаимодействия, обучающая сессия взаимодействия, направленного на ребенка (CDI), – игровой этап.

Перед началом первого этапа игровой поведенческой терапии родителей приглашают на вводное занятие без участия ребенка. Терапевту необходимо внимательно изучить всю информацию о семье: предысторию, актуальные проблемы, сильные и слабые стороны, результаты бланка поведения ребенка и другую информацию, которая может помочь специалисту составить максимально подробный портрет семьи, и, одновременно, уделить большее внимание тем навыкам, которые представляют для родителей наибольшую сложность.

До начала самой сессии необходимо объяснить родителям важность этого этапа терапии, который станет фундаментом для второго этапа, ориентированного на коррекцию поведения родителя. Игровой этап терапии (CDI – ориентированный на ребенка) призван упрочить эмоциональный контакт с детьми, повысить компетентность родителей во взаимодействии с ребенком с ограниченным объемом внимания, овладеть навыками вербальной и невербальной коммуникации, снизить уровень родительского стресса, повысить степень самоуважения ребенка к себе, улучшить навыки социального общения ребенка, как, например, умение делиться чем-то – навык, необходимый при совместной игре с другими детьми.

Важно помнить, что для обсуждения родительского стресса следует отводить не более пяти минут в начале сессии (в начале обсуждения домашнего задания и в конце сессии)!

Основным правилом этого этапа является отведение ведущей роли в игре и диалогах ребенку. Кроме того, родители учатся давать четкие, ясные указания и разделять прямые и непрямые указания: «Сядь!», «Пожалуйста, дай мне эту машинку!» (прямые); «Ты хотел бы сесть?», «Давай пока отложим эту машинку!» (непрямые). В случае непослушания ребенка игру можно приостановить в шутливой форме. Необходимо помнить, что игровой этап ориентирован на то, чтобы дать ребенку понять, что совместная игра — это веселое и приятное занятие.

Помимо прочего, родители учатся избегать вопросительных формулировок, среди которых выделяют вопросы с целью выяснения той или иной информации – кто, что, где, когда, как; непреднамеренные вопросы, когда интонация произвольно понижается к концу предло-

жения (краткие общие вопросы); вопросы, совершенно вуалирующие указания как например, «Ты хотел бы все убрать?». Родителей обучают не использовать критических утверждений или замечаний, так как они понижают самооценку ребенка и зачастую являются причиной негативного взаимодействия. Для коррекции поведения без использования критических утверждений предлагается использовать формулировку «Это нужно делать так» вместо «Не делай так!»

Далее с родителями обсуждают 5 основных навыков, которые будут отрабатываться в течение всех сессий, посвященных игровому этапу, ориентированному на ребенка.

1. Похвала – маркированная и немаркированная, при этом маркированная похвала считается более эффективной, так как дает ребенку понять, за что именно его хвалят. Похвала оказывает положительное влияние на частоту проявления желательного поведения.

2. Отражение: повторение или перефразирование слов ребенка: «Да, это голубой карандаш».

3. Подражание игровым действиям ребенка: родители делают то же самое, что делает ребенок. Этот навык учит родителей удерживать внимание на действиях ребенка и слушать его, а также обучает ребенка игре с другими.

4. Описание желательного поведения представляет проговаривание тех действий, которые совершает в данный момент ребенок. Например, «Ты рисуешь солнце». Родитель комментирует действия ребенка подобно спортивному комментатору. Это позволит ребенку понять и почувствовать интерес, проявление внимания к нему/к ней родителей. Этот навык моделирует и структурирует речь ребенка, расширяет его словарный запас.

5. Проявление энтузиазма. Родителю предлагается эмоционально наполнить свою речь, использовать интонации: «Это ТАК МИЛО с твоей стороны поделиться со мной!»

Затем родителям специалист объясняет их поведение в случае непослушания во время терапевтической сессии. Любое нежелательное поведение следует игнорировать. К нежелательному поведению относится требование ребенка исключительного внимания к себе (крик, дерзость, плач, хныканье без причины). Любое внимание – позитивное или негативное – может только еще сильнее обострить ситуацию. Следует избегать любой вербальной и невербальной реакции на действия ребенка – смотреть на ребенка, улыбаться, хмуриться и т.д.

После этого терапевт объясняет родителям стратегию сочетания техники игнорирования с 5 основными навыками. Каждый раз, когда

родитель замечает поведение, идущее вразрез с нежелательным поведением, он должен сильно похвалить ребенка. Однако такое поведение, как агрессия (желание ударить или укусить), деструктивное поведение (например, когда ребенок намеренно ломает что-то) нельзя игнорировать. В этот момент игру необходимо остановить, таким образом давая ребенку понять границы дозволенного. Модель поведения родителей можно кратко описать как «да – нет - игнорирование».

Далее терапевт и ассистирующий терапевт – временно выполняющий роль ребенка - проводят 5 минутный коучинг для родителей, где их учат фокусировать внимание на 5 основных навыках.

Специалист инструктирует родителей о выборе игр для игровой сессии. Ими могут быть наборы конструктора (лего, кубики, игрушка-конструктор), игровые наборы (детский городок), игры с использованием карандашей, бумаги и пр. Следует избегать настольных игр, игрушек с говорящим устройством, игр с мячом, игр, провоцирующих агрессию. В игровой комнате должно быть 2-3 вида игрушек, чтобы у ребенка была возможность выбора.

На рисунке приведена схема следующего дисциплинарного этапа.

Авторы

Токарская Людмила Валерьевна,

кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и психологии образования ФГАОУ ВО «УрФУ», Екатеринбург, Россия, liydnil@mail.ru

Лаврова Мария Александровна,

старший преподаватель кафедры клинической психологии и психофизиологии ФГАОУ ВО «УрФУ», Екатеринбург, Россия, ml2002@yandex.ru

Галасюк Ирина Николаевна,

кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии развития факультета клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, igalas64@gmail.com

Хлыстова Елена Викторовна,

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психофизиологии ФГАОУ ВО «УрФУ», Екатеринбург, Россия, duslem6704@mail.ru

Пермякова Маргарита Евгеньевна,

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и социальной психологии ФГАОУ ВО «УрФУ», Екатеринбург, Россия, pte8@mail.ru

Коряков Ярослав Игоревич,

старший преподаватель кафедры клинической психологии и психофизиологии ФГАОУ ВО «УрФУ», Екатеринбург, Россия, yarkor@mail.ru

Шинина Татьяна Валерьевна,

кандидат психологических наук, доцент, Московский государственный психолого-педагогический университет, доцент кафедры нейро- и патопсихологии развития, 620017 г. Москва, Сретенка, 29, E-mail: ShininaTV78@gmail.com

Пасечник Оксана Николаевна,

психолог, pasechnik75@mail.ru

Бакушкина Надежда Игоревна,

психолог, naday_92@mail.ru

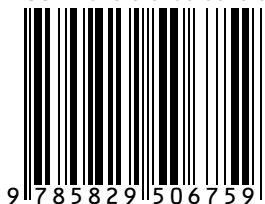
Чегодаев Дмитрий Александрович,

врач-невролог, врач функциональной диагностики, nevromediator@mail.ru

**ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЕ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И РАЗВИТИЕ
РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Коллективная монография

ISSN 978-5-8295-0675-9



Подписано в печать 16.12.2019. Формат 60x84/16
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 12,8.
Заказ № 6810 Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии
ООО «Издательство УМЦ УПИ»
г. Екатеринбург, ул. Гагарина, 35а, оф. 2
Тел.: (343) 362-91-16