Санкт-Петербургский государственный университет

***ХВОСТОВА Ксения Валериевна***

**Выпускная квалификационная работа**

***Особенности взаимодействия матерей и их детей раннего возраста с ОВЗ***

***в режимных ситуациях***

Уровень образования: специалитет

Направление: 37.05.01 «Клиническая психология»

Основная образовательная программа СМ.5029 «Клиническая психология»

Профиль: Клиническая психология детей и родителей

Научный руководитель:

к. псих.н., доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей,

Пальмов Олег Игоревич

Рецензент: к. псих.н., психолог службы ранней помощи

ГБДОУ №41 Центрального района г. Санкт-Петербурга,

Кравченко Анна Павловна

Санкт-Петербург

2023

# 

[**АННОТАЦИЯ 5**](#_q4c9ofarz3f3)

[**ABSTRACT 7**](#_7uopguont32)

[**ВВЕДЕНИЕ 8**](#_idkfah3srhyy)

[**ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МАТЕРЕЙ И ИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОВЗ В РЕЖИМНЫХ СИТУАЦИЯХ. 12**](#_fik9f35ck84k)

[**1.1. Теоретический анализ особенностей взаимодействия матерей и их детей раннего возраста с ОВЗ в режимных ситуациях 12**](#_unwtp3iqntop)

[1.1.1 Психическое развитие и характеристики взаимодействия матерей и детей раннего возраста. 12](#_9c8tpia1lvsm)

[1.1.1.2. Характеристики взаимодействия матерей и детей раннего возраста. 17](#_jrqlfclm17e1)

[1.1.1.2.1. Формирование привязанности у детей раннего возраста. 17](#_q6nj6vnxu30k)

[1.1.1.2.2. Характеристики взаимодействия матерей и детей раннего возраста. 20](#_j8i2l2simt3i)

[1.1.3. Отличительные особенности взаимодействия матерей и детей раннего возраста с ОВЗ в режимных ситуациях. 23](#_n7xk8o5amu3l)

[1.1.3.1. Основные особенности физического, психомоторного, психического и социального развития детей с ОВЗ 23](#_66u6payd3pag)

[1.1.3.2. Отличительные особенности взаимодействия матерей и детей раннего возраста с ОВЗ в режимных ситуациях. 27](#_qo4vynvkk2cs)

[1.2. Программы раннего вмешательства и их роль в помощи детям с ОВЗ и их семьям. 30](#_2eyf53fgpmvg)

[1.2.1.Формирование навыков самообслуживания на основе функционального подхода программ раннего вмешательства. 33](#_54cxedyq31q1)

[1.2.1.1. Функциональный подход служб ранней помощи. 33](#_a581vi6ze942)

[1.3. Концепция Эмми Пиклер и ее роль в поддержке детей раннего возраста с ОВЗ. 44](#_si39aqb3j7n1)

[**ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1. 46**](#_od0w4c8yfmbb)

[**ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ 49**](#_83eysslidaf0)

[2.1. Описание выборки исследования 49](#_o43cdiw6lql5)

[2.1.1. Социально-демографические характеристики родителей 50](#_pkb3v5gg2rck)

[2.1.2. Социально-демографические характеристики детей с ОВЗ 53](#_wn9eveuki3hj)

[2.2. Методы исследования 54](#_l6cvsuhucro6)

[2.2.1. Социально-демографический опросник 54](#_p58zyd2hd70a)

[2.2.2. Опросник измерения вовлеченности, независимости и социальных отношений в ситуации одевания 55](#_pi1sdpkhiqkl)

[2.2.3. Оценка видеозаписи взаимодействия взрослого и ребенка в ситуации одевания 56](#_rul4qztdy2qe)

[**2.2. Процедура исследования 58**](#_xp32483p3ny0)

[**2.3. Математико-статистические методы обработки данных 59**](#_4mtzsejqwacw)

[**ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 60**](#_gjdgxs)

[3.1. Описательные статистики оценки вовлеченности, независимости и социальных отношений (MEISR) в процессе одевания. 60](#_30j0zll)

[3.2. Описательные статистики взаимодействия матери и ребенка в ситуации одевания 65](#_1fob9te)

[3.3. Взаимосвязь суммарных показателей метода оценки взаимодействия матери и ребенка с социально-демографическими характеристиками и MEISR. 80](#_nq9v9xdgcscx)

[3.3.1. Изучение взаимосвязи суммарных показателей метода оценки взаимодействия матери и ребенка в ситуации одевания у детей с социально-демографическими характеристиками 81](#_68hb129tl3a4)

[3.3.2. Взаимосвязь суммарных показателей метода оценки взаимодействия матери и ребенка в ситуации одевания у детей с MEISR. 83](#_ihbd0xrl94rj)

[3.4. Сравнительный анализ показателей вовлеченности, независимости и социальных отношений (MEISR) в процессе одевания у детей из групп 1, 2 и 3. 88](#_d439xj1b9qtb)

[3.5. Сравнительный анализ характеристик взаимодействия матерей и детей Группы 1 (дети с установленным медицинским диагнозом), Группы 2 (дети с ЗПР и/или ЗРР) и Группы 3 (типично развивающиеся дети). 90](#_dz07jjcs5mud)

[3.6 Факторный анализ показателей взаимодействия в парах матерей и детей с ОВЗ и матерей и типично развивающихся детей. 91](#_13p1sb8ypyyo)

[3.7. Факторный анализ показателей навыков самообслуживания у детей с ОВЗ и типично развивающихся детей. 94](#_9ex193xdpoei)

[3.8 Сравнение факторов между группами мам и детей с ОВЗ (Группы 1 и 2) и контрольной группой мам и детей с типичным развитием (Группа 3) 95](#_8invhfxi3aef)

[3.9. Кластерный анализ 96](#_z83ek79fx4pf)

[3.10 Обсуждение и интерпретация результатов 100](#_pq2h60lfg3z3)

[**ВЫВОДЫ 105**](#_odotql25ua24)

[**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 106**](#_uxboxtut93rt)

[**ПРИЛОЖЕНИЯ 126**](#_cwj6yp490rrb)

[**ПРИЛОЖЕНИЕ А 126**](#_5a4692cl2f75)

[**ПРИЛОЖЕНИЕ Б 128**](#_mhapgb7u50vs)

[**ПРИЛОЖЕНИЕ В 129**](#_2fbf1y7hn6xe)

[**ПРИЛОЖЕНИЕ Г 131**](#_fvsrh8jx3v4s)

# АННОТАЦИЯ

Данная дипломная работа посвящена особенностям взаимодействия матерей и их детей раннего возраста с ОВЗ в режимных ситуациях.

В исследовании приняли участие 37 пар «мать – ребенок», возраст детей 12 до 46 месяцев. Пары были разделены на 3 группы: группа детей с установленным медицинским диагнозом, группа детей с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР, группа детей с типичным развитием. Каждой паре было предложено заполнить социально-демографическую анкету, опросник вовлеченности, независимости и социального взаимодействия (MEISR) и сделать видеозапись взаимодействия в ситуации одевания. Оценка видеозаписи происходила с помощью метода разработанного на основе шкалы наблюдения за развитием и поведением ребенка, созданной и использовавшейся в Институте Эмми Пиклер.

Для математической обработки данных был использован критерий U-Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты показали, что контакт и сотрудничество со стороны матерей поддерживают формирование навыков самообслуживания у детей с ОВЗ; чувствительное поведение по отношению к ребенку в процессе переодевания проявляется чаще у матерей детей с установленным медицинским диагнозом по сравнению с матерями типично развивающихся детей; поведение матерей детей с ОВЗ и типично развивающихся детей в режимной ситуации одевания скорее связано со способностью матерей проявлять чувствительность и направленность на сотрудничество, поддержку самостоятельности ребенка, чем с наличием или отсутствием у ребенка трудностей и их выраженности.

Результаты настоящего исследования могут быть использованы в программах ранней помощи ребенку и семье, ориентированных на функциональный подход и опирающихся на концепцию психического здоровья, с целью повышения их эффективности.

# ABSTRACT

This thesis is devoted to the study of the influence of child-parent characteristics of interaction on the formation of self-service skills in young children with disabilities in regime situations.

The study involved 13 couples consisting of a mother and a child aged 12 to 46 months. Each couple was asked to fill out a socio-demographic questionnaire, a Measure of Engagement, Independence, and Social Relationships (MEISR) and make a video recording of the interaction in a dressing situation. The evaluation of the video was carried out using a method developed on the basis of a scale for monitoring the development and behavior of a child, created and used at the Emmy Pikler Institute.

For mathematical data processing, the U-Mann-Whitney test and Spearman's rank correlation coefficient were used.

The results showed that contact and cooperation from mothers support the formation of self-care skills in children with disabilities; sensitive behavior towards the child in the process of dressing is manifested more often in mothers of children with an established medical diagnosis compared to mothers of typically developing children; The behavior of mothers of children with disabilities and typically developing children in a routine situation of dressing is more likely to be associated with the ability of mothers to show sensitivity and focus on cooperation, support for the independence of the child, than with the presence or absence of difficulties in the child and their severity.

The results of this study can be used in the development of programs to help families and children with disabilities in order to increase their effectiveness.

# ВВЕДЕНИЕ

# 

Формирование навыков самообслуживания у детей является важным этапом в их развитии, влияющим на заботу о здоровье и быте. Овладение такими навыками, как раздевание, одевание, уход за телом и гигиена, напрямую влияет на самостоятельность и уверенность ребенка.

Перед родителями стоит задача формирования у ребенка умения следить за внешним видом, разбираться в одежде и ее назначении, а также развивать культурно-гигиенические навыки в процессе социализации. Однако, в реальности, родители часто пренебрегают этими аспектами и делают все за ребенка, чтобы поддерживать свой собственный ритм жизни, не осознавая важности формирования навыков самообслуживания. Возможность ребенка быть активным участником в различных действиях позволяет родителям расширять знания и представления ребенка о мире, развивать речь, мелкую моторику и зрительно-моторную координацию, а также использовать подражание и словесные инструкции.

Функциональная направленность междисциплинарной помощи, ценность проявлений активности и участия ребенка в повседневной жизни и значимость родительской поддержки самостоятельности ребенка отмечается ведущими учеными и практиками ранней помощи в РФ и за рубежом такими как Самарина Л. В., Ермолаева Е. Е., Казьмин А. М., Мухамедрахимов Р. Ж, Пальмов О. И. , McWilliam, R. A., Younggren, N.

Подход венгерского педиатра Эмми Пиклер (Пиклер 2021) все шире используется в программах раннего вмешательства в РФ (Ямщикова Н.А., Катышева А. А., Андрущенко Н.В., Пальмов О.И. Плотникова Е.В., Майер М.А. 2022; Пальмов, Кондратьева, 2022; ) Ценности и практические «ключи» понимания поведения родителей, а также направления поддержки чувствительности и отзывчивости матерей, их способности организовывать сотрудничество с ребёнком, - отражены в методологии и общей направленности исследования и вносят вклад в его практическую значимость.

Актуальность темы данного исследования обусловлена недостаточностью исследований поведения матерей и детей с ограниченными возможностями здоровья в режимных ситуациях.

Были обозначены следующие задачи исследования:

1. Изучить характеристики взаимодействия матерей и их детей с ограниченными возможностями здоровья, а также матерей и их типично развивающихся детей раннего возраста в режимной ситуации одевания.
2. Определить уровень сформированности навыков самообслуживания у детей с ОВЗ и их типично развивающихся сверстников.
3. Изучить характеристики взаимодействия матерей и детей с ОВЗ и типичным развитием в связи с возрастом, полом, особенностями развития детей, социально-демографическими сведениями о матерях.
4. Сравнить характеристики взаимодействия в парах матерей и детей с ОВЗ и детей с типичным развитием, а также показатели сформированности навыков самообслуживания у детей.
5. Оценить взаимосвязь характеристик взаимодействия со стороны матерей на проявления активности и участия детей с ОВЗ в режимной ситуации переодевания.

Основной целью данного исследования является изучение особенностей взаимодействия матерей и их детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья в режимных ситуациях одевания. При этом,предполагаются следующие гипотезы:

Характеристики взаимодействия матерей и детей с ограниченными возможностями здоровья в режимной ситуации отличаются от таковых у матерей и их типично развивающихся детей: матери детей с ОВЗ по сравнению с матерями типично развивающихся детей чаще прерывают самостоятельную активность ребенка и реже следуют за его инициативой, чаще повышают интенсивность своих действий в связи с дискомфортом ребенка.

Объектом исследования является взаимодействие между матерью и ребенком раннего возраста в режимных ситуациях, а предметом исследования - особенности взаимодействия между матерями и их детьми раннего возраста с ОВЗ в ситуациях выполнения режимных действий, таких как кормление, одевание, гигиенические процедуры и т. д. и их взаимосвязь с навыками самообслуживания у детей раннего возраста.

Для проведения данного исследования был использован многоуровневый подход, включающий наблюдение за взаимодействием матери и ребенка в режимных ситуациях, оценку эмпатических способностей родителя, а также оценку навыков самообслуживания у детей раннего возраста.

Методы исследования включают в себя:

* MEISR (Measure of Engagement, Independence, and Social Relationships);
* Оценка видеозаписи взаимодействия взрослого и ребенка в режимной ситуации;
* Социально-демографический опросник;
* Математические методы обработки данных.

Полученные результаты могут иметь практическое применение в разработке раннего вмешательства и поддержки развития навыков самообслуживания у детей, особенно у тех, у кого возможны нарушения в этом развитии. Это может быть полезно для педагогов, врачей, психологов и других специалистов, работающих с детьми раннего возраста и их родителями.

Также результаты данного исследования могут быть востребованы в области научных исследований по развитию детей, эмоциональной связи между родителем и ребенком, и взаимодействия в режимных ситуациях. Они могут быть использованы для дальнейшего развития теоретических представлений о роли эмпатии родителя в развитии навыков самообслуживания у детей, исследования детского развития в контексте семейного взаимодействия, а также для проведения дополнительных исследований с учетом других факторов, таких как культурные различия, роль других родителей или опекунов и т. д.

В целом, данное исследование может внести вклад в наше понимание взаимодействия между родителем и ребенком в режимных ситуациях и его связи с навыками самообслуживания у детей раннего возраста. Результаты могут иметь практическое значение для разработки программ раннего вмешательства и поддержки развития детей, а также для дальнейших исследований в данной области.

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МАТЕРЕЙ И ИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОВЗ В РЕЖИМНЫХ СИТУАЦИЯХ.

# 1.1. Теоретический анализ особенностей взаимодействия матерей и их детей раннего возраста с ОВЗ в режимных ситуациях

## 1.1.1 Психическое развитие и характеристики взаимодействия матерей и детей раннего возраста.

**1.1.1.1. Психическое развитие детей раннего возраста.**

Психическое развитие детей раннего возраста является важным аспектом их общего развития. В этом возрасте происходят значительные изменения в когнитивных, эмоциональных, социальных и моторных навыках детей, которые оказывают долгосрочное влияние на их будущее развитие.

Одной из важных сфер психического развития детей раннего возраста являются когнитивные процессы, которые включают в себя восприятие, внимание, память, мышление и речь, и являются основой познавательного развития ребенка. Результаты исследований показывают, что когнитивные процессы у детей раннего возраста развиваются динамично и быстро, что влияет на их способности восприятия и понимания окружающего мира (Piaget, J., 1969). Основной теорией, описывающей когнитивное развитие детей раннего возраста, является теория развития познавательных структур Жана Пиаже. Пиаже считал, что дети строят свои познавательные структуры, основываясь на своем опыте взаимодействия с окружающим миром. Он выделил различные стадии когнитивного развития, такие как сенсомоторный период (от рождения до 2 лет), предоперационный период (от 2 до 7 лет), конкретно-операционный период (от 7 до 11 лет) и формально-операционный период (от 11 лет и старше) (Piaget, J., 1969). Однако, некоторые исследования предлагают иные подходы к описанию когнитивного развития детей раннего возраста. Например, теория "социокультурного развития" Льва Выготского подчеркивает важность социального взаимодействия и культурного контекста в развитии когнитивных процессов у детей. Выготский утверждал, что развитие когнитивных функций происходит в социальном контексте и с помощью взаимодействия с более опытными партнерами, такими как родители, учителя и сверстники. Он ввел понятие зоны ближайшего развития, которая представляет разрыв между уровнем развития, который ребенок может достичь самостоятельно, и уровнем развития, который он может достичь с помощью взрослого (Vygotsky, L.S., 1978). Исследования также подчеркивают роль раннего опыта и стимуляции в когнитивном развитии детей. Например, исследование Shonkoff, J.P., Phillips, D.A показывают, что ранняя стимуляция в виде игры, чтения, музыки и других развивающих активностей может положительно влиять на когнитивное развитие детей, способствуя развитию их внимания, памяти, мышления и речи (Shonkoff, J.P., Phillips, D.A., 2000).

Несмотря на все более широкое распространение цифровых устройств среди детей раннего возраста, исследования показывают, что длительное использование электронных устройств может иметь негативные последствия для когнитивного развития детей, такие как снижение внимания, памяти и мышления, а также возможное ухудшение языковых навыков (Radesky, J.S., et al., 2018).

Развитие эмоционально-личностной сферы связано с формированием эмоциональных реакций, самооценки, саморегуляции, а также развитием социальных и эмоциональных навыков. Salovey, P., Mayer, J.D в своей статье “Emotional Intelligence. Imagination, Cognition, and Personality” показывают, что развитие эмоциональной интеллекта у детей раннего возраста связано с их адаптацией в социальной среде и последующими успехами в жизни (Salovey, P., Mayer, J.D., 1990). Одним из ключевых аспектов эмоционально-личностного развития детей является формирование эмоциональных реакций. Работа Campos J.J и других авторов говорит о том, что дети раннего возраста проявляют разнообразные эмоциональные реакции, такие как радость, грусть, страх, злость и удивление, и способны распознавать эмоции в выражении лица и телодвижениях других людей (Campos, J.J., Frankel, C.B., Camras, L, 2004). Для детей важно осознавать и называть свои эмоции, а также учиться регулировать их выражение в социальных ситуациях. Развитие самооценки также играет важную роль в эмоционально-личностном развитии детей раннего возраста. Исследования показывают, что положительная самооценка связана с повышением самоуважения, уверенности в себе и социальной компетентности у детей [7] (Harter, S., 1999). Родители и другие взрослые играют важную роль в формировании положительной самооценки у детей, предоставляя им поддержку, признание и возможности для самовыражения. Однако, развитие эмоционально-личностной сферы может быть также осложнено различными факторами, такими как стресс, травмы, нарушения социальной среды и другие неблагоприятные условия. Так, дети, выросшие в семьях с низким уровнем дохода, неполных семьях, семьях с нарушениями взаимоотношений и насилием, могут испытывать больший уровень стресса, что может отрицательно сказываться на их эмоционально-личностном развитии [8] (Evans, G.W., et al., 2005). Также, наличие психических и неврологических заболеваний у родителей, семейные конфликты и другие факторы могут влиять на развитие эмоционального интеллекта и самооценки у детей [9] (Daley, T.C., et al., 2000).

Не менее важная часть психического развития детей раннего возраста это социальные навыки. Дети уже с раннего возраста начинают проявлять интерес к другим детям и взрослым, устанавливать контакты, взаимодействовать и обмениваться эмоциями и информацией [10] (Tomasello, M., 2005). В процессе игры, совместной деятельности и социальных взаимодействий, дети учатся сотрудничеству, эмпатии, соблюдению правил и норм, а также развивают навыки коммуникации и конфликтологии. Однако, развитие социальных навыков также может быть осложнено неблагоприятными факторами, такими как ограниченные возможности для социализации, негативные взаимодействия с окружающими, отсутствие поддержки и руководства со стороны взрослых и другие. Так, дети, выросшие в неблагоприятных условиях, таких как детские дома, могут испытывать трудности в развитии социальных навыков из-за ограниченных возможностей для социализации и формирования здоровых социальных отношений [12] (Zeanah, C.H., et al., 2009).

Развитие когнитивных функций включает в себя способность к мышлению, вниманию, памяти, решению проблем, абстрактному и аналитическому мышлению, а также развитие языка и речи [13] (Piaget, J., 1952). Оно происходит в процессе активного взаимодействия с окружающей средой. Дети учатся различать объекты, осваивать предметные действия, развивать представления о мире и формировать представления о самих себе [15] (Vygotsky, L.S., 1962). Они также развивают язык и речь, что играет важную роль в формировании когнитивных функций, таких как абстрактное мышление, анализ и синтез информации, и решение проблем [16] (Berk, L.E., 2013). Однако, развитие когнитивных функций может быть ограничено различными факторами. Так Bradley, R.H пишет, что дети из неблагоприятных социально-экономических условий могут испытывать ограничения в доступе к стимулирующей среде, что может отрицательно сказываться на их когнитивном развитии [17] (Bradley, R.H., et al., 2001). Также, наследственные факторы, заболевания, травмы, стресс и другие негативные воздействия могут влиять на развитие когнитивных функций у детей раннего возраста [18] (Fenson, L., et al., 2007)

Помимо вышеуказанных аспектов, также важно отметить роль родителей и других взрослых в психическом развитии детей раннего возраста. Родители являются главными людьми, кто занимается заботой и воспитанием детей в раннем детстве и играют важную роль в их психическом развитии. Взаимодействие родителей с детьми, качество и характер этого взаимодействия имеют важное значение для развития эмоционального, социального и когнитивного функционирования детей [19] (Landry, S.H., et al., 2006). Исследования показывают, что родители, которые предоставляют стимулирующую и поддерживающую среду, обеспечивают эмоциональную безопасность, развивают языковые и когнитивные навыки у своих детей, способствуют их психическому развитию в раннем возрасте [20] (Bornstein, M.H., 2015).

Родители играют важную роль в формировании эмоционального развития детей раннего возраста. Эмоциональное развитие включает в себя осознание и управление эмоциями, развитие эмоционального интеллекта и эмоциональной регуляции [21] (Thompson, R.A., 1994). Родители могут помочь детям развивать эмоциональные навыки, обучать их распознавать и выражать свои эмоции, управлять своими эмоциями в социальных ситуациях, что имеет долгосрочное значение для их социально-эмоционального благополучия и адаптации [22] (Denham, S.A., 1998).

Однако, необходимо отметить, что психическое развитие детей раннего возраста является сложным и многогранным процессом, зависящим от множества взаимодействующих факторов, таких как генетическая предрасположенность, окружающая среда, культурные особенности и индивидуальные особенности ребенка. Поэтому, дальнейшие исследования в этой области необходимы для более глубокого понимания психического развития детей раннего возраста и определения эффективных методы влияния на его оптимальное протекание.

## 1.1.1.2. Характеристики взаимодействия матерей и детей раннего возраста.

### 1.1.1.2.1. Формирование привязанности у детей раннего возраста.

В первые месяцы своей жизни ребенок находится в состоянии психофизиологического симбиоза с матерью. С точки зрения физиологии в основе привязанности матери к ребенку лежит гестационная доминанта, которая превращается сначала в родовую, а после и в лактационную.

Привязанность характеризуется наличием устойчивых взаимоотношений между ребенком и взрослым. К признакам надежной привязанности можно отнести следующее:

1) объект привязанности может лучше других успокоить ребенка;

2) ребенок обращается за утешением к объекту привязанности чаще, чем к другим взрослым;

3) в присутствии объекта привязанности ребенок реже испытывает страх (Божович Л.И. ,1968).

Способность к формированию привязанности обуславливается наследственным фактором, но тем не менее она также зависит от чувствительности окружающих взрослых к потребностям ребенка.

Детско-материнская привязанность возникает еще внутриутробно, на основе пренатального опыта. Важную роль согласно В. И. Брутману, М. С. Радионовой отведена телесным и эмоциональным ощущениям, возникающим в процессе беременности. При вынашивании нежелательной беременности образ младенца, как правило, не интегрируется и психологически отторгается. Ребенок, в свою очередь, уже в пренатальном периоде способен воспринимать изменения эмоционального состояния матери и реагировать на него изменением ритма движений, сердцебиений и др.(Корницкая С.В., 1975).

Не стоит убирать из внимания отношения между родителями ребенка. Если родители несчастливы в браке, зачастую потребностями ребенка пренебрегают, ответствует способность устанавливать тесные эмоциональные отношения с ребенком (Реан А.А., 2003).

Ранний постнатальный опыт детско-материнских взаимодействий так же имеет значение. Первые 2 часа жизни ребенка особо чувствительны для формирования привязанности. Малыш максимально восприимчив к информации извне.

Формирование привязанности младенцев к родителям в первые месяцы жизни опирается на некоторые инстинктивные формы поведения детей, интерпретируемые взрослыми как знаки общения. Однако очень быстро, уже с 2-месячного возраста, она становится особым сигналом для взрослых, означает желание с ними общаться. Плач в первые месяцы жизни — это специфический сигнал дискомфорта ребенка, который избирательно адресован тем взрослым, которые за ним ухаживают. В первые месяцы жизни плач младенца имеет характерные отличия в зависимости от вызвавшей его причины (Плешкова Н.Л, 2008).

Наибольшую популярность приобрела теория Дж. Боулби, возникшая на пересечении психоанализа и этиология (Боулби Дж, 2003). В ее основе лежит положение о том, что любое отношение человека к окружающему миру и к себе изначально опосредовано отношениями между двумя людьми, которые в дальнейшем определяют склад личности. Центральное понятие - “объект привязанности”. Для подавляющей массы детей первичный объект привязанности - это человек, обеспечивающий ребенку безопасность, надежность и уверенность в защите. Если все эти факторы присутствуют, то ребенок будет способен наладить отношения с другими людьми (Плешкова Н.Л, 2010).

И пока не будет удовлетворена базисная потребность в первичном объекте привязанности, человек не сможет установить вторичную привязанность с другими людьми — сверстниками, учителями, лицами противоположного пола. Система привязанности включает две противоположные тенденции в поведении ребенка — стремление к новому и поиск поддержки. Система привязанности активируется, когда ребенок сталкивается с неизвестным, и почти не работает в привычной безопасной обстановке.

Большое значение для понимания природы детско-материнской привязанности имеет положение Л. С. Выготского о том, что любой контакт младенца с внешним миром опосредован значимым для ребенка взрослым окружением. Отношение ребенка к окружающему неизбежно преломлением отношения к другому человеку, во всякой ситуации его взаимодействия с миром явно или неявно присутствует другой человек. (Выготский Л.С., 1978)

Отношение матери к ребенку во много определено историей ее жизни. У матерей, проявляющих чувствительность и отзывчивость на поведенческие, эмоциональные сигналы и потребности своих детей, с большей вероятностью образовывается надежная безопасная привязанность с ребенком, что влияет на развитие просоциальных и компетентных малышей Матери не реагирующие, реагирующие негативно и раздражительно, обходящиеся с ребенком небрежно и невнимательно, формируют малышу небезопасный тип привязанности, который может отрицательно сказаться на его развитии (Ainsworth M.D. S., Blehar M., Waters E., Wall S., 1978). Нарушению привязанности могут способствовать искажающие реальность фантазии матери относительно своего малыша. Роль матери на самом деле не однозначна. Мелани Кляйн описала так называемую "депрессивную позицию" — феномен нормального поведения ребенка в 3-5 мес. Позиция эта заключается в отчуждении ребенка от матери, в ощущении, наряду с чувством спокойствия и защищенности, немощности и зависимости от нее. Отмечается неуверенность ребенка в "обладании" матерью и двойственное отношение к ней (Дубровина И.В., Прихожан А.М., Зацепин В.В., 1999).

### 1.1.1.2.2. Характеристики взаимодействия матерей и детей раннего возраста.

Взаимодействие между матерями и их детьми раннего возраста играет важную роль в развитии ребенка. Через него дети учатся основам социального взаимодействия, развивают эмоциональные и когнитивные навыки, формируют эмоциональную привязанность к родителю или другому важному взрослому. Рассмотрим основные характеристики взаимодействия матерей и детей раннего возраста на основе научных исследований:

* Взаимодействие как диалог

Взаимодействие между матерью и ребенком раннего возраста представляет собой диалог, где мать и ребенок взаимодействуют и влияют друг на друга. Взаимодействие может быть физическим (контакт, прикосновения), вербальным (голосовая интонация, речь) и невербальным (мимика, жесты). Взаимодействие между матерью и ребенком имеет циклический характер, когда одно действие вызывает ответное действие от другого, и таким образом, образуется динамичный диалог, который способствует развитию доверия, эмоциональной связи и взаимопонимания между матерью и ребенком. (Beebe, Jaffe, & Lachmann, 2016).

* Чувствительность матери.

Исследования показывают, что чувствительность матери взаимосвязана с качеством взаимодействия с ребенком и эмоциональной связью между ними. Матери, проявляющие высокую чувствительность, обычно быстро и точно реагируют на сигналы ребенка, предлагают ему поддержку и заботу, что способствует развитию эмоциональной безопасности у ребенка. Они также способствуют развитию эмоциональной регуляции у ребенка, помогая ему управлять своими эмоциями. Исследования также указывают на связь между чувствительностью матери и когнитивным развитием ребенка, так как качественное взаимодействие с матерью способствует развитию когнитивных навыков и интеллектуального потенциала у ребенка (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

* Развитие социальных навыков (Feldman, 2018).

Взаимодействие с матерью в раннем возрасте играет важную роль в развитии социальных навыков у ребенка. Матери обычно выступают первыми социальными партнерами для ребенка и помогают ему осваивать навыки социального взаимодействия, такие как взаимодействие во время игры, установление контакта глазами, улыбка, обмен жестами и мимикой. Взаимодействие с матерью также способствует формированию базовых навыков коммуникации, таких как слушание, восприятие речи и развитие речевых навыков у ребенка (Ayoub, C. C. ,2006; Feldman, 2015).

* Роль культурного контекста

Различные культуры имеют свои особенности и ожидания в отношении взаимодействия матерей и детей раннего возраста/ Например, в некоторых культурах матери могут быть более прямыми и эмоциональными в выражении своих чувств и заботы к детям, в то время как в других культурах матери могут быть более сдержанными и выразительными в своих эмоциях. Культурные ожидания также могут влиять на то, как матери воспринимают роль взаимодействия с детьми и как они выражают свою заботу и внимание к ним (Bornstein, M. H., 2012).

* Влияние материнского отношения на будущее развитие ребенка

Взаимодействие матери и ребенка в раннем возрасте может иметь долгосрочные последствия для развития ребенка в будущем. Некачественное взаимодействие, такое как отсутствие эмоциональной поддержки или нарушение аттачмента, может привести к ряду негативных последствий, таких как эмоциональные и поведенческие проблемы, трудности в установлении отношений с окружающими, а также ухудшение психологического и физического здоровья в долгосрочной перспективе. С другой стороны, качественное взаимодействие с матерью в раннем возрасте может способствовать позитивному развитию ребенка, его эмоциональной, социальной и когнитивной компетенции, а также формированию здоровых отношений в будущем (Belsky J.,1999;Belsky J., 1984).

Взаимодействие матерей и детей раннего возраста является важным аспектом развития ребенка и формирования его личности. Однако, в условиях ограниченности и ограничительности, такие как карантин, это взаимодействие может изменяться и оказывать влияние на психическое и физическое здоровье ребенка. Ограниченность и ограничительность, вызванные карантином, могут оказывать влияние на психическое и физическое здоровье матерей и их детей. Исследования показывают, что переживание стресса матерью может привести к изменению режима сна, аппетита и повышению уровня тревоги у ребенка. Также мать может испытывать чувство изоляции и снижение уровня социальной поддержки, что может влиять на ее психологическое состояние и, в свою очередь, на взаимодействие с ребенком. Ограниченность пространства и времени еще одна область влияния на взаимодействие матери с ребенком. Матери, проводящие большую часть времени дома, могут испытывать усталость и раздражение, что может влиять на их способность эффективно взаимодействовать с ребенком. Дети могут чувствовать отсутствие взаимодействия с матерью и испытывать стресс, что может привести к изменению поведения, включающее более выраженный каприз, более интенсивные эмоциональные проявления и усиленный интерес к электронным устройствам.

Несмотря на ограничения, связанные с карантином, взаимодействие матерей и детей раннего возраста всё же может быть положительным. Например, родители могут проводить больше времени с детьми и научиться новым способам взаимодействия, таким как игровые и творческие занятия в домашних условиях (Cameron, E. E., Joyce, K., Delaquis, C., Reynolds, K., Protudjer, J., & Roos, L. E., 2020; Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M., 2020; Brown, S. M., Doom, J. R., Lechuga-Peña, S., Watamura, S. E., & Koppels, T. 2020)

## 1.1.3. Отличительные особенности взаимодействия матерей и детей раннего возраста с ОВЗ в режимных ситуациях.

### 1.1.3.1. Основные особенности физического, психомоторного, психического и социального развития детей с ОВЗ

Дети с ограниченными возможностями здоровья представляют особую группу детей, у которых имеются различные физические, психомоторные, психические или социальные нарушения. Они требуют особого внимания и подхода в процессе их развития (Irwin L. G., 2007).

Физическое развитие детей с ОВЗ может быть ограничено из-за наличия физических нарушений, таких как моторные дефекты, деформации скелета, нарушения опорно-двигательного аппарата и другие . Эти нарушения могут влиять на возможности ребенка в ведении активного образа жизни, выполнении физических упражнений, самообслуживании и других аспектах повседневной деятельности. Неконтролируемые движения и нарушения координации могут также влиять на психомоторное развитие детей с ОВЗ, затрудняя их возможности в освоении моторных навыков и овладении новыми двигательными умениями (Dammeyer J., 2010)

Дети с ограничениями в психической области могут сталкиваться с рядом особенностей, которые требуют особого внимания и подхода со стороны специалистов, родителей и общества в целом. Например:

* Познавательная деятельность

Так, дети с нарушениями слуха и зрения в процессе своего развития сталкиваются с сенсорной депривацией, что затрудняет восприятие и понимание окружающего мира. Развитие психических процессов у младенцев с нарушениями зрения и слуха происходит отличным от нормально видящих и слышащих детей образом - и по темпу, и по качеству (Hatton D. D., 2001). Дети с расстройством аутистического спектра имеют повышенный порог дискомфорта в связи с высокой чувствительностью к раздражителям (Лебединский В. В., 2002). Для детей с синдромом Дауна свойственен неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем мире.Это обусловливается несколькими причинами: во-первых, вынужденной изоляцией, ограничением контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения; во-вторых, затруднением познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанным с проявлением двигательных расстройств, в-третьих, с нарушением сенсорных функций. При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом (Mundy P., Sheinkopf S., 1998)

* Наглядно-действенное мышление.

Наглядно-действенное мышление связано с способностью ребенка ориентироваться в окружающем мире, воспринимать и анализировать информацию через восприятие и действия (Крайг, 2002). Однако, дети с ограниченными возможностями здоровья могут испытывать трудности в этом процессе, в зависимости от своего конкретного заболевания. Например дети с расстройством аутистического спектра могут проявлять трудности в восприятии и интерпретации наглядных информационных сигналов, таких как жесты, мимика, мимические выражения лица и другие невербальные формы коммуникации. Они также могут проявлять ограниченный интерес к окружающему миру и ограниченные возможности для игровой и манипулятивной деятельности, что может затруднить развитие наглядно-действенного мышления (Мамайчук И.И., 2007). Дети с ДЦП могут иметь ограниченные возможности двигательной активности и моторной координации, что может влиять на развитие наглядно-действенного мышления. Они могут испытывать трудности в выполнении манипулятивных действий, таких как захват предметов, передвижение, ориентация в пространстве, что может затруднить их способность взаимодействовать с окружающим миром и воспринимать информацию через действия (Приходько О.Г., 2009)

* Речь и коммуникативные навыки

Особенности речевого развития у детей с ограниченными возможностями здоровья различаются в зависимости от ранних моделей социального общения, способностей воспроизводить и понимать язык, а также индивидуальных траекторий развития (Kaiser A. P., Hester P. P., McDuffie A. S., 2001). Так дети с расстройством аутистического спектра могут проявлять трудности в восприятии и интерпретации наглядных информационных сигналов, таких как жесты, мимика, мимические выражения лица и другие невербальные формы коммуникации. Они также могут проявлять ограниченный интерес к окружающему миру и ограниченные возможности для игровой и манипулятивной деятельности, что может затруднить развитие наглядно-действенного мышления. (Mundy P., Sheinkopf S., 1998) Дети с ЗРР могут иметь трудности в развитии наглядно-действенного мышления, так как речь и язык играют важную роль в этом процессе. Они могут испытывать затруднения в понимании и интерпретации наглядных сигналов, таких как жесты, мимика и другие невербальные формы коммуникации, что может затруднить их способность взаимодействовать с окружающим миром через действия. Что касается детей с синдромом Дауна - они могут испытывать задержку в развитии речи, их первые слова могут появляться позже, чем у детей без этого синдрома. Это может быть связано с общей задержкой в психомоторном развитии и медленным темпом освоения речевых навыков. Эти дети могут повторять слова и фразы, произнесенные взрослыми, но не всегда понимают их значение и содержание. Интеллектуальные нарушения напрямую влияют на коммуникацию ребенка и его способность приобретать социальный опыт. Что проявляется в трудностях с установлением контакта глазами, взаимодействием с другими людьми, пониманием невербальных сигналов и использованием невербальных форм коммуникации, таких как жесты и мимика. Так же они могут испытывать затруднения в понимании непрямых намеков, нарушениях в просодии и интонации речи, а также в понимании сложных социальных контекстов (Guralnick M. J,2005).

* Эмоциональная сфера

Особенности развития эмоциональной сферы у детей с расстройством аутистического спектра (РАС) включают нарушения в социальном взаимодействии, коммуникации и поведении, ограниченные навыки эмоционального распознавания, трудности в эмоциональной регуляции, а также особые интересы и поведенческие шаблоны (Kaiser A. P., Hester P. P., McDuffie A. S, 2001). Так как взаимодействие ребенка с окружающей средой в раннем возрасте в основном через близких взрослых, то для детей с аутизмом свойственны трудности с обработкой сложной социальной информации, получения обратной связи от окружающей среды, что оказывает влияние на формирование других функций (Mundy P., Sheinkopf S, 1998)

### 1.1.3.2. Отличительные особенности взаимодействия матерей и детей раннего возраста с ОВЗ в режимных ситуациях.

Взаимодействие матерей и детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в режимных ситуациях имеет свои отличительные особенности, которые определяются особенностями развития и состоянием здоровья детей с ОВЗ. Ряд исследований показывают, что взаимодействие между матерью и ребенком с ОВЗ может быть специфическим и отличаться от типичных взаимодействий в раннем возрасте.

Одной из особенностей взаимодействия матерей и детей с ОВЗ в режимных ситуациях является увеличенная потребность в оказании заботы и поддержке со стороны матери. Исследования показывают, что матери детей с ОВЗ проявляют более высокий уровень заботы, внимания и физической близости во время выполнения режимных процедур, таких как кормление, переодевание, гигиенические процедуры и др. . Они также могут проявлять более высокий уровень эмоциональной вовлеченности и теплоты во взаимодействии с ребенком с ОВЗ, что может быть связано с желанием установить более тесную эмоциональную связь и компенсировать физиологические или моторные ограничения ребенка.

К еще одной отличительной особенности взаимодействия матерей и детей с ОВЗ в режимных ситуациях можно отнести необходимость адаптации к особенностям состояния здоровья ребенка. Матери детей с ОВЗ могут сталкиваться с различными трудностями, такими как особенности моторной активности, нарушения коммуникации, ограниченные возможности самостоятельности и др. В связи с этим, матери могут применять специфические стратегии взаимодействия, такие как более терпеливое ожидание, более гибкий и индивидуальный подход к потребностям и возможностям ребенка, использование альтернативных способов коммуникации, таких как жесты, мимика, улыбки, и другие несловесные средства.

Также следует отметить, что взаимодействие матерей и детей с ОВЗ в режимных ситуациях может быть связано с высоким уровнем стресса и тревоги у матерей. Исследования показывают, что матери детей с ОВЗ могут испытывать повышенные уровни тревожности, связанные с состоянием здоровья и развитием их детей, что может влиять на их эмоциональное состояние и взаимодействие с ребенком.

Не стоит забывать о привязанности: Исследования, проведенные Sigman M., Ungerer J. A. (1984), Dissanayake C., Crossley S. A. и Плешковой Н. Л., Мухамедрахимова Р. Ж., подтвердили, что дети с любыми ограничениями в здоровье могут развивать привязанность к близкому взрослому. Однако все больше новых исследований указывают на то, что дети с широким спектром врожденных заболеваний и инвалидности, вероятнее всего, будут отнесены к категории ненадежно привязанных. Например, исследование Barnett показало, что формирование надежного типа привязанности у детей с синдромом Дауна, аутизмом, церебральным параличом и врожденными болезнями сердца происходит в меньшей степени (менее 50% случаев), чем у типично развивающихся детей (65% случаев). В работах Н.Л. Плешковой, изучающих особенности привязанности у детей с синдромом Дауна и расстройством аутистического спектра, также отмечается взаимосвязь между высоким уровнем выраженности нарушения поведения у детей и такими характеристиками взаимодействия матерей, как навязчивость, непредсказуемость, ригидность и нечувствительность к сигналам ребенка. Большинство исследований также оценивают качество взаимодействия между матерью и ребенком в ситуации свободной игры , хотя существуют и другие методы оценки, такие как PCERA и NCAST, которые учитывают значимость оценки взаимодействия в реальной ситуации, в естественной для ребенка среде.

Однако важно отметить, что отсутствие надежной привязанности у детей с ОВЗ не является неизбежным или статическим явлением. Индивидуальные особенности ребенка, его окружения и поддержки, которые он получает, могут оказывать значительное влияние на формирование здоровых взаимоотношений и привязанности. Родители и другие близкие взрослые могут играть ключевую роль в развитии надежной привязанности у детей с инвалидностью, предоставляя им поддержку, заботу и эмоциональную доступность.

Когда родители или заботящиеся взрослые уделяют особое внимание потребностям и эмоциональному благополучию ребенка с инвалидностью, создают безопасную и поддерживающую среду, где ребенок может чувствовать себя любимым, принятым и защищенным, это может способствовать формированию надежной привязанности. Раннее вмешательство и поддержка в развитии социальных и эмоциональных навыков также могут быть важными факторами для формирования здоровых отношений и привязанности у детей с инвалидностью.

Другим важным аспектом является поддержка родителей и заботящихся взрослых, включая предоставление информации, обучение и ресурсы для эффективного родительского взаимодействия с ребенком с инвалидностью. Организации, специализирующиеся на поддержке семей с детьми с инвалидностью, могут предлагать родителям и другим заботящимся взрослым психологическую, эмоциональную и практическую поддержку, чтобы помочь им в развитии здоровых отношений с ребенком.

Важно также учитывать, что дети с ограниченными возможностями здоровья - уникальные личности, и их опыт привязанности может проявляться по-разному в зависимости от их индивидуальных особенностей и потребностей. Некоторые дети с ОВЗ могут иметь особые вызовы в развитии надежной привязанности из-за своих физических или когнитивных ограничений, но это не означает, что они не могут развивать здоровые отношения с близкими взрослыми. Важно адаптировать подход к потребностям и возможностям каждого ребенка, включая коммуникационные, физические и эмоциональные аспекты, чтобы создать благоприятную среду для развития надежной привязанности.

Возможность общаться и взаимодействовать с разнообразными людьми может способствовать развитию социальных и эмоциональных навыков у детей с инвалидностью, включая формирование надежной привязанности.

Как итог, не смотря на особенности взаимодействия между матерью и ребенком раннего возраста с ОВЗ, исследования также подчеркивают важность и возможность позитивного взаимодействия между матерью и ребенком с ОВЗ в режимных ситуациях. Соответствующая поддержка, обучение и понимание со стороны медицинского персонала и родственников могут способствовать формированию положительных взаимоотношений между матерью и ребенком с ОВЗ, укреплению связи между ними и снижению уровня стресса и тревоги у матерей.

## 1.2. Программы раннего вмешательства и их роль в помощи детям с ОВЗ и их семьям.

Первые упоминания идей раннего вмешательства встречаются у Ж. Ж Руссо, Л.С. Выготского, В.И. Лубовского и у других не менее выдающихся ученых, но активная работа в данном направлении ведется в течение последних 20-40 лет. На протяжении этого времени накапливались знания, представления и теории о раннем развитии детей. С ростом данного направления в Западной Европе появляется первая Европейская Ассоциация Раннего вмешательства, созданная в 1989 году при поддержке Нидерландской организации родителей и детей с ограниченными возможностями BOSK (Eurlyaid). А в 1993 году Европейской Ассоциацией Раннего вмешательства, в дальнейшем Eurlyaid был подписан манифест, в котором даются ключевые понятия, очерчивается целевая группа, представлены условия и требования, а также рекомендации (J.M.H. De Moor, B.T.M. Van Waesberghe, J.B.L. Hosman, D. Jaeken, S. Miedema, 1993).

В Российской Федерации же Санкт-Петербург стал первым регионом в стране, а также среди стран Восточной Европы и СНГ, где стало развиваться направление ранней помощи. Первая программа «Абилитация младенцев» была разработана инициативной группой ученых из Института физиологии им. И.П. Павлова АН СССР под руководством Л.А. Чистович после сбора и обобщения информации о методах раннего выявления нарушений слуха и зрения у младенцев, методах точной оценки и программах помощи детям с нарушениями слуха и зрения (Кожевникова Е.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Чистович Л.А., 1995).

Первоначально работа команды первой программы была сконцентрирована на объединении социально-педагогических и психотерапевтических программ, распространении всех накопленных знаний в данной области. Сама программа была направлена на помощь детям от 0 до 3х лет с отставанием в развитии в различных областях или же к предрасположенности. (Мухамедрахимов Р. Ж., 2001)

Так в России распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 № 1839-р была утверждена «Концепция развития ранней помощи в Российской федерации на период до 2020 года», согласно которой была введена новая структура на государственном уровне – служба ранней помощи, направленная на создание условий для раннего выявления нарушений здоровья, что помогло обеспечить базу, необходимую для создания служб Ранней Помощи по всей стране.

Для развития служб ранней помощи по всей стране при поддержке Ассоциации психического здоровья детей и раннего вмешательства Институтом Раннего Вмешательства были разработаны «Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства». Учитывался и европейский опыт разработки стандартных требований, чему способствовало партнерство с Eurlyaid (EADSNE,2010). В целом документ описывает стандартные требования, касающиеся структуры службы, а также стандарты относительно процесса программ.

В ходе разработки программ ранней помощи был сделан переход к функциональной классификации, а точнее к «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (World Heath Organization,2007). Согласно которой описывается влияние фактора окружающей среды – как фактор облегчения или же барьер. На рисунке 1 изображено взаимодействие между составляющими МКФ, которые рассмотрены как домены, описаны с различных позиций, описана их активность, что подчеркивает требуемую фокусировку на нормальном функционировании ребенка в повседневной жизни.

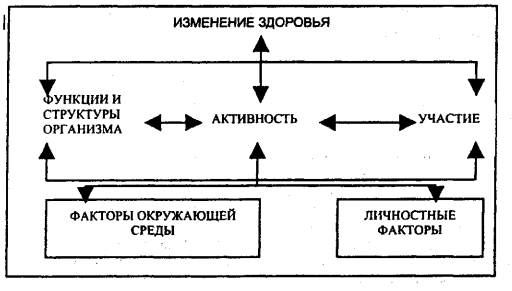


Рис. 1. Взаимодействие между составляющими МКФ.

Как и писалось ранее, при формировании концепции Ранней помощи использовались все научные знания и представления в дисциплинах как-либо связанных с ребенком. Вследствие чего была сформирована новая модель теоретических и практических представлений к проблеме нарушения развития и социальной адаптации у детей (Guralnick, M. J.,1998(. В приложении, в таблице 1, представлены основные различия между моделью раннего вмешательства и медицинской моделью традиционных услуг (Кожевникова Е.В., Клочкова Е.В., 2007).

## 1.2.1.Формирование навыков самообслуживания на основе функционального подхода программ раннего вмешательства.

### 1.2.1.1. Функциональный подход служб ранней помощи.

Существующая на сегодняшний день проблема здоровья детей становится особенно актуальной, учитывая переход от образования, направленного на дачу определенного количества знаний, к образованию, которое ориентируется на индивидуальные возможности каждого ребенка. Увеличение числа детей с нарушениями в физическом и психическом развитии, детей с нарушениями, которые сложно отнести к какой-либо категории, детей с тяжелыми соматическими заболеваниями привело к тому, что потребовалась отсутствующая ранее структура в специальном образовании. А именно служба ранней помощи, ориентированная на помощь в решении проблем детей с отклонениями в развитии еще в раннем возрасте, когда поддержка и оказание помощи могут сыграть существенную роль в преодолении имеющегося отклонения.

До появления служб ранней помощи помощь детям с трудностями при социальной адаптации, с ограниченными возможностями, с трудностями обучения вследствие заболеваний или же травм помощь носила только медицинский характер. С появлением служб ранней помощи начали появляться многочисленные программы раннего вмешательства, развивались различные подходы, один из которых получил название – функциональный.

Основной целью функционального подхода является улучшение функционирования ребенка основываясь на его собственной активности и способности к выполнению ежедневных повседневных задач (Пальмов О.И., Плешкова Н.Л.,2009). В отличии, например от коррекционного (медицинского) подхода, данный подход направлен на нормализацию жизни ребенка, семьи и его близкого окружения, основываясь на сильных сторонах и умениях ребенка, а также освоение навыков, требуемых для повседневной жизни.

Основой для работы в функциональном подходе является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. «МКФ дает описание ситуаций, исходя из функционирования и его ограничений у человека, и служит каркасом для систематизации этой информации» (World Heath Organization, 2007). В МКФ происходит охват всего комплекса жизнедеятельности человека и отражаются все изменения связанные с ростом и развитием человека. Классификация определяет здоровье на составляющие и описывает активность и участие ребенка по основным 9 доменам представленным на рисунке 2, которые квалифицируются двумя определителями «реализация» и «потенциальная способность», вследствие чего информация не дублируется (World Health Organization,2007).

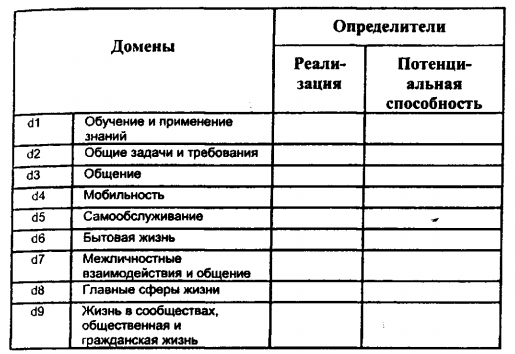


Рисунок 2. Активность и участие: информационная модель (World Heath Organization,2007).

В Международной Классификации Функционирования учитываются так же и все факторы, в которых живет ребенок. Они включают в себя как факторы окружающей среды, так и личностные факторы. Все это выводит к одному из требований - «обеспечение функциональной направленности программ» (World Heath Organization,2007). Что ставит пред собой развитие у ребенка возможностей выполнять те или иные ежедневные задачи в таких сферах как:

* получение и применение знаний, нужных для игры, общения, творчества и пр.;
* выполнение задач, простых и сложных,
* общение с разными людьми в разных ситуациях для выполнения совместных дел, разделения информации, достижения взаимопонимания;
* забота о своем здоровье, в частности распознавание и сигнализация о факторах, ухудшающих здоровье, таких как боль, голод, усталость, холод;
* уход за своим телом и освоение таких умений, как умывание и мытье рук, чистка зубов, причесывание и пр., помощь в повседневных делах;
* совершение различных движений: крупных, необходимых для поддержания позы во время еды, игры, передвижения в пространстве, мелких, необходимых для ухода за своим телом, творчества, игры и пр.;
* установление и развитие отношений с другими людьми;
* участие в различных общественных мероприятиях: детских праздниках, спортивных играх (Казьмин А. М., Мухамедрахимов Р. Ж., Пальмов О.И.).

Каждое обращение семьи в службу ранней помощи проходит через несколько этапов, прописанных на рисунке 3.



Рисунок 3. Этапы ранней помощи.

В контексте функционального подхода, при междисциплинарной оценке происходит оценка факторов: состояния здоровья, функций и структур организма, контекстуальных факторов. Согласно МКФ функционирование ребенка есть результат комплексного взаимодействия всех элементов этой модели. Что представлено на рисунке 4.



Рисунок 4. Факторы, влияющие на функционирование ребенка (Казьмин А. М., Мухамедрахимов Р. Ж., Пальмов О.И.).

Цели междисциплинарной оценки:

1. Узнать как развивается ребенок для успешного функционирования;
2. Узнать, как функционирует ребенок в повседневных ситуациях;
3. Узнать, возникают ли трудности в функционировании в рамках повседневной ситуации;
4. Узнать с чем связаны трудности, если они имеются;
5. Узнать достаточно ли у семьи компетенций для развития ребенка.

В ходе функциональной оценки междисциплинарная команда обязана выяснить следующие моменты, указанные на рисунке 5, прежде чем перейти к составлению Индивидуальной Программы Ранней Помощи.



Рисунок 5. Что нужно знать для разработки ИПРП.

Основной характеристикой междисциплинарной оценки является объединение знаний и суждений каждого специалиста из междисциплинарной команды и формирование единого мнения об особенностях развития ребенка, семейной ситуации и других важных факторов. Все это согласно МКФ описывается 9-ю основными сферами жизнедеятельности, которые были представлены в таблице №1.

Все это протекает по определенному алгоритму проведения междисциплинарной оценки в 2 этапа:

1. Первичная оценка
2. Вторичная оценка

А) Собственная активность ребенка и его участие в ситуации, наличие трудностей, потенциальная способность ребенка выполнять активность

Оценка активности и участия ребенка в соответствии с доменами МКФ, обозначаемыми буквой d. Каждый домен имеет категории и подкатегории, которые обозначаются цифрами для удобства кодировки умений ребенка. При оценке выбираются необходимые домены, относящиеся к оцениваемой ситуации и создается набор для оценки функционирования конкретного ребенка. Используя различный инструментарий, происходит оценка умений на основе 2-х определителей «реализация и «потенциальная способность» (Немов, Р.С., 2001). Их значения записываются при помощи цифр 0 при фиксации после точки с нулевой позиции до 4-й по критериям, представленным в таблицах № 3 и 4. От без посторонней помощи до ребенок не может выполнить данную деятельность. Например, d310.\_0, где d - раздел «активность и участие»; 3 - домен «коммуникация», 1 – категория « понимание», 0 – подкатегория «устные сообщения»,.\_0 – потенциальная способность с посторонней помощью.

**Таблица 1**. Критерии реализации (Казьмин А. М., Мухамедрахимов Р. Ж., Пальмов О.И.,).

| Баллы | Проявление активности |
| --- | --- |
| 0 | выполняет (участвует) без ограничений, более чем в 95% времени/случаев |
| 1 | выполняет (участвует) с низким качеством/скоростью, более чем в 75% времени/случаев |
| 2 | часто не выполняет (не участвует), но не более чем в 50% времени/случаев |
| 3 | не выполняет (не участвует) более чем в 50% времени/случаев |
| 4 | не выполняет (не участвует) более чем в 95 % времени/случаев |

**Таблица 2**. Критерии потенциальной вовлеченности (Казьмин А. М., Мухамедрахимов Р. Ж., Пальмов О.И.).

| Баллы | Проявление вовлечения (в категориях внимания и инициативы) |
| --- | --- |
| 0 | Проявляет внимание в более 95% случаев/времени, устойчивое; инициативы много |
| 1 | Проявляет внимание в более 50, но менее чем в 95% случаев/времени, недостаточно устойчивое; инициативы немного |
| 2 | Проявляет внимание в более 25, но менее чем в 50% случаев/времени, недостаточно устойчивое; инициативы немного |
| 3 | Проявляет внимание в более 5, но менее чем в 25% случаев/времени, не устойчивое; инициатива единичная |
| 4 | Проявляет внимание менее чем в 5% случаев/времени или не проявляет совсем; инициатива единичная или отсутствует |

Б) Состояние здоровья, структуры и функции организма ребенка;

Оценка здоровья по большей части происходит в медицинских учреждениях, в идеале с применением стандартизированных современных аппаратных методик. В МКФ раздел структуры организма обозначается буквой S ,а функции организма – b. [МКФ]

В) Факторы окружающей среды ( что мешает и помогает ребенку справиться с ситуацией)

Согласно МКФ под факторами окружающей среды понимаются:

- продукты и технологии

- природное окружение и изменения природной среды

- поддержка и взаимосвязи

- установки окружающих

-службы, административные системы и политика (Казьмин А. М., Мухамедрахимов Р. Ж., Пальмов О.И.,) .

Г) Личностные особенности ребенка.

Позволяет учитывать индивидуальные факторы, которые также влияют на функционирование ребенка (раса, пол, возраст, культура, установки).

В ходе проведения первичной и углубленной оценки происходит:

1. Оценка рутин, требующих вмешательства (активность и участие ребенка, а также трудности. Так же учитывается и форма поведения родителей: понимание сигналов, конформность поведения в соответствии с сигналами, эмоциональная доступность) .

Под рутиной понимается:

- процесс во время подъема;

- туалет/смена подгузника;

- купание и умывание;

- одевание и раздевание;

- кормление и подготовка к нему;

- свободное функционирование ребенка в ходе игр, чтения или общения;

- поведение вне дома: в магазине, на улице, в машине;

- передвижение родителей по дому с ребенком или же без него и реакция ребенка;

- засыпание и сон.

Оценка обычно происходит при помощи интервьюирования родителей, в ходе которого задаются различные вопросы, например «Как начинается Ваш день?». Берется 1 из рутинных вещей и ведется подробный опрос – «Что делает каждый из Вас?», «Как участвует ребенок?», «Что при этом он делает сам?» и т.д. Или же используется метод наблюдения. Например при изучении процесса потребления пищи специалистам требуется обратить внимание на способность поддерживать определенную позу во время приема пищи, способность удерживать во рту, жевать, глотать; умение родителей учитывать состояние ребенка и многое другое. На этом этапе важно описать все рутины, обозначить как проблемные – что требуется изменить, так и рутины, внутри которых можно развивать новые навыки.

1. Дифференциальная диагностика (причины трудностей в рутинах по МКФ).

Во время дифференциальной диагностики происходит анализ каждой рутины по определенному клише: в какие моменты возникают трудности, что является причиной, на что можно повлиять и с какой скоростью, на что нельзя повлиять, каких навыков ребенку не хватает для нормального функционирования и по каким причинам они еще не сформированы.

1. Углубленная оценка функционирования и развития ребенка по важным для каждой рутины доменам.

4. Оценка мотивационных факторов.

5. Составление ИПРП.

Во время оценочной процедуры внимание психолога должно быть сосредоточено не только на психических функциях, но и на социальном опыте, контакте, эмоциональном состоянии и поведении ребенка. О нарушении психического здоровья могут говорить такие моменты как отказ от любой деятельности; выраженное беспорядочное дружелюбие, постоянная демонстрация позитивного аффекта; уплощенный аффект; устойчивое нарушение сна и питания; нарушение поведения, а именно – расторможенность, отсутствие игры и любой активности, выраженные проявления агрессивного поведения, рискованное, опасное для здоровья ребенка поведение; отсутствие навыков коммуникации (Пальмов О.И., Плешкова Н.Л., 2009).

После проведения междисциплинарной оценки следует программный этап, в ходе которого совместно с семьей составляется Индивидуальная программа ранней помощи. «ИПРП- документ, содержащий информацию о целях ранней помощи, естественных жизненных ситуациях, в которых планируется их достижение, перечень услуг ранней помощи, объем, сроки, ведущего специалиста, исполнителей, формы и места их оказания» (ИРАВ).

Между оценкой и составлением ИПРП имеется промежуточный этап – заключения, где происходит обобщение и обсуждение полученных результатов разных специалистов, участвующих при оценке. Благодаря используемой в функциональном подходе МКФ заключение о характере и особенностях развития ребенка дается в общем для всех членов междисциплинарной команды формате.

## 1.3. Концепция Эмми Пиклер и ее роль в поддержке детей раннего возраста с ОВЗ.

Подход, разработанный венгерским педиатром Эмми Пиклером, к воспитанию, развитию и уходу за детьми младенческого и раннего возраста, на протяжении длительного времени не был широко известен профессионалам, несмотря на его упоминание и положительное отражение в работах ведущих отечественных специалистов в области детской психологии (Обухова Л.Ф., 1995; Обухова Л.Ф., Шаграева О. А., 1999; Обухова Л.Ф., 2019). В настоящее время этот подход активно распространяется среди профессионалов, работающих с маленькими детьми и их родителями.

В основе концепции уважительной заботы Эмми Пиклер лежит убеждение в активности и компетентности ребенка даже в самом раннем возрасте. Пиклер считает, что ребенок должен быть рассмотрен как активный партнер во всех взаимодействиях, событиях и процедурах, которые касаются его заботы и воспитания. Это подразумевает изменение традиционного представления о ребенке как пассивном объекте, которому все делают за него, и переход к пониманию ребенка как активного участника, способного самостоятельно влиять на свою жизнь и окружающую среду. В рамках этого принципа уважительной заботы, взрослые должны проявлять глубокое уважение к желаниям, потребностям и выражениям ребенка, а также внимательно слушать его и принимать его волю во внимание при принятии решений, касающихся его жизни (Пиклер, 2022)

Ключевым аспектом концепции уважительной заботы является взаимодействие и сотрудничество в повседневных процедурах ухода за ребенком. Пиклер считает, что уход за ребенком не должен сводиться к простому выполнению рутины, а должен быть основан на взаимодействии и партнерстве между взрослым и ребенком. В этом контексте, взрослые призываются не только выполнять уходовые процедуры, но и вступать в активное взаимодействие с ребенком, общаться с ним, объяснять ему, что происходит, и давать ему возможность участвовать в процессе. Сотрудничество в повседневных процедурах ухода способствует развитию чувства взаимозависимости, доверия и уверенности у ребенка, а также укрепляет связь между взрослым и ребенком. (Пальмов, 2022)

В концепции уважительной заботы Эмми Пиклер особое внимание уделяется значимости самостоятельно инициированной двигательной активности и игры у ребенка. Пиклер утверждает, что ребенок должен иметь возможность и свободу инициировать свои движения и игру без постоянного вмешательства взрослых. Ребенку необходимо дать возможность исследовать свое тело, его возможности и ограничения, самостоятельно открывать новые двигательные навыки и опыт мира через игру. Поэтому взрослые должны создавать безопасное и стимулирующее окружение, где ребенок может свободно двигаться и играть, а также поддерживать его инициативу и творчество.

Одним из фундаментальных аспектов концепции уважительной заботы является наблюдение и осознанность во взаимодействии с ребенком. Взрослые должны научиться внимательно наблюдать за социальными сигналами, спонтанным движением и игрой младенцев и детей раннего возраста. Наблюдение помогает взрослым лучше понять потребности и интересы ребенка, а также адаптировать свое поведение и подход в соответствии с ними. Осознанность во взаимодействии с ребенком предполагает осознанность в своих движениях, действиях и обращении с ребенком, умение быть в настоящем моменте и откликаться на потребности ребенка с полным вниманием и сосредоточенностью.

Концепция уважительной заботы Эмми Пиклер учитывает принцип зоны ближайшего развития, предложенный Левом Выготским. Взрослые должны создавать условия, которые соответствуют потенциалу и способностям ребенка, находящегося на определенном этапе развития, но при этом предоставлять поддержку и стимулирование для прогресса и развития в более сложных задачах и навыках. Создание таких условий включает в себя предоставление подходящих материалов, игрушек и окружения, а также поддержку и мотивацию со стороны взрослых. Это позволяет ребенку активно исследовать мир вокруг себя, развивать свои способности и самостоятельно решать задачи, что способствует его общему развитию и самоутверждению.

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1.

1. Имеется группа детей, страдающих от ограниченных возможностей здоровья, и их развитие следует отличным от нормально развивающихся детей траекториям (Bøttcher L., Dammeyer J., 2016). Эти дети проявляют менее ясные и понятные сигналы, они реагируют менее отзывчиво и предсказуемо, а также проявляют сниженную активность и спонтанность в инициировании взаимодействия с близкими взрослыми (McCarton C., 1998; Robson A. L., Pederson D. R., 1997; Sajaniemi N., Salokorpi T., Von Wendt L., 1998; Stern M., Hildebrandt K. A., 1986). Для качественного взаимодействия между родителями и детьми критически важны предсказуемость поведения, отзывчивость и понимание сигналов, исходящих от ребенка (Garbarino J., 2017; Adamson L. B., 2018; Green G., 2019; Berridge S., 2021).
2. Взаимодействие между матерью и ребенком характеризуется в большей степени состоянием и личностными особенностями матери (Мухамедрахимов Р. Ж., 2001). Психологические характеристики матери определяют общую модель поведения во время взаимодействия с ребенком и подвержены влиянию множества факторов.
3. Взаимодействие матерей и детей раннего возраста играет важную роль в формировании различных аспектов развития ребенка, таких как эмоциональное развитие, когнитивное развитие, социальные навыки, аттачмент и другие. Качество взаимодействия матери и ребенка в раннем возрасте имеет долгосрочные последствия для развития ребенка в будущем, поэтому важно обращать внимание на качество взаимодействия между матерью и ребенком и создавать условия для развития положительных взаимодействий. (Addessi A. R., 2009). Различные факторы, такие как эмоциональная доступность матери, ее реакции на эмоции ребенка, поддержка привязанности, коммуникативные навыки и способы игры, могут влиять на качество взаимодействия между матерью и ребенком. Понимание этих факторов и их влияния на развитие ребенка может помочь родителям и профессионалам в работе с матерями и детьми раннего возраста.
4. Концепция уважительной заботы Эмми Пиклер подчеркивает значимость качественного взаимодействия с близким взрослым в ситуациях повседневного режима для всестороннего развития ребенка (Пиклер Э., 2021). Исследования, посвященные влиянию поведения взрослого на активность и участие ребенка в различных процедурах, подтверждают эффективность применения принципов уважительной заботы. Например, исследования о процедуре одевания (Belasko M., 2019), приеме пищи (Belza H., 2019) и свободной игре (Sagastui J., 2020) продемонстрировали позитивное влияние такого взаимодействия на ребенка.
5. Доступные данные об исследованиях в РФ остаются недостаточными. В настоящее время отсутствуют исследования, которые бы систематически исследовали влияние специфических характеристик родительского взаимодействия с детьми раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья на их развитие. Научная литература не предоставляет информации о том, как контакт между матерью и ребенком с ОВЗ влияет на развитие навыков самообслуживания в раннем возрасте. В связи с этим, проведение современного исследования, которое было бы посвящено изучению связи между развитием навыков самообслуживания у детей раннего возраста с ОВЗ и характеристиками родительского взаимодействия в повседневных ситуациях, представляется чрезвычайно важным.

# 

# 

# ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

## 2.1. Описание выборки исследования

Для научно-исследовательской работы была сформирована выборка из 37 пар мать-ребенок. Возраст матерей, участвующих в исследовании, варьировался от 26 до 45 лет, а возраст детей составлял от 12 до 45 месяцев. Выборка включила участников из различных организаций, таких как ГБДОУ детский сад № 41 комбинированного вида «Центр интегративного воспитания» Центрального района Санкт-Петербурга, отделение раннего вмешательства СПбГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов Калининского района Санкт-Петербурга», отделение раннего вмешательства СПбГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов Кировского района Санкт-Петербурга», ЛФК ГОУ «Новомосковский детский сад для детей с ОВЗ», а также Программа домашнего визитирования "Уверенное начало" АНО "Физическая реабилитация", а так же родителей, согласившихся принять участие через социальные сети.

Выборка испытуемых представлена 3-мя группами участников:

1. Группа респондентов исследования 2021-22 гг. (13 пар матерей и их детей с ОВЗ, посещающих программы ранней помощи),
2. Группа респондентов исследования 2022-23 гг (15 пар матерей и их детей с ОВЗ, посещающих программы ранней помощи)
3. Группа респондентов исследования 2023 года (9 пар матерей и типично развивающихся детей)

Первоначально участники были объединены в группы для анализа данных и сравнения по следующим критериям:

1. Группа №1 - матери и их дети с ОВЗ
2. Группа №2 - матери и их типично развивающиеся дети.

Мы разделили группу детей с ОВЗ на 2 подгруппы в соответствии с особенностями диагноза детей; эти подгруппы в дальнейшем мы будем представлять по-отдельности:

1. Подгруппа №1 - матери и их дети с установленным медицинским диагнозом
2. Подгруппа №2 - матери и их дети с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР

Критерии отбора для участия в исследовании включали возраст детей до 45 месяцев, наличие видеозаписи процесса переодевания и заполнение родителями анкеты и опросника. Эти критерии позволили пригласить для участия в исследовании детей различного возраста и с разными потребностями, что обеспечило разнообразие и репрезентативность выборки.

### 

### 2.1.1. Социально-демографические характеристики родителей

Социально-демографические характеристики родителей представлены в Таблице 1.

**Таблица 1**. Средние значения и стандартные отклонения социально-демографических показателей для выборки в целом и для составляющих ее подгрупп.

| Социально-демографические характеристики родителей | | Группа (N)  (37) | Подгруппа №1 (14) | Подгруппа №2 (14) | Группа №2 (9) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст родителя | Диапазон | 26-44 лет. | 26-44 лет | 29-44 лет | 26-40 лет |
| M (SD) | 34 ± 4 лет | 35 ±5 лет | 35 ± 4 лет | 33 ± 5 лет |
| Образование | Высшее | 34 (91,9%) | 13 (92,9%) | 12 (85,7%) | 9 (100%) |
| Среднее-специальное | 3 (8,1%) | 1 (7,1%) | 2 (14,3%) | 0 (0%) |
| Трудоустройство | Работа на постоянной основе | 21 (56,8%) | 7 (50%) | 8 (57,1%) | 6 (66,7%) |
| Не работает | 16 (43,2%) | 7 (50%) | 6 (42,9%) | 3 (33,3%) |
| Семейное положение | Замужем | 35 (94,6%) | 12 (85,7%) | 14 (100%) | 9 (100%) |
| Не замужем | 2 (5,4%) | 2 (14,3%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Уровень совокупного дохода | 20-40 тысяч рублей | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| 40-60 тысяч рублей | 9 (24,3%) | 3 (21,4%) | 3(21,4%) | 3 (33,3%) |
| более 60 тысяч рублей | 28 (75,7%) | 11 (78,6%) | 11 (78,6%) | 6 (66,7%) |
| Проживание | Отдельное собственное жилье | 31 (83,8%) | 10 (71,4%) | 12 (85,?%) | 9 (100%) |
| Съемное жилье | 6 (16,2%) | 4 (28,6%) | 2 (14,3%) | 0 (0%) |
| Наличие других детей в семье. | Да | 19 (51,4%) | 6 (42,9%) | 5 (35,7%) | 8 (88,9%) |
| Нет | 18 (48,6%) | 8 (57,1%) | 9 (64,3%) | 1 (11,1%) |

Так социально-демографическая характеристика родителей включает возраст, образование, трудоустройство, семейное положение, уровень дохода, проживание, оказанием помощи по уходу за ребенком и наличие других детей в семье.

Возраст матерей всей выборки варьирует от 26 до 44 лет. В браке находится большая часть - 94,6%(35). Большинство из матерей имеет высшее образование 91,9% (34), остальная часть - среднее-специальное 8,1%(3). Примерно в равном процентном соотношении работающие 56,8%(21) и неработающие 43,2% (16). Уровень совокупного дохода превалирует в диапазоне от 60 тысяч рублей 75,7%(28), оставшиеся семьи 24,3%(9) имеют уровень дохода 40-60 тысяч рублей. Семей с совокупным доходом ниже 40 тысяч рублей не наблюдалось. Относительно наличия других детей в семье 48,6%(18) не имеют других детей, оставшиеся 51,4%(19) имеют других детей.

В подгруппе, представленной парами мать-дети с установленным медицинским диагнозом возраст матерей составил также от 26 до 44 лет. Высшее образование имеют почти все матери 92,9%(13). В равном соотношении работающие на постоянной основе (50%) и не работающие (50%). 86,7%(12) матерей состоят в браке, а 14,3%(2) не имеют партнера. Уровень совокупного дохода в основном представлен доходом более 60 тысяч рублей -78,6%(11), другая же часть -21,4%(3) имеет доход в диапазон от 40 до 60 тысяч рублей. В отдельном собственном жилье проживает 71,4%(10), для других семей 28,6%(4) требуется съем жилья. Наличие других детей в семье представлено 42,9% от общего числа респондентов.

Подгруппа пар мать-дети с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР представлена матерями, чей возраст в диапазоне 29-44 года. Высшее образование получили 85,7%(12), 14,3%(2) обладают средним-специальным образованием. Трудоустроены на постоянной основе 57,1%(8) респондентов, 42,9%(6) не работают. 100% матерей состоят в браке, а доход в основном представлен более 60 тысяч рублей - 78,6%(11). Проживают в своем жилье 85,7%(12) семей, 14,3% требуется съем жилья. 64,3%(9) не имеют других детей, в то время как в семьях 35,7%(5) присутствуют другие дети.

Группа № 2, контрольная, представлена 9 парами мать-дети с нормотипичным развитием. Возрастной диапазон матерей составил 26-40 лет. Все матери имеют законченное высшее образование. Работают на постоянной основе 66,7%(6) респондентов, не работают 33,3%(3). Уровень совокупного дохода более 60 тысяч рублей имеют 66,7%(6) респондентов, оставшиеся 33,3% обладают доходами в пределах 40-60 тысяч рублей. Все семьи проживают в отдельном собственном жилье, в 88,9%(8) из них имеются другие дети.

Таким образом, социально-демографическая характеристика матерей, основываясь на представленных данных, показывает, что матери в основном молодого и среднего возраста, с высшим образованием и трудоустройством, проживающие в собственном жилье и имеющие помощь по уходу за ребенком. Уровень дохода варьирует, однако преобладает группа с доходом от 60 тысяч рублей и выше.

### 

### 2.1.2. Социально-демографические характеристики детей с ОВЗ

Социально-демографические характеристики детей представлены в Таблице 2.

**Таблица 2**. Средние значения и стандартные отклонения социально-демографических показателей детей для выборки в целом и для составляющих ее подгрупп.

| Социально-демографические характеристики детей | | Группа (N)  (37) | Группа №1 (14) | Группа №2 (14) | Группа №3 (9) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пол ребенка | Женский | 17 (45,9%) | 6 (42,9% | 3 (21,4%) | 8 (88,9%) |
| Мужской | 20 (54,1%) | 8 (57,1%) | 11 (78,6%) | 1 (11,1%) |
| Возраст ребенка | Диапазон | 12 - 45 мес. | 12 - 35 мес | 13 - 45 мес | 16 - 29 мес |
| M (SD) | 26 ± 9 мес. | 25 ± 8 мес | 30 ± 10 мес | 20 ± 4 мес |

Согласно данным в таблице, исследование включало 37 детей, из которых 54,1% - мальчики, 45,9% - девочки. Дети находятся в возрастном диапазоне от 12 до 45 месяцев.

В исследовании приняли участие респонденты со следующими диагнозами: задержка психоречевого развития, задержка речевого развития, синдром Дауна, детский церебральный паралич, Синдром Корнелии де Ланге, Синдром Клайнфельтера, парапарез нижних конечностей, гемипарез, поражение головного мозга, спастический тетрапарез, расстройство аутистического спектра, энцефалопатия, перинатальное поражение центральной нервной системы, шунтированная гидроцефалия.

Подгруппа детей с установленным медицинским диагнозом представлена 57,1% мальчиками и 42,9% девочками. Возрастной диапазон которых варьируется от 12 до 35 месяцев. Подгруппа детей с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР включает в себя 78,6 % мальчиков и 21,4% девочек в возрасте от 13 до 45 месяцев. Контрольная группа детей с типичным развитием включает в себя в основном девочек 88,9% в возрасте от 16 до 29 месяцев.

## 2.2. Методы исследования

## 2.2.1. Социально-демографический опросник

Для качественного проведения исследования была разработана анкета, состоящая из нескольких тематических блоков:

1. Социально-демографические характеристики родителя (семейная роль (мама/папа), возраст, уровень образования, трудоустройство, семейное положение, количество детей в семье, материальное положение, жилищно бытовые условия);

2. Социально-демографические характеристики ребенка (пол, возраст, диагноз/наиболее сильно выраженное нарушение);

3. Опыт обращения за услугами помощи ребенку и семье (продолжительность получения услуг в актуальной программе, опыт получения услуг в других программах и причина их смены, если имеется).

Анкета состоит из 16 вопросов закрытого и открытого типа. С целью соблюдения конфиденциальности каждому испытуемому присваивается цифровой код. Анкета предлагается к заполнению родителю; участие ребенка не требуется.

Бланк с вопросами анкеты представлен в приложении А.

## 2.2.2. Опросник измерения вовлеченности, независимости и социальных отношений в ситуации одевания

Для измерения вовлеченности независимости и социальных отношений в режимной ситуации одевания родителям предлагается стандартизированный опросник, адаптированный на основе «Measure of Engagement, Independence, and Social Relationships (MEISR)» R.A.McWilliam and Naomi Younggren (2012). Опросник переведен и адаптирован Санкт-Петербургским Институтом раннего вмешательства.   
 Инструмент был создан, для оценки профиля функционального поведения ребенка в возрасте от рождения до 3-х лет в домашних рутинах. Опросник заполняется воспитателем ребенка, который заботится о ребенке, например, родителями, а не профессионалами, которые имеют ограниченные возможности наблюдать ребенка в домашней обстановке.

Цель инструмента MEISR:

1. Получение информации о функциональном поведении ребенка.
2. Определение сформированности навыков самообслуживания в связи с возрастом ребенка
3. Обеспечение информацией о функционировании ребенка в общих режимных ситуациях.

В рамках исследования матерям предлагается заполнить шкалу “Одевание”, в составе которое 28 утверждений касательно участия ребенка в переодевании в течении дня. На выбор предлагается несколько вариантов ответа:

1. если вы еще не видели, как ребенок выполняет деятельность, обведите кружком 1 («еще нет»);

2. если вы видели, как ребенок время от времени выполняет деятельность, обведите кружком («иногда»);

3. если вы видите, что ребенок часто выполняет деятельность, обведите «часто»);

4- если ребенок раньше много выполнял деятельность, но перерос, обведите («за пределами»).

Бланк с вопросами опросника представлен в приложении Б.

## 2.2.3. Оценка видеозаписи взаимодействия взрослого и ребенка в ситуации одевания

Методика «Оценка видеозаписи взаимодействия взрослого и ребенка в ситуации одевания» разработана выпускницей Санкт-Петербургского Государственного университета Кондратьевой Д.В. совместно с научным руководителем О. И. Пальмовым на основе шкалы наблюдения за развитием и поведением ребенка, созданной и использовавшейся в Институте Эмми Пиклер (Tardos, 2007). Методика позволяет определять количество и/или частоту конкретных поведенческих актов взрослого и ребенка, относящихся к сотрудничеству (согласно определению) и контакту во время выполнения режимной процедуры одевания.

Данная оценка направлена на выявление характеристик взаимодействия в матери и ребенка в ситуации переодевания и состоит из 2-х разделов. Первый раздел оценивает проявленного взрослым контакта и сотрудничества с ребенком, второй — контакт и сотрудничество со стороны ребенка.

Раздел оценки, направленный на выявление характеристик поведения взрослого в ситуации одевания ребенка, состоит из 18 пунктов — 13 из которых направлены на оценку положительного поведения взрослых, способствующих вовлечению ребенка в режимный процесс, поддержку его активности и участия, качественного взаимодействия. Выделены 2 шкалы – шкала, описывающая качество контакта взрослого с ребенком и шкала сотрудничества, регистрирующая конкретные поведения взрослого, вовлекающие ребенка в активное участие в процессе рутины. 5 вопросов направлены на выявление дезадаптивного поведения взрослого, которое может наблюдаться в режимных ситуациях. Эти поведения взрослого препятствуют не только благополучному взаимодействию со взрослым, но и интересу, инициативе, активности и участию ребенка в одевании.

Контакт и сотрудничество со стороны ребенка оценивается по 5 пунктам, включающим в себя следующие характеристики: расслабленность позы, инициация контакта и игры, внимание к процессу, сотрудничество и помощь.

Оценка видеозаписи взаимодействия в ситуации одевания происходит посредством выявления характеристик использования поведения взрослых и ребенка и оценивается путем выявления частоты используемого поведения: никогда, редко, часто, всегда. В соответствии с выбранным ответом за каждый пункт оценки начисляется определенное количество баллов: никогда - 0, редко - 1, часто - 2, всегда - 3. Решения о выборе балла принимаются на основании количества поведений и-или на основании регистрации ситуаций, в которых мама использует уместный отклик, или пропускает возможность. Например, ребенок протянул ногу, потом руку для участия в одевании, затем проявил желание самостоятельно надеть носок. Мама откликнулась на все инициативы ребенка в этом эпизоде и получила балл 3 (всегда). Пропуск одного-двух инициатив ребенка из нескольких будет оценен по шкале «Следует за инициативой ребенка», как 2 (часто).

После проведения оценки видеозаписи происходит подсчет баллов по следующим пунктам: контакт взрослого, сотрудничество со стороны взрослого, положительный общий балл взрослого, отрицательный общий балл взрослого и общий балл ребенка.

Бланк оценки видеозаписи взаимодействия взрослого и ребенка в ситуации одевания представлен в приложении В.

# 2.2. Процедура исследования

Участники приглашались через специалистов служб ранней помощи, детских центров, социальных сетей. Все участники исследования заполняли:

1) информированное согласие;

2) социально-демографическая анкета;

3) опросник вовлеченности, независимости, социальных отношений в процессе переодевания (MEISR);

4) видеозапись того, как у ребенка проходит процесс одевания/переодевания.

Обязательным условием участия в исследовании было заполнение информированного согласия — указание даты заполнения и подпись. Участникам были письменно разъяснены цели, процедура и методы исследования, конфиденциальность, добровольность участия, возможные неудобства и выгоды, а также была дана возможность задать вопросы, связанные с проведением исследования, и получить индивидуальную обратную связь по видеозаписи взаимодействия.

Всем заполненным методикам и видеозаписям, был присвоен персональный цифровой код, состоящий из номера, указывающего на базу проведения исследования, и порядкового номера участника. Например 1201, где 1 - отделение раннего вмешательства СПбГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Калининского района Санкт-Петербурга», 2 - пол ребенка , а последние 2 цифры это порядковый номер респондента. Участникам предлагался выбор в заполнении стимульного материала, где ряд участников заполняли информированное согласие и методики, применяемые в исследовании, посредством интернет-ресурса Google Формы. Все результаты обрабатывались с использованием цифрового кода и представлялись в общем массиве. После занесения всех результатов был проведен математико-статистический анализ данных.

В процессе проведения исследования дополнялась база данных, которая была создана в пилотном исследовании, куда заносились результаты заполнения социально-демографической анкеты, опросника вовлеченности, независимости, социальных отношений в процессе переодевания (MEISR) и результата оценки видеозаписи взаимодействия в процессе одевания. После занесения всех результатов был проведен математико-статистический анализ данных.

# 2.3. Математико-статистические методы обработки данных

В работе были использованы следующие методы математической статистики: расчет описательных статистик, подсчет процентов, для сравнения групп был использован критерий U-Манна-Уитни, для исследования взаимосвязи был использован корреляционный анализ по Спирмену. Также был проведены факторный анализ и кластерный анализ полученных данных.

# ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

## 3.1. Описательные статистики оценки вовлеченности, независимости и социальных отношений (MEISR) в процессе одевания.

В этой части описания данных мы рассмотрим средние значения по примененным нами методам как для всей выборки участников исследования, так и отдельных групп. Эти описания информативны, так как при небольшой выборке углубляют понимание ее характеристик.

В исследовании принимали участие дети в возрасте от 12 до 45 месяцев, на основе полученных данных родительского опросника на каждого участника был индивидуально рассчитан уровень сформированности навыка самообслуживания в процессе одевания в связи с возрастом ребенка и нормативными возрастными диапазонами демонстрации навыков, указанными в методике MEISR.

Ниже представлены результаты оценки родителями уровня сформированности навыков самообслуживания у детей в процессе одевания. Крайние значения суммарного показателя представлены в Таблице 3.

**Таблица №3.** Описательные статистики уровня сформированности навыка самообслуживания в процессе одевания оценки MEISR

|  | Группа (N) | | | Группа №1 | | | Группа №2 | | | Группа №3 | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEISR Уровень сформированности навыка самообслуживания в процессе одевания в соответствии с возрастом ребенка % | N | Min | Max | N | Min | Max | N | Min | Max | N | Min | Max |
| 37 | 8% | 89% | 14 | 8% | 89% | 14 | 20% | 88% | 9 | 39% | 89% |

Уровень сформированности навыков в процессе одевания у детей в соответствии с возрастом варьируется от 8 до 89%. Также был произведен расчет среднего показателя сформированности навыка самообслуживания, который составил 42,7 % для детей с установленным медицинским диагнозом, 54,3% для детей с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР. Показатель сформированности навыка самообслуживания для детей типично развивающихся составил 65,9 %. Общий показатель составил 52,8%. Дети с установленным медицинским диагнозом имеют меньше возможностей для самообслуживания; в группе респондентов были дети с двигательными, интеллектуальными и множественными нарушениями развития.

Рассмотрим средние значения по отдельным шкалам метода оценки вовлеченности, независимости и социальных отношений (MEISR) в процессе одевания. Частота использования навыков самообслуживания ребенком в процессе одевания представлена в Таблице 4.

**Таблица №4.** Частота использования навыков самообслуживания ребенком   
в процессе одевания, n

| Шкалы MEISR | Еще нет (n) | | | Иногда ( n) | | | Часто (n) | | | Уже нет (n) | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №1 | №2 | №3 | №1 | №2 | №3 | №1 | №2 | №3 | №1 | №2 | №3 |
| Переходит к одеванию и раздеванию без расстройства | 1 | 1 | 1 | 6 | 7 | 2 | 7 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| Участвует в одевании без расстройства | 1 | 1 | 1 | 7 | 8 | 2 | 6 | 5 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| Носит одежду различных текстур (без ограничений) | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 14 | 12 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| Рассматривает свои ручки | 2 | 0 | 0 | 4 | 6 | 5 | 6 | 6 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Общается при помощи звуков | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 2 | 7 | 10 | 7 | 1 | 2 | 0 |
| Отвечает на просьбу «иди ко мне» | 4 | 2 | 0 | 3 | 3 | 0 | 7 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| Лепечет, подражая интонациям взрослых | 3 | 1 | 0 | 6 | 4 | 3 | 5 | 7 | 5 | 0 | 2 | 1 |
| Помогает одеванию, протягивая руки и ноги в рукава и штанины | 2 | 0 | 0 | 3 | 3 | 1 | 9 | 10 | 8 | 0 | 1 | 0 |
| Указывает части тела на себе, когда его спрашивают | 10 | 3 | 0 | 0 | 3 | 1 | 4 | 8 | 7 | 0 | 0 | 1 |
| Снимает части одежды | 3 | 1 | 0 | 7 | 5 | 6 | 4 | 8 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| Понимает название предметов одежды | 7 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 5 | 9 | 6 | 0 | 0 | 1 |
| Узнает себя в зеркале | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 11 | 11 | 8 | 0 | 0 | 1 |
| Показывает, что хочет надеть | 8 | 6 | 3 | 0 | 3 | 4 | 6 | 5 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Расстегивает застежки | 4 | 1 | 00 | 7 | 6 | 5 | 3 | 7 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Помогает раздевать себя | 5 | 1 | 0 | 6 | 4 | 2 | 3 | 9 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| Использует жесты или слова пока одевается | 8 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 9 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| Использует жесты или слова, называя части одежды | 11 | 7 | 4 | 2 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Использует жесты или слова для 1-6 частей тела | 11 | 5 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 6 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Использует жесты или слова для более чем 6 частей тела | 12 | 9 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Выполняет сложные задачи (например, одевание обуви, одежды) | 11 | 7 | 4 | 2 | 5 | 4 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Активно помогает одевать себя | 8 | 3 | 1 | 3 | 7 | 7 | 3 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Застегивает молнии, кнопки, пуговицы | 11 | 7 | 5 | 2 | 6 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Надевает куртку с помощью | 9 | 2 | 2 | 2 | 4 | 6 | 3 | 8 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Надевает некоторую одежду самостоятельно | 11 | 4 | 3 | 2 | 7 | 5 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Полностью одевается и раздевается сам, но просит помочь с пуговицами и шнурками | 14 | 12 | 9 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Следует просьбам и указаниям взрослого относительно одевания | 9 | 5 | 3 | 5 | 7 | 4 | 0 | 2 | 2 | 0 | 00 | 0 |
| Надевает носки | 11 | 7 | 4 | 3 | 4 | 3 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Надевает обувь | 11 | 7 | 3 | 3 | 6 | 5 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |

В группе детей с установленным медицинским диагнозом 11 часто узнают себя в зеркале, 9 часто помогают одеванию, протягивая руки и ноги в рукава и штанины 7 часто переходят к одеванию и раздеванию без расстройства, общаются при помощи звуков, отвечают на просьбу "иди ко мне". 6 часто участвуют в одевании без расстройства, рассматривают свои ручки показывают что хотят надеть. 7 иногда участвуют в одевании без расстройства и снимают части одежды. В большем объеме не развиты такие навыки как: указывает части тела на себе, когда его спрашивают; показывает что хочет надеть; использует жесты или слова пока одевается/называя части одежды/для частей тела; выполняет сложные задачи такие как надевание обуви и одежды; активно помогает одевать себя.

Это может говорить о том, что дети с установленным медицинским диагнозом часто не вовлекаются социально-эмоционально в режимный процесс.

В группе детей с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР 11 детей часто узнают себя в зеркале; 10 часто помогают одеванию, протягивая руки и ноги в рукава и штанины и общаются при помощи звуков. 9 детей часто отвечают на просьбу "иди ко мне", понимают название предметов одежды, помогают раздевать себя, используют жесты или слова пока одеваются. 8 детей часто указывают части тела на себе, когда его спрашивают, снимают части одежды, надевают куртку с помощью. Также 7 из 14 детей часто лепечет подражая интонация взрослых, расстегивает застежки. Не развиты в большей мере такие навыки как выполнение сложных задач (например одевание обуви и одежды), полностью одевается и раздевается сам, использует жесты или слова для более чем 6 частей тела.

На основе этих данных можно судить то, что дети с установленным диагнозом ЗПР и\или ЗРР чаще вовлечены социально-эмоционально в режимный процесс.

В контрольной группе типично развивающихся детей 9 детей часто отвечают на просьбу "иди ко мне", а 8 помогают одеванию, протягивая руки и ноги в рукава и штанины,а также узнают себя в зеркале. 7 типично развивающихся детей указывают части тела на себе, когда его спрашивают; общаются при помощи звуков; помогают раздевать себя. 6 из 9 детей переходят к одеванию без расстройства, понимает название предметов одежды, используют жесты или слова пока одевается. 5 из 9 лепечет, подражая интонациям взрослых. Иногда 6 из 9 снимает части одежды и надевают куртку с помощью. 7 иногда активно помогают одевать себя, а 5 рассматривает свои ручки, расстегивает застежки, надевает некоторую одежду самостоятельно.

Уже на уровне описательных статистик можно говорить о том, что большинство детей с ОВЗ владеют когнитивными и двигательными навыками, которые необходимы для формирования навыков самообслуживания. Однако, можно увидеть, что значительная часть детей группы с установленным медицинским диагнозом и группы с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР не всегда показывают, что хотят надеть, используют жесты или слова во время одевания, активно помогают одевать себя, следуют просьбам и указаниям. Это может говорить о том, что родители данных групп не придают большое значение развитию навыков самостоятельного обслуживания и социально-эмоционального взаимодействия во время переодевания. Контрольная группа показывает, что родители и их дети в большей мере вовлечены в социально-эмоциональное взаимодействие в режимных ситуациях.

## 3.2. Описательные статистики взаимодействия матери и ребенка в ситуации одевания

Рассмотрим средние значения по проявляемому взрослым контакта с ребенком. Результаты представлены в таблице 5 и представляют собой среднее по сумме значений таких показателей как: смотрит на лицо ребенка; называет то, что делает ребенок, в том числе, куда он смотрит; изменяет свое поведение в связи с сигналами приглашения и отказа ребенка; следует за инициативой ребенка, в том числе откликается на коммуникативные инициативы ребенка, связанные с процессом одевания; проявляет радость и удовольствие; эмоционально подстраивается к чувствам и состоянию ребенка, отражая мимикой, голосом и называя, проявляет эмоциональную заботу – утешает, реагирует на сердитость, тревогу и другие состояния ребенка; бережно обращается с телом ребенка (мягко прикасается, избегает резких движений при перемещении тела и действиях с конечностями, применяет необходимую поддержку телу ребенка, заботится об удобном положении тела ребенка в процессе переодевания)

**Таблица №5.** Описательные статистики ” Контакт со стороны взрослого”.

|  | Total (37) | Группа №1 | Группа №2 | Группа №3 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N | 37 | 14 | 14 | 9 |
| Mean | 9,35 | 9,64 | 9,64 | 8,44 |
| SD | 4,511 | 4,413 | 4,700 | 4,773 |
| SE | 0,742 | 1,180 | 1,256 | 1,591 |
| Min | 3 | 3 | 4 | 3 |
| Max | 17 | 16 | 17 | 16 |

Проявляемый взрослым контакт с ребенком по всем группам варьируется от 3 до 17, среднее значение которого 9,35 ± 4,511 . Результаты отдельно по каждым группам не сильно отличаются от общей картины: в группе с детьми с установленным медицинским диагнозом диапазон значений от 3 до 16, а среднее значение 9,64 ± 4,413; в группе с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР диапазон от 4 до 17 и среднее значение 9,64 ± 4,700; в группе с типично развивающимися детьми диапазон от 3 до 16 и среднее значение 8,44 ± 4,773.

Можно отметить, что показатели контакта со стороны взрослого с ребенком у типично развивающихся детей несколько ниже, по сравнению с детьми с установленным медицинским диагнозом и установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР.

Далее рассмотрим средние значения показателя сотрудничество со стороны взрослого, который включал такие пункты как: предупреждает о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка; показывает предмет одежды и-или ухода перед началом действия с ним (подгузник, салфетка и др.); предлагает выбор; взрослый держит паузу после обращения, просьбы, ждет; выбирает соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу (лежа, стоя, сидя, изменяя положения), в которой ребенок может проявлять активность и участвовать в переодевании, самостоятельно изменять положение тела; приглашает ребенка к участию в процессе переодевания, просит протянуть, дать, надеть и т.д., начинает действие и дает ребенку возможность продолжить или завершить его (сотрудничество). Результаты отображены в таблице 6.

**Таблица №6.** Описательные статистики “Сотрудничество”

|  | Total (37) | Группа №1 | Группа №2 | Группа №3 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N | 37 | 14 | 14 | 9 |
| Mean | 6,62 | 6,86 | 7,14 | 5,44 |
| SD | 4,232 | 3,820 | 4,487 | 4,693 |
| SE | 0,696 | 1,021 | 1,199 | 1,564 |
| Min | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Max | 15 | 13 | 15 | 13 |

Сотрудничество у общей группы респондентов варьируется от 0 до 15 со средним значением 6,62 ± 4,232. Группа детей с установленным медицинским диагнозом имеет значения от 1 до 13, и среднее значение контакта 6,86 ± 3,820. В группе детей с установленным диагнозом ЗПР и\или ЗРР среднее значение контакта со стороны взрослого 7,14 ± 4,487 с диапазоном от 2 до 15. В контрольной группе детей с типичным развитием значения несколько ниже, а именно: средние значения 5,44 ± 4,693 и диапазон от 0 до 13.

Полученные данные говорят о том, что в среднем проявленный контакт со стороны взрослого типично развивающихся детей несколько ниже, по сравнению с детьми с установленным медицинским диагнозом и установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР. А также средние показатели группы № 2 несколько выше остальных других групп.

Результаты данных таблицы 5 и таблицы 6 говорят о том, что в среднем родители типично развивающихся детей чуть меньше проявляют контакт с ребенком, по сравнению с группами №2 и №3.

Частота использования положительного поведения матерями при взаимодействии с ребенком в ситуации одевания представлена в Таблицах 7, 8 и 9 для каждой группы отдельно.

**Таблица №7.** Частота использования положительного поведения матерями при взаимодействии с детьми с установленным медицинским диагнозом (группа №1)

| Положительные характеристики поведения матери | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда  (% / n) | Редко  (% / n) | Часто  (% / n) | Всегда  (% / n) |
| Смотрит на лицо ребенка | 14,3%(2) | 7,1%(1) | 78,6%(11) | 0%(0) |
| Называет то, что делает ребенок, в том числе, куда он смотрит | 35,7%(5) | 35,7%(5) | 28,6%(4) | 0%(0) |
| Изменяет свое поведение в связи с сигналами приглашения и отказа ребенка | 21,4%(3) | 28,6%(4) | 35,7%(5) | 14,3%(2) |
| Следует за инициативой ребенка | 21,4%(3) | 35,7%(5) | 28,6%(4) | 14,3%(2) |
| Проявляет радость и удовольствие | 21,4%(3) | 28,6%(4) | 42,9%(6) | 7,1%(1) |
| Эмоционально подстраивается к чувствам и состоянию ребенка | 21,4%(3) | 50%(7) | 21,4%(3) | 7,1%(1) |
| Бережно обращается с телом ребенка | 0%(0) | 42,9%(6) | 28,6%(4) | 28,6%(4) |
| Предупреждает о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка | 28,6%(4) | 35,7%(5) | 28,6%(4) | 7,1%(1) |
| Показывает предмет одежды и-или ухода перед началом действия с ним | 35,7%(5) | 42,9%(6) | 14,3%(2) | 7,1%(1) |
| Предлагает выбор | 85,7%(12) | 14,3%(2) | 0%(0) | 0%(0) |
| Держит паузу после обращения, просьбы, ждет | 35,7%(5) | 21,4%(3) | 35,7%(5) | 7,1%(1) |
| Выбирает соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу, в которой он может проявлять активность и участвовать в переодевании | 0%(0) | 28,6%(4) | 35,7%(5) | 35,7%(5) |
| Приглашает ребенка к участию в процессе переодевания, просит протянуть, дать, надеть и т.д. | 21,4%(3) | 35,8%(5) | 21,4%(3) | 21,4%(3) |

Согласно таблице родители детей с установленным медицинским диагнозом всегда бережно обращаются 28,6% и 35,7% выбирают соответствующую возможностям и возрасту ребенка позы, в которой он может проявлять активность и участвовать в переодевании. Часто 78,6% матерей смотрит на лицо своего ребенка, 35,7% держит паузу после обращения и выбирает соответствующую возможностям позу, 28,6% бережно обращаются с телом ребенка и предупреждают о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка, а так же следуют за инициативой ребенка и называют что делает ребенок и куда он смотрит.

И никогда 85,7% не предлагает выбор , а также 35,7% никогда или редко не называют что делает ребенок, в том числе, куда он смотрит. 35,7% редко следуют за инициативой ребенка, 50% редко эмоционально подстраиваются к чувствам и состоянию ребенка, а 42,9% редко бережно обращается с телом ребенка и показывает предмет одежды и/или ухода перед началом действия с ним. 35,7% так же редко предупреждает о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка. И 35,8% редко приглашают ребенка к участию в процессе переодевания, просят протянуть, дать, надеть и так далее.

Общее впечатление от данных таблицы говорит о том, что хотя некоторые родители проявляют заботу, бережное отношение и адаптируются к потребностям своих детей, все же существует определенный процент родителей, которые редко или никогда не проявляют определенные стратегии взаимодействия. Это может указывать на несоответствие практик родителей рекомендуемым подходам или недостаток осознанности в отношении важности этих стратегий в общении с детьми.

**Таблица № 8.** Частота использования положительного поведения матерями при взаимодействии с детьми с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР (группа №2)

| Положительные характеристики поведения матери | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда  (% / n) | Редко  (% / n) | Часто  (% / n) | Всегда  (% / n) |
| Смотрит на лицо ребенка | 21,4%(3) | 28,6%(4) | 42,9%(6) | 7,1%(1) |
| Называет то, что делает ребенок, в том числе, куда он смотрит | 42,9%(6) | 28,6%(4) | 28,6%(4) | 0%(0) |
| Изменяет свое поведение в связи с сигналами приглашения и отказа ребенка | 28,6%(4) | 28,6%(4) | 28,6%(4) | 14,3%(2) |
| Следует за инициативой ребенка | 14,3%(2) | 21,4%(3) | 42,9%(6) | 21,4%(3) |
| Проявляет радость и удовольствие | 14,3%(2) | 50%(7) | 28,6%(4) | 7,1%(1) |
| Эмоционально подстраивается к чувствам и состоянию ребенка | 28,6%(4) | 50%(7) | 7,1%(1) | 14,3%(2) |
| Бережно обращается с телом ребенка | 0%(0) | 14,3%(2) | 64,3%(9) | 21,4%(3) |
| Предупреждает о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка | 35,7%(5) | 35,7%(5) | 28,6%(4) | 0%(0) |
| Показывает предмет одежды и-или ухода перед началом действия с ним | 42,9%(6) | 21,4%(3) | 14,3%(2) | 21,4%(3) |
| Предлагает выбор | 71,4%(10) | 14,3%(2) | 14,3%(2) | 0%(0) |
| Держит паузу после обращения, просьбы, ждет | 42,9%(6) | 28,6%(4) | 14,3%(2) | 14,3%(2) |
| Выбирает соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу, в которой он может проявлять активность и участвовать в переодевании | 0%(0) | 35,7%(5) | 28,6%(4) | 35,7%(5) |
| Приглашает ребенка к участию в процессе переодевания, просит протянуть, дать, надеть и т.д. | 21,4%(3) | 35,8%(5) | 42,9%(6) | 14,3%(2) |

Родители детей с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР всегда выбирают соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу, в которой он может проявлять активность и участвовать в переодевании в 35,7% случаев. 21,4% всегда следуют за инициативой ребенка, бережно обращаются с телом ребенка и показывают предмет одежды и/или ухода перед началом действия с ним. В 42,9% респонденты часто смотрят на лицо ребенка и часто следуют за инициативой ребенка,а так же часто приглашают ребенка к участию в процессе переодевания, просят протянуть, дать, надеть. 64,3% часто обращаются с телом ребенка бережно. Так же, редко родители детей с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР проявляют следующие характеристики: в 50% проявляют радость и удовольствие и эмоционально подстраивается к чувствам и состоянию ребенка;35,7% выбирают соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу и приглашают ребенка к участию в процессе переодевания, а также предупреждают о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка. Важно отметить, что никогда в 71,4% результатов не предлагают выбор; 42,9% не держат паузу после обращения или просьбы, не показывают предмет одежды и/или ухода перед началом действия с ним и не называют то, что делает ребенок.

Таким образом, родители детей с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР проявляют разное поведение во взаимодействии с ребенком. Некоторые характеристики, такие как бережное обращение с телом ребенка и следование за его инициативой, часто проявляются, в то время как другие, такие как предлагаемый выбор и демонстрация предметов, редко используются.

**Таблица №9.** Частота использования положительного поведения матерями при взаимодействии с типично развивающимися детьми (группа №3)

| Положительные характеристики поведения матери | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда  (% / n) | Редко  (% / n) | Часто  (% / n) | Всегда  (% / n) |
| Смотрит на лицо ребенка | 0%(0) | 22,2%(2) | 55,6%(5) | 22,2%(2) |
| Называет то, что делает ребенок, в том числе, куда он смотрит | 33,3%(3) | 33,3%(3) | 33,3%(3) | 0%(0) |
| Изменяет свое поведение в связи с сигналами приглашения и отказа ребенка | 55,6%(5) | 0%(0) | 44,4%(4) | 0%(0) |
| Следует за инициативой ребенка | 33,3%(3) | 33,3%(3) | 22,2%(2) | 11,1%(1) |
| Проявляет радость и удовольствие | 22,2%(2) | 44,4%(4) | 33,3%(3) | 0%(0) |
| Эмоционально подстраивается к чувствам и состоянию ребенка | 22,2%(2) | 44,4%(4) | 22,2%(2) | 11,1%(1) |
| Бережно обращается с телом ребенка | 0%(0) | 11,1%(1) | 66,7%(6) | 22,2%(2) |
| Предупреждает о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка | 22,2%(2) | 44,4%(4) | 11,1%(1) | 22,2%(2) |
| Показывает предмет одежды и-или ухода перед началом действия с ним | 33,3%(3) | 33,3%(3) | 22,2%(2) | 11,1%(1) |
| Предлагает выбор | 88,9%(8) | 11,1%(1) | 0%(0) | 0%(0) |
| Держит паузу после обращения, просьбы, ждет | 55,6%(5) | 33,3%(3) | 11,1%(1) | 0%(0) |
| Выбирает соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу, в которой он может проявлять активность и участвовать в переодевании | 33,3%(3) | 33,3%(3) | 22,2%(2) | 11,1%(1) |
| Приглашает ребенка к участию в процессе переодевания, просит протянуть, дать, надеть и т.д. | 22,2%(2) | 44,4%(4) | 22,2%(2) | 11,1%(1) |

Некоторые характеристики в группе с типично развивающимися детьми наблюдаются редко или никогда: 88,9% никогда не предлагают выбор; 55,6% никогда не держат паузу после обращения или просьбы, а также не изменяет свое поведение в связи с сигналами ребенка; 44,4% редко приглашают ребенка к участию в процессе переодевания, редко предупреждаются о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка, редко эмоционально подстраиваются, а так же редко проявляют радость и удовольствие. Однако есть и характеристики, которые часто проявляются:55,6% часто смотрят на лицо ребенка, 66,7% бережно обращаются с телом ребенка, 44,4% изменяют свое поведение в связи с сигналами приглашения и отказа ребенка.

Данные результаты говорят о различиях в поведении родителей в группе с типично развивающимися детьми. Некоторые характеристики наблюдаются редко или никогда, что может указывать на недостаточное внимание или осознанность родителей в определенных аспектах взаимодействия с ребенком. Например, редкое предложение выбора, недостаток пауз после обращения или просьбы, а также низкая готовность изменять поведение в ответ на сигналы ребенка может указывать на ограниченность вариативности и адаптивности родительского подхода.

Однако, в то же время, некоторые характеристики проявляются часто, что говорит о наличии положительных практик во взаимодействии с ребенком. Например, частое смотрение на лицо ребенка, бережное обращение с его телом и готовность изменять поведение в соответствии с сигналами приглашения и отказа ребенка указывают на наличие эмоциональной связи и готовность родителей адаптироваться к потребностям и желаниям ребенка.

Исходя из этих результатов, можно сказать, что родители детей с особыми потребностями, в целом, проявляют более адаптивное и бережное взаимодействие с детьми, чем родители детей с типичным развитием. Однако некоторые аспекты взаимодействия требуют улучшения во всех группах. Большинство видеозаписей, которые мы получили, были короткими (5 минут и меньше), что указывает на предпочтение быстрого и механистического подхода к процессу одевания. Этот подход не учитывает эмоциональные потребности ребенка и не способствует его активности и участию в процессе переодевания.

Частота использования отрицательного поведения матерями при взаимодействии с детьми в ситуации одевания представлена в Таблицах 10, 11 и 12 согласно группам.

**Таблица №10.** Частота использования отрицательного поведения матерями при взаимодействии с детьми с установленным медицинским диагнозом. ( Группа №1)

| Отрицательные характеристики поведения матери | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда  (% / n) | Редко  (% / n) | Часто  (% / n) | Всегда  (% / n) |
| Использует пугающее и вмешивающееся поведение | 78,6%(11) | 7,1%(1) | 14,3%(2) | 0%(0) |
| Отвлекает ребенка от процесса одевания показывая игрушки, переключая внимание, предлагая игру не связанную с режимным процессом | 50,0%(7) | 35,7%(5) | 7,1%(1) | 7,1%(1) |
| Удерживает, действует с телом, конечностями ребенка, преодолевая его сопротивление | 57,1%(8) | 28,6%(4) | 14,3%(2) | 0%(0) |
| В ответ на проявление ребенком дискомфорта, раздражения и тп, отвлекает, увеличивает интенсивность и скорость своих действий | 57,1%(8) | 21,4%(3) | 21,4%(3) | 0%(0) |
| Оставляет БЕЗ ответа вокализации и инициативы ребенка | 35,7%(5) | 42,9%(6) | 21,4%(3) | 0%(0) |

В группе детей с установленным медицинским диагнозом большинство родителей (78,6%) проявляют постоянное внимание и заботу, избегая пугающего и вмешивающегося поведения. Половина родителей (50%) никогда не отвлекает ребенка от процесса одевания, не предлагая игрушки или не переключая его внимание на другие вещи, не связанные с режимным процессом. Однако, 35,7% родителей иногда используют такой подход. Также, 57,13% родителей никогда не увеличивают интенсивность и скорость своих действий в ответ на проявление дискомфорта ребенка. 42,9% родителей иногда не отвечают на вокализацию и инициативу ребенка, а 28,6% удерживают ребенка, преодолевая его сопротивление. Только 7,1% родителей всегда отвлекают ребенка от процесса одевания. Кроме того, 21,4% родителей часто увеличивают интенсивность и скорость своих действий в ответ на проявление дискомфорта и раздражения со стороны ребенка, а также не всегда отвечают на его вокализацию.

**Таблица №11.** Частота использования отрицательного поведения матерями при взаимодействии с детьми с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР ( Группа №2)

| Отрицательные характеристики поведения матери | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда  (% / n) | Редко  (% / n) | Часто  (% / n) | Всегда  (% / n) |
| Использует пугающее и вмешивающееся поведение | 85,7%(12) | 14,3%(2) | 0%(0) | 0%(0) |
| Отвлекает ребенка от процесса одевания показывая игрушки, переключая внимание, предлагая игру не связанную с режимным процессом | 57,1%(8) | 28,6%(4) | 0%(0) | 14,3%(2) |
| Удерживает, действует с телом, конечностями ребенка, преодолевая его сопротивление | 57,1%(8) | 42,9%(6) | 0%(0) | 0%(0) |
| В ответ на проявление ребенком дискомфорта, раздражения и тп, отвлекает, увеличивает интенсивность и скорость своих действий | 71,4%(10) | 14,3%(2) | 14,3%(2) | 0%(0) |
| Оставляет БЕЗ ответа вокализации и инициативы ребенка | 64,3%(9) | 35,7%(6) | 0%(0) | 0%(0) |

В результате анализа группы детей с диагнозом ЗПР и/или ЗРР получены следующие данные. 85,7% родителей никогда не проявляют пугающее и вмешивающееся поведение, тогда как 14,3% родителей иногда используют такое поведение. 57,1% родителей никогда не отвлекают ребенка от процесса одевания с помощью игрушек, переключения внимания и предложения игр, не связанных с режимным процессом. В то же время 28,6% родителей иногда отвлекают ребенка, а 14,3% всегда используют этот подход. 57,1% родителей никогда не применяют удерживание ребенка, преодолевая его сопротивление, тогда как 42,9% родителей иногда используют такую стратегию. По отношению к проявлению дискомфорта, раздражения и т.п. со стороны ребенка, 71,4% родителей никогда не отвлекают, не увеличивают интенсивность и скорость своих действий, 14,3% родителей иногда делают это, а также 14,3% родителей часто применяют такой подход. Вокализации и инициативы ребенка 64,3% родителей никогда не оставляют без ответа, в то время как 35,7% родителей иногда делают это.

**Таблица №12.** Частота использования отрицательного поведения матерями при взаимодействии с типично развивающимися детьми ( Группа №3)

| Отрицательные характеристики поведения матери | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда  (% / n) | Редко  (% / n) | Часто  (% / n) | Всегда  (% / n) |
| Использует пугающее и вмешивающееся поведение | 88,9%(8) | 14,3%(0) | 11,1%(1) | 0%(0) |
| Отвлекает ребенка от процесса одевания показывая игрушки, переключая внимание, предлагая игру не связанную с режимным процессом | 66,7%(6) | 33,3%(3) | 0%(0) | 0%(0) |
| Удерживает, действует с телом, конечностями ребенка, преодолевая его сопротивление | 44,4%(4) | 22,2%(2) | 33,3%(3) | 0%(0) |
| В ответ на проявление ребенком дискомфорта, раздражения и тп, отвлекает, увеличивает интенсивность и скорость своих действий | 44,4%(4) | 44,4%(4) | 0%(0) | 11,1%(1) |
| Оставляет БЕЗ ответа вокализации и инициативы ребенка | 44,4%(4) | 11,1%(1) | 22,2%(2) | 22,2%(2) |

Анализ контрольной группы демонстрирует следующие результаты. 88,9% родителей в данной группе никогда не проявляют пугающее и вмешивающееся поведение в отношении своих детей, 14,3% родителей делают это редко, в то время как 11,1% родителей часто прибегают к таким действиям. Одновременно, 66,7% родителей никогда не отвлекают ребенка от процесса одевания с использованием игрушек, переключения внимания и предложения игр, не связанных с режимным процессом, в то время как 33,3% родителей редко прибегают к таким действиям. В отношении удерживания ребенка и преодоления его сопротивления путем воздействия на тело и конечности, 44,4% родителей часто используют такие методы, 22,2% родителей делают это редко, в то время как 33,3% родителей никогда не прибегают к такому поведению. Относительно реакции на проявление дискомфорта, раздражения и т.п. со стороны ребенка, 44,4% родителей никогда не отвлекают ребенка, не увеличивают интенсивность и скорость своих действий, так же редко это делают 44,4% родителей, и только 11,1% родителей всегда применяют такие подходы. В отношении реакции на вокализацию и инициативу со стороны ребенка, 44,4% родителей никогда не оставляют их без ответа, 11,1% родителей редко игнорируют такие проявления, 22,2% родителей часто и всегда не реагируют на них.

Результаты по трем группам указывают на различия в поведении родителей в разных группах. В группе детей с установленным медицинским диагнозом и группе детей с диагнозом ЗПР и/или ЗРР преобладают положительные стратегии взаимодействия со своими детьми, хотя некоторые родители могут использовать неадекватные подходы. В контрольной группе присутствуют некоторые нежелательные формы поведения родителей, такие как удерживание ребенка и проявление пугающего поведения.

Частота использования контакта и сотрудничества детьми при взаимодействии с матерями в ситуации одевания представлена в Таблицах 13,14,15 по группам №1, №2 и №3 соответственно.

**Таблица №13.** Частота использования контакта и сотрудничества детьми при взаимодействии с матерями для группы №1

| Контакт и сотрудничество ребенка со взрослым | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда  (% / n) | Редко  (% / n) | Часто  (% / n) | Всегда  (% / n) |
| Расслаблен, не напрягается, не принимает закрытую позу | 0%(0) | 14,3%(2) | 42,9%(6) | 42,9%(6) |
| Сам инициирует контакт со взрослым | 21,4%(3) | 50% (7) | 14,3%(2) | 14,3%(2) |
| Смотрит на взрослого и предметы, используемые в процессе переодевания | 7,1%(1) | 71,4%(10) | 21,4%(3) | 0%(0) |
| Инициирует совместную игру со взрослым | 85,7%(12) | 0%(0) | 14,3%(2) | 0%(0) |
| Сотрудничает и помогает | 14,3%(2) | 42,9%(6) | 42,9%(6) | 0%(0) |

Результаты исследования, проведенного в группе детей с установленным медицинским диагнозом, отражают особенности контакта и сотрудничества этих детей с взрослыми. Выводы, полученные из анализа данных, указывают на следующие особенности: Почти половина детей (42,9%) всегда или часто проявляют расслабленность, не напрягаясь и не принимая закрытую позу. В то же время, половина детей (50%) редко инициируют контакт со взрослым, но у 14,3% детей такой контакт частый или постоянный. Что касается визуального взаимодействия, 71,4% детей редко обращают взгляд на взрослого и предметы, используемые в процессе переодевания, в то время как 21,4% делают это часто, и только 7,1% детей никогда не обращают взгляд на указанные объекты. В отношении совместной игры с взрослым, 85,7% детей никогда не инициируют такую игру, в то время как 14,3% детей часто предлагают совместную активность. По вопросу сотрудничества и помощи, 42,9% детей редко или часто проявляют такое сотрудничество, но у 14,3% детей наблюдается полное отсутствие сотрудничества. Таким образом, данные результаты свидетельствуют о различных уровнях контакта и сотрудничества между детьми с установленным медицинским диагнозом и взрослыми.

**Таблица №14.** Частота использования контакта и сотрудничества детьми при взаимодействии с матерями для группы №2

| Контакт и сотрудничество ребенка со взрослым | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда  (% / n) | Редко  (% / n) | Часто  (% / n) | Всегда  (% / n) |
| Расслаблен, не напрягается, не принимает закрытую позу | 7,1%(1) | 7,1%(1) | 28,5%(4) | 57,1%(8) |
| Сам инициирует контакт со взрослым | 0%(0) | 42,9%(6) | 42,9%(6) | 14,3%(2) |
| Смотрит на взрослого и предметы, используемые в процессе переодевания | 14,3%(2) | 35,7%(5) | 35,7%(5) | 14,3%(2) |
| Инициирует совместную игру со взрослым | 42,9%(6) | 35,7%(5) | 14,3%(2) | 7,1%(1) |
| Сотрудничает и помогает | 7,1%(1) | 42,9%(6) | 42,9%(6) | 7,1%(1) |

В результате анализа группы детей с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР были получены следующие результаты. При рассмотрении уровня расслабленности и напряжения у детей, 57,1% всегда проявляют расслабленность, не напрягаясь и не принимая закрытую позу. У 28,5% детей такое поведение наблюдается часто, в то время как 7,1% детей редко или никогда не проявляют расслабленность. Что касается инициативы в установлении контакта с взрослыми, 42,9% детей часто сами инициируют контакт, так же часто это делает 14,3% детей, а 28,5% детей редко проявляют такую инициативу. Только 14,3% детей всегда инициируют контакт с взрослыми. В отношении визуального взаимодействия с взрослыми и предметами, используемыми в процессе переодевания, 14,3% детей всегда обращают взгляд на них, 35,7% детей часто это делают, так же часто это делают 14,3% детей, а 14,3% детей никогда не обращают взгляд на указанные объекты. Относительно совместной игры с взрослыми, 42,9% детей редко или никогда не инициируют такую игру, 35,7% детей редко это делают, а 14,3% детей часто инициируют совместную игру, и 7,1% детей всегда это делают. По вопросу сотрудничества и помощи родителям, 42,9% детей редко или часто сотрудничают и помогают, 7,1% детей никогда или всегда не проявляют такого сотрудничества.

**Таблица №15.** Частота использования контакта и сотрудничества детьми при взаимодействии с матерями для группы №3

| Контакт и сотрудничество ребенка со взрослым | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Никогда  (% / n) | Редко  (% / n) | Часто  (% / n) | Всегда  (% / n) |
| Расслаблен, не напрягается, не принимает закрытую позу | 0%(0) | 22,2%(2) | 55,6%(5) | 22,2%(2) |
| Сам инициирует контакт со взрослым | 11,1%(1) | 22,2%(2) | 55,6%(5) | 11,1%(1) |
| Смотрит на взрослого и предметы, используемые в процессе переодевания | 0%(0) | 44,4%(4) | 55,6%(5) | 0%(0) |
| Инициирует совместную игру со взрослым | 88,9%(8) | 11,1%(1) | 0%(0) | 0%(0) |
| Сотрудничает и помогает | 0%(0) | 44,4%(4) | 33,3%(3) | 22,2%(2) |

В контрольной группе детей с типичным развитием получены следующие результаты. 55,6% детей часто не напряжены в ситуации одевания, 22,2% всегда находятся в расслабленном состоянии, а у 22,2% расслабленное состояние в наблюдаемой ситуации было редким. Оценка инициативы детей в установлении контакта с взрослыми показала, что 11,1% детей всегда сами инициируют контакт, 55,6% детей часто проявляют такую инициативу, 22,2% детей редко инициируют контакт, а 11,1% детей никогда не проявляют такую инициативу. В отношении визуального взаимодействия со взрослыми и с предметами, используемыми в процессе переодевания, 55,6% детей часто обращают взгляд на них, в то время как 44,4% детей редко обращают взгляд на указанные объекты. Относительно совместной игры с взрослыми, 88,9% детей никогда не инициируют такую игру, а 11,1% детей редко проявляют инициативу в совместной игре. По вопросу сотрудничества и помощи, 22,2% детей всегда сотрудничают и помогают, 33,3% детей часто проявляют такую черту, а 44,4% детей редко оказывают помощь.

Таким образом, полученные результаты во всех трех группах говорят о том, что наблюдаются различные уровни расслабленности, инициативы в установлении контакта, визуального взаимодействия, совместной игры и сотрудничества.

## 3.3. Взаимосвязь суммарных показателей метода оценки взаимодействия матери и ребенка с социально-демографическими характеристиками и MEISR.

В этой части анализа данных мы рассмотрим результаты корреляционного анализа между суммарными показателями метода оценки взаимодействия матери и ребенка с: социально-демографическими характеристиками, опросником измерения вовлеченности, независимости и социальных отношений в ситуации одевания (MEISR)

### 3.3.1. Изучение взаимосвязи суммарных показателей метода оценки взаимодействия матери и ребенка в ситуации одевания у детей с социально-демографическими характеристиками

С целью выделения взаимосвязей между суммарными показателями метода оценки взаимодействия матери и ребенка в ситуации одевания у детей и социально-демографическими характеристиками матери и ребенка был проведен корреляционный анализ при помощи коэффициента Спирмена.

**Таблица №16.** Взаимосвязь суммарных показателей метода оценки взаимодействия матери и ребенка в ситуации одевания у детей с социально-демографическими характеристиками, группа №1

| **Название шкалы** | **Контакт** | | **Сотрудничество** | | **Общий балл + поведения** | | **Общий балл - поведения** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** |
| **Возраст** | ,136 | ,644 | ,375 | ,186 | ,331 | ,248 | **,409** | ,146 |
| **Пол** | **-,503** | ,066 | -,144 | ,624 | -,271 | ,349 | -,055 | ,852 |
| **Возраст матери** | ,188 | ,520 | -,056 | ,848 | ,011 | ,970 | -,147 | ,617 |
| **Образование** | ,207 | ,477 | ,138 | ,638 | ,173 | ,553 | ,353 | ,216 |
| **Работа** | ,107 | ,716 | -,124 | ,672 | ,054 | ,856 | ,000 | 1,000 |
| **Семейное положение** | ,025 | ,931 | -,381 | ,179 | -,204 | ,484 | -,285 | ,322 |
| **Доход** | -,108 | ,712 | ,065 | ,825 | ,022 | ,941 | ,266 | ,359 |
| **Жилье** | -,236 | ,416 | -,295 | ,306 | -,277 | ,338 | -,141 | ,631 |
| **Сиблинги** | ,180 | ,538 | -,018 | ,951 | ,036 | ,903 | -,220 | ,449 |

**\* - p<0,05**

**\*\* - p<0,01**

В группе детей с установленным медицинским диагнозом и их матерей были выявлены следующие взаимосвязи.

Наблюдались статистически значимые отрицательные взаимосвязи между полом ребенка и проявленным матерью контактом в процессе переодевания ребенка (r=-,503), а также положительные взаимосвязи между возрастом ребенка и общим отрицательным поведением.

**Таблица №17.** Взаимосвязь суммарных показателей метода оценки взаимодействия матери и ребенка в ситуации одевания у детей с социально-демографическими характеристиками, группа №2

| **Название шкалы** | **Контакт** | | **Сотрудничество** | | **Общий балл + поведения** | | **Общий балл - поведения** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** |
| **Возраст** | -,103 | ,726 | ,308 | ,284 | ,086 | ,769 | -,027 | ,928 |
| **Пол** | ,326 | ,256 | ,174 | ,553 | ,239 | ,411 | ,284 | ,325 |
| **Возраст матери** | **-569(\*)** | ,034 | **-,653(\*)** | ,011 | **-,662(\*\*)** | ,010 | **-,581(\*)** | ,029 |
| **Образование** | -,280 | ,332 | ,051 | ,863 | -,204 | ,485 | -,179 | ,539 |
| **Работа** | -,072 | ,807 | -,288 | ,318 | -,198 | ,497 | -,381 | ,179 |
| **Семейное положение** | - | - | - | ,- | - | - | - | - |
| **Доход** | ,000 | 1,000 | ,304 | ,291 | ,130 | ,657 | ,197 | ,500 |
| **Жилье** | ,255 | ,380 | **,586(\*)** | ,028 | ,509 | ,063 | ,256 | ,376 |
| **Сиблинги** | -,446 | ,110 | **-,669(\*\*)** | ,009 | **-,614(\*)** | ,020 | **-,599(\*)** | ,024 |

**\* - p<0,05**

**\*\* - p<0,01**

В группе детей с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР и их матерей были выявлены следующие взаимосвязи.

Наблюдались статистически значимые отрицательные взаимосвязи между возрастом матери и: проявленным матерью контактом в процессе переодевания ребенка (r=-,569, р<0,05); сотрудничеством (r=-,653, p<0,05); общим положительным поведением (r=-,662, p<0,01) а так же общим отрицательным поведением (r=-,581, p<0,05). Между наличием сиблингов и сотрудничеством (r=-,669, p<0,01), общим положительным поведением (r=-,614, р<0,05) и общим отрицательным поведением (r=-,599, р<0,05) также обнаружились отрицательные взаимосвязи.

**Таблица №18.** Взаимосвязь суммарных показателей метода оценки взаимодействия матери и ребенка в ситуации одевания у детей с социально-демографическими характеристиками, группа №3

| **Название шкалы** | **Контакт** | | **Сотрудничество** | | **Общий балл + поведения** | | **Общий балл - поведения** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** |
| **Возраст** | ,289 | ,450 | ,187 | ,630 | ,186 | ,631 | ,260 | ,500 |
| **Пол** | ,275 | ,474 | ,138 | ,724 | ,137 | ,725 | ,140 | ,720 |
| **Возраст матери** | ,263 | ,495 | ,220 | ,569 | ,219 | ,571 | ,151 | ,698 |
| **Образование** | – | – | – | – | – | – | – | – |
| **Работа** | -,367 | ,332 | -,458 | ,215 | -,456 | ,217 | ,047 | ,905 |
| **Семейное положение** | – | – | – | – | – | – | – |  |
| **Доход** | **,688(\*)** | ,041 | **,825 (\*\*)** | ,006 | **,822(\*\*)** | ,007 | ,187 | ,631 |
| **Жилье** | – | – | – | – | – | – | – | – |
| **Сиблинги** | ,275 | ,474 | ,138 | ,724 | ,137 | ,725 | ,140 | ,720 |

**\* - p<0,05**

**\*\* - p<0,01**

В группе типично развивающихся детей и их матерей были выявлены следующие взаимосвязи.

Наблюдались статистически значимые положительные взаимосвязи между доходом и: проявленным матерью контактом в процессе переодевания ребенка (r=,688\*, p<0,05); сотрудничеством (r=,825\*\*, p<0,01); общим положительным поведением (r=,822\*\*, p<0,01).

### 3.3.2. Взаимосвязь суммарных показателей метода оценки взаимодействия матери и ребенка в ситуации одевания у детей с MEISR.

**Таблица №19.** Значения корреляционного анализа между навыками самообслуживания детей с установленным диагнозом и качеством материнского взаимодействия в процессе одевания , группа №1

| **Название шкалы** | **Контакт** | | **Сотрудничество** | | **Общий балл + поведения** | | **Общий балл - поведения** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** |
| **Рассматривает свои ручки** | **-,678(\*\*)** | ,008 | **-757(\*\*)** | ,002 | **-,788(\*\*)** | ,001 | **-,576(\*)** | ,031 |
| **Указывает части тела на себе, когда его спрашивают** | ,118 | ,687 | -,020 | ,947 | ,079 | ,788 | **,603(\*)** | ,022 |
| **Понимает название предметов одежды** | ,163 | ,577 | ,299 | ,299 | ,282 | ,329 | **,656(\*)** | ,011 |
| **Использует жесты или слова, называя части одежды** | ,436 | ,120 | ,204 | ,483 | ,369 | ,194 | **,735(\*\*)** | ,003 |
| **Использует жесты или слова для более чем 6 частей тела** | ,446 | ,110 | ,376 | ,185 | ,414 | ,141 | **,617(\*)** | ,019 |
| **Выполняет сложные задачи (например, одевание обуви, одежды)** | ,215 | ,459 | ,364 | ,200 | ,309 | ,283 | **,694(\*\*)** | ,006 |

**\* - p<0,05**

**\*\* - p<0,01**

В группе детей с установленным медицинским диагнозом наблюдались наблюдались статистически значимые отрицательные взаимосвязи между шкалой “Рассматривает свои ручки” и проявленным матерью контактом в процессе переодевания ребенка(r=-,678\*\*, p<0,01), сотрудничеством (r=-,757, p<0,01), общим баллом положительного поведения матери (r=-,788, p<0,01) и общим баллом отрицательного поведения (r=-,576, p<0,05). А также положительные взаимосвязи между общим баллом негативного поведения и такими шкалами как: “указывает части тела на себе, когда его спрашивают” (r=-,603, p<0,05), “понимает название предметов одежды” (r=-,656, p<0,05), “использует жесты или слова, называя части одежды” (r=-,735, p<0,01), “использует жесты или слова для более чем 6 частей тела” (r=-,617, p<0,05), “выполняет сложные задачи (например, одевание обуви, одежды)” (r=-,694, p<0,01)

Результаты указывают на необходимость уделения внимания развитию навыков самообслуживания и понимания предметов одежды, особенно у детей, чьи матери демонстрируют негативное поведение.

**Таблица №20.** Значения корреляционного анализа между навыками самообслуживания детей с установленным диагнозом и качеством материнского взаимодействия в процессе одевания , группа №2

| **Название шкалы** | **Контакт** | | **Сотрудничество** | | **Общий балл + поведения** | | **Общий балл - поведения** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** |
| **Указывает части тела на себе, когда его спрашивают** | ,518 | ,058 | **,861(\*\*)** | ,000 | **,732(\*\*)** | ,003 | **,694(\*\*)** | ,006 |
| **Понимает название предметов одежды** | ,486 | ,078 | **,638(\*)** | ,014 | **,620(\*)** | ,018 | **,633(\*)** | ,015 |
| **Показывает, что хочет надеть** | ,499 | ,070 | **,786(\*\*)** | ,001 | **,699(\*\*)** | ,005 | ,523 | ,055 |
| **Использует жесты или слова, называя части одежды** | ,538(\*) | ,047 | **,702(\*\*)** | ,005 | **,714(\*\*)** | ,004 | ,590(\*) | ,026 |
| **Использует жесты или слова для 1-6 частей тела** | ,537(\*) | ,048 | **,853(\*\*)** | ,000 | **,760(\*\*)** | ,002 | **,627(\*)** | ,016 |
| **Использует жесты или слова для более чем 6 частей тела** | **,620(\*)** | ,018 | **,723(\*\*)** | ,004 | **,763(\*\*)** | ,002 | **,666(\*\*)** | ,009 |
| **Выполняет сложные задачи (например, одевание обуви, одежды)** | ,358 | ,209 | **,806(\*\*)** | ,000 | **,638(\*)** | ,014 | ,502 | ,068 |
| **Активно помогает одевать себя** | ,483 | ,080 | **,607(\*)** | ,021 | **,641(\*)** | ,013 | ,567(\*) | ,034 |
| **Следует просьбам и указаниям взрослого относительно одевания** | ,349 | ,221 | **,600(\*)** | ,023 | ,480 | ,082 | ,480 | ,083 |

**\* - p<0,05**

**\*\* - p<0,01**

В группе детей с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР обнаружены статистически значимые положительные взаимосвязи между сотрудничеством и такими шкалами как: “указывает части тела на себе, когда его спрашивают” (r=,861\*\*, p<0,01), “понимает название предметов одежды” (r=,638\*, p<0,05), “показывает, что хочет надеть” (r=,786\*\*, p<0,01), “использует жесты или слова называя части одежды” (r=,702\*\*, p<0,01), “использует жесты или слова для 1- 6 частей тела” (r=,853\*\*, p<0,01), “использует жесты или слова для более чем 6 частей тела” (r=,723\*\*, p<0,01), “выполняет сложные задачи (например, одевание обуви, одежды) (r=,806\*\*, p<0,01), “активно помогает одевать себя (r=,607\*, p<0,05), “следует просьбам и указаниям взрослого относительно одевания” (r=,600\*, p<0,05). Также показали положительные взаимосвязи общий положительный балл поведения и следующие шкалы:“указывает части тела на себе, когда его спрашивают” (r=, 732\*\*, p<0,01), “понимает название предметов одежды” (r=,620\*, p<0,05), “показывает, что хочет надеть” (r=,699\*\*, p<0,01), “использует жесты или слова называя части одежды” (r=,714\*\*, p<0,01), “использует жесты или слова для 1-6 частей тела” (r=,760\*\*, p<0,01), “использует жесты или слова для более чем 6 частей тела” (r=,763\*\*, p<0,01), “выполняет сложные задачи (например, одевание обуви, одежды) (r=,638\*\*, p<0,01), “активно помогает одевать себя (r=,641\*, p<0,05). Проявляемый матерью контакт в процессе переодевания и шкала “использует жесты или слова для более чем 6 частей тела” (r=,620\*, p<0,05) показали статистическую взаимосвязь. Она же была обнаружена между общим негативным поведением и такими шкалами как “указывает части тела на себе, когда его спрашивают” (r=, 694\*\*, p<0,01), “понимает название предметов одежды” (r=,633\*, p<0,05), “использует жесты или слова для 1-6 частей тела” (r=,627\*, p<0,05), “использует жесты или слова для более чем 6 частей тела” (r=,666\*\*, p<0,01).

Все эти взаимосвязи являются статистически значимыми и показывают положительное влияние сотрудничества на развитие указанных навыков и поведенческих характеристик у детей. Это указывает на то, что активное взаимодействие матери с ребенком во время переодевания способствует развитию его коммуникативных навыков и использованию жестов или слов для указания на различные части тела. В то же время, это может указывать на то, что некоторые аспекты негативного поведения связаны с ограниченным развитием коммуникативных навыков и понимания предметов одежды.

**Таблица №21.** Значения корреляционного анализа между навыками самообслуживания детей с установленным диагнозом и качеством материнского взаимодействия в процессе одевания , группа №3

| **Название шкалы** | **Контакт** | | **Сотрудничество** | | **Общий балл + поведения** | | **Общий балл - поведения** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** | **r** | **p** |
| **Помогает одеванию, протягивая руки и ноги в рукава и штанины** | **-,550** | ,125 | **-,550** | ,125 | **-,548** | ,127 | -,490 | ,181 |
| **Указывает части тела на себе, когда его спрашивают** | ,413 | ,270 | ,367 | ,332 | ,365 | ,334 | **,606** | ,084 |
| **Показывает что хочет надеть** | **,761(\*)** | ,017 | **,855(\*\*)** | ,003 | **,851(\*\*)** | ,004 | ,258 | ,502 |
| **Расстегивает застежки (молнии, липучки, пуговицы)** | **-,696(\*)** | ,037 | **-,783(\*)** | ,013 | **-,779(\*)** | ,013 | ,442 | ,233 |
| **Использует жесты или слова, называя части одежды** | **,680(\*)** | ,044 | **,698(\*)** | ,037 | **,695(\*)** | ,038 | ,387 | ,304 |
| **Использует жесты или слова для 1-6 частей тела** | **,872(\*\*)** | ,002 | **,850(\*\*)** | ,004 | **,846(\*\*)** | ,004 | ,601 | .087 |
| **Использует жесты или слова для более чем 6 частей тела** | **,698(\*)** | ,037 | **,751(\*)** | ,020 | **,748(\*)** | ,020 | ,387 | ,304 |

**\* - p<0,05**

**\*\* - p<0,01**

В группе типично развивающихся детей наблюдались статистически значимые положительные взаимосвязи между шкалой “Показывает что хочет надеть” и проявленным матерью контактом в процессе переодевания ребенка(r=,761\*, p<0,05), сотрудничеством (r=,855, p<0,01), общим баллом положительного поведения матери (r=,851, p<0,01); шкалой “использует жесты или слова для 1-6 частей тела” и проявленным матерью контактом в рутинном процессе ((r=,872, p<0,01), сотрудничеством (r=,850, p<0,01), общим положительным баллом (r=,846, p<0,01); шкалой “использует жесты или слова для более чем 6 частей тела и контактом со стороны матери в процессе переодевания (r=,698, p<0,05), сотрудничеством (r=,751, p<0,05), общим положительным баллом (r=,748, p<0,05); шкалой” указывает части тела на себе, когда его спрашивают” и общим негативным поведением (r=,606, p=,084).

Были выявлены статистически отрицательные взаимосвязи между шкалой “Помогает одеванию, протягивая руки и ноги в рукава и штанины” и проявленным матерью контактом (r=-,550, p=,125), сотрудничеством (r=-,550, p=,125), общим баллом положительного поведения(r=-,548, p=,127);а также значимые отрицательные взаимосвязи между шкалой “Расстегивает застежки (молнии,липучки, пуговицы) и проявленным матерью контактом (r=-,696, p<0,05), сотрудничеством (r=-,783, p<0,05), общим положительным баллом (r=-,779, p<0,05)

Результаты указывают на то, что проявления матерей, такие как контакт, сотрудничество и положительное поведение, могут быть связаны с развитием у детей определенных навыков и наблюдаемыми поведенческими характеристиками.

## 3.4. Сравнительный анализ показателей вовлеченности, независимости и социальных отношений (MEISR) в процессе одевания у детей из групп 1, 2 и 3.

На данном этапе мы представим сравнение навыков самообслуживания у детей в трех группах. Для выявления шкал, по которым могут быть различия мы первоначально провели критерий Краскела-Уоллиса (ранговый аналог однофакторного дисперсионного анализа ANOVA), согласно результатам которого мы выявили различия в показателях по навыкам MEISR. И на следующем этапе мы провели парное сравнение между группами 1 (дети с установленным медицинским диагнозом) и 3 (дети с типичным развитием) по критериям Манна Уитни. Дети из групп 1 и 3 не различаются по возрасту. Значимые результаты представлены в таблице 22.

**Таблица №22** Средние значения показателей развития навыков одевания уровни значимости различий для детей из групп 1 и 3

| Шкалы MEISR, № | Mean Rank | | Mann-Whitney U | Wilcoxon W | Z | Exact Sig. [2\*(1-tailed Sig.)] |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа № 1 | Группа №3 |
| MEISR 6 Отвечает на просьбу “иди ко мне”; | 9,75 | 15,50 | 31,500 | 136,500 | -2,448 | -,046(a) |
| MEISR 9 Указывает части тела на себе, когда его спрашивают | 8,79 | 17,00 | 18,000 | 123,000 | -3,150 | ,003(a) |
| MEISR 11 Понимает название предметов одежды | 9,75 | 15,50 | 31,500 | 136,500 | -2,155 | ,046(a) |
| MEISR 16 Использует жесты или слова пока одевается | 9,89 | 15,28 | 33,500 | 138,500 | -2,011 | ,062(a) |
| MEISR 18 Использует жесты или слова для 1-6 частей тела | 9,96 | 15,17 | 34,500 | 139,500 | -2,065 | ,072(a) |
| MEISR 19 Использует жесты или слова для более чем 6 частей тела | 10,11 | 14,94 | 36,500 | 141,500 | -2,059 | ,096(a) |
| MEISR 24 Надевает некоторую одежду самостоятельно | 10,07 | 15,00 | 36,000 | 141,000 | -1,968 | ,096(a) |
| MEISR 28 Надевает обувь | 9,86 | 15,33 | 33,000 | 138,000 | -2,206 | ,062(a) |

Согласно полученным данным типично развивающиеся дети значительно чаще: отвечают на просьбу “иди ко мне” по сравнению с детьми с установленным медицинским диагнозом (р=,046); указывают части тела на себе, когда их спрашивают(р=,003); понимают название предметов одежды (р=,046); используют жесты или слова пока одеваются (р=,062); используют жесты или слова для 1-6 частей тела (р=,072) или более чем 6 частей тела (р=,096); надевают некоторую одежду самостоятельно (р=,096); надевают обувь (р=,062).

Критерий Краскела-Уоллиса позволил выявить статистически значимые различия между типично развивающимися детьми и детьми с установленным медицинским диагнозом в отношении нескольких навыков и поведений. Различия между группами могут быть обоснованы особенностями развития и функционирования мозга у детей с установленным медицинским диагнозом, поскольку некоторые навыки и поведения могут быть связаны с более эффективной работой определенных областей мозга у типично развивающихся детей. Дети с медицинским диагнозом могут иметь особенности или ограничения, связанные с их заболеванием или состоянием.Эти факторы могут влиять на развитие некоторых навыков и поведения, что может быть отражено в полученных результатах.Различия между группами могут быть связаны с различными социальными и окружающими факторами. Типично развивающиеся дети могут иметь больше возможностей для общения, обучения и развития социальных навыков, что может отразиться на их ответах и поведении в исследуемых ситуациях.

## 3.5. Сравнительный анализ характеристик взаимодействия матерей и детей Группы 1 (дети с установленным медицинским диагнозом), Группы 2 (дети с ЗПР и/или ЗРР) и Группы 3 (типично развивающиеся дети).

На данном этапе мы сравнили характеристики взаимодействия с применением критерия Краскела Уоллиса (Kruskal-Wallis Test). Было обнаружено различие в трех группах по одному параметру поведения матерей – “Выбирает соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу” на уровне тенденции (р=,067), а также по поведению детей - “Инициирует совместную игру со взрослым” (р=,027).

Обратимся к результатам парных сравнений. Критерий Манна Уитни выявил еще одно различие. Оказалось, что матери детей с установленным медицинским диагнозом смотрят на лицо своих детей в процессе переодевания значимо чаще, чем матери типично развивающихся детей (р=,046) и выбирают соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу для проявления активности и участия ребенка в процессе одевания (р=,039), и матери детей с диагнозом ЗПР и/или ЗРР также чаще матерей типично развивающихся детей выбирают более удобную позу для проявления детьми самостоятельности (р=,062). Дети с ЗПР и/или ЗРР чаще типично развивающихся детей инициируют совместную игру с матерями (р=,053), что, возможно, может быть связано как с более старшим возрастом детей с ЗПР и/ или ЗРР, так и с опытом посещения развивающих групп в центрах ранней помощи, где специалисты поддерживают проявления игровой инициативы детей, а родители могут расширять свой репертуар отклика на проявления совместной игры и коммуникации детей и обогащать их опыт. При сравнении детей Группы 1 и Группы 2 выявлены различия на уровне тенденции: дети с ЗПР и/или ЗРР чаще детей с установленным медицинским диагнозом инициируют игру со взрослым (р=,085), и суммарные показатели направленности на взаимодействие, активность и участия детей выше у детей с ЗПР и/или ЗРР по сравнению с детьми Группы 1 (р=.094).

## 3.6 Факторный анализ показателей взаимодействия в парах матерей и детей с ОВЗ и матерей и типично развивающихся детей.

Так как парные сравнения характеристик взаимодействия между группами показали незначительные результаты, был проведен факторный анализ по всей выборке матерей и детей. В таблице №23 представлены результаты выявленных связей между показателями взаимодействия со стороны матерей.

| **Таблица №23. Факторный анализ показателей взаимодействия со стороны матерей.** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Раздел** | **Шкала** | **Component** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **Контакт и с ребенком +** | **Смотрит на лицо ребенка** | ,825 |  |  |  |
| **Называет то, что делает ребенок, в том числе, куда он смотрит** | ,450 |  |  | ,647 |
| **Изменяет свое поведение в связи с сигналами приглашения и отказа ребенка** | ,816 |  |  |  |
| **Следует за инициативой ребенка** | ,668 |  |  |  |
| **Проявляет радость и удовольствие** | ,706 |  |  |  |
| **Эмоционально подстраивается к чувствам и состоянию ребенка** | ,802 |  |  |  |
| **Бережно обращается с телом ребенка** |  | ,814 |  |  |
| **Сотрудничество с ребенком +** | **Предупреждает о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка** |  |  |  | ,764 |
| **Показывает предмет одежды и-или ухода перед началом действия с ним** |  |  | ,642 |  |
| **Предлагает выбор** |  |  | ,836 |  |
| **Взрослый держит паузу после обращения, просьбы, ждет** | ,494 |  | ,533 |  |
| **Выбирает соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу** | ,629 |  | ,472 |  |
| **Приглашает ребенка к участию в процессе переодевания** | ,363 |  | ,491 | ,543 |
| **Негативные поведения -** | **Использует пугающее и вмешивающееся поведение\*(АВС)** |  | -,752 |  |  |
| **Отвлекает ребенка от процесса одевания показывая игрушки, переключая внимание, предлагая игру** |  |  |  | -,513 |
| **Удерживает, действует с телом, конечностями ребенка, преодолевая его сопротивление** | -,429 | -,721 |  |  |
| **В ответ на проявление ребенком дискомфорта, раздражения отвлекает** |  | -,854 |  |  |
| **Оставляет БЕЗ ответа вокализации и инициативы ребенка** | -,544 | -,533 |  |  |

Согласно полученным результатам были выявлены следующие факторы:

1. Фактор 1. Чувствительное поведение.

Данный фактор объединил следующие характеристики поведения матерей: смотрит на лицо ребенка; называет то, что делает ребенок, в том числе, куда он смотрит; изменяет свое поведение в связи с сигналами приглашения и отказа ребенка; следует за инициативой ребенка; проявляет радость и удовольствие; эмоционально подстраивается к чувствам и состоянию ребенка; бережно обращается с телом ребенка; выбирает соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу; не оставляет без ответа вокализации и инициативы ребенка.

1. Фактор 2. Отсутствие негативного поведения со стороны матери.

Фактор объединил следующие поведения матерей: бережно обращается с телом ребенка; не использует пугающее и вмешивающееся поведение\*(АВС); не удерживает, не действует с телом, конечностями ребенка, преодолевая его сопротивление; в ответ на проявление ребенком дискомфорта, раздражения не отвлекает; не оставляет без ответ вокализации и инициативы ребенка.

1. Фактор 3. Приглашающее к сотрудничеству поведение.

В третьем факторе объединились такие характеристики поведения как: показывает предмет одежды и/или ухода перед началом действия с ним; предлагает выбор; взрослый держит паузу после обращения, просьбы, ждет; выбирает соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу; приглашает ребенка к участию в процессе переодевания.

1. Фактор 4. Вербальное обращение к ребенку (поддержка внимания ребенка, организация внимания)

Объединил следующие характеристики: называет то, что делает ребенок, в том числе, куда он смотрит; предупреждает о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка; приглашает ребенка к участию в процессе переодевания; не отвлекает ребенка от процесса одевания показывая игрушки, переключая внимание, предлагая игру.

В таблице 24 представлен факторный анализ для поведения детей в ситуации взаимодействия. Все показатели объединились в один фактор, которым можно назвать готовностью к контакту и сотрудничеству со взрослым. Все поведения в шкале, описывающей взаимодействие со стороны ребенка, его активность и участие в ситуации одевания, объединились в один фактор, которые можно назвать направленностью на самостоятельную активность, контакт и сотрудничество, или, как в МКФ – активность и участие.

| **Таблица №24.** Результаты факторного анализа поведения детей в ситуации взаимодействия. | |
| --- | --- |
|  | **Component** |
| **1** |
| **Расслаблен, не напрягается, не принимает закрытую позу** | ,527 |
| **Сам инициирует контакт со взрослым** | ,837 |
| **Смотрит на взрослого и предметы, используемые в процессе переодевания** | ,811 |
| **Инициирует совместную игру со взрослым** | ,787 |
| **Сотрудничает** | ,734 |

## 3.7. Факторный анализ показателей навыков самообслуживания у детей с ОВЗ и типично развивающихся детей.

Так как глубокое изучение навыков самообслуживания не является целью настоящей работы, мы коротко остановимся на описании тех факторов, которые впоследствии обнаружили различия между группами. Результаты факторного анализа отображены в таблице 25

Таблица №25 Результаты факторного анализа показателей навыков самообслуживания

| **Шкала MEISR** | **Component** | |
| --- | --- | --- |
| **3** | **4** |
| **MEISR 8 Помогает одеванию, протягивая руки и ноги в рукава и штанины** |  | ,472 |
| **MEISR 9 Указывает части тела на себе, когда его спрашивают** | ,760 |  |
| **MEISR 10 Снимает части одежды** |  | ,798 |
| **MEISR 11 Понимает название предметов одежды** | ,721 |  |
| **MEISR 12 Узнает себя в зеркале** | ,873 |  |
| **MEISR 13 Показывает, что хочет надеть** | ,631 | ,431 |
| **MEISR 14 Расстегивает застежки (молнии, липучки, пуговицы)** |  | ,537 |
| **MEISR 15 Помогает раздевать себя** |  | ,842 |
| **MEISR 18 Использует жесты или слова для 1-6 частей тела** | ,380 |  |
| **MEISR 21 Активно помогает одевать себя** |  | ,578 |
| **MEISR 22 Застегивает молнии, кнопки, пуговицы** |  | ,377 |
| **MEISR 23 Надевает куртку с помощью** |  | ,477 |
| **MEISR 24 Надевает некоторую одежду самостоятельно** |  | ,544 |
| **MEISR 27 Надевает носки** | ,404 | ,361 |
| **MEISR 28 Надевает обувь** | ,373 |  |

Согласно полученным результатам были выявлены следующие факторы:

1. Фактор 3. Самостоятельное поведение уровень 2.

Фактор объединил в себе такие шкалы MEISR как: Указывает части тела на себе, когда его спрашивают; понимает название предметов одежды; узнает себя в зеркале; показывает, что хочет надеть; использует жесты или слова для 1-6 частей тела; надевает носки; надевает обувь

1. Фактор 4. Самостоятельное поведение уровень 1.

Четвертый фактор включил в себя следующие шкалы MEISR: помогает одеванию,протягивая руки и ноги в рукава и штанины; снимает части одежды; показывает, что хочет надеть; расстегивает застежки (молнии, липучки, пуговицы); помогает раздевать себя; активно помогает одевать себя; застегивает молнии, кнопки, пуговицы; надевает куртку с помощью; надевает некоторую одежду самостоятельно; надевает носки.

## 3.8 Сравнение факторов между группами мам и детей с ОВЗ (Группы 1 и 2) и контрольной группой мам и детей с типичным развитием (Группа 3)

В этой части анализа данных мы сравнили факторы (переменные, полученные в результате факторного анализа) между тремя группами участников исследования с помощью критерия Манна Уитни. В таблице 26 приведено сравнение между парами с детьми с установленным медицинским диагнозом (Группа 1) и контрольной группой матерей и детей; парами с детьми с ЗПР/ЗРР (Группа 2) и контрольной группой матерей и детей (Группой 3). Приводим различия и тенденции к различиям по факторам, полученным по результатам оценки навыков самообслуживания (MEISR), и факторам, полученным по шкале оценки взаимодействия..

**Таблица №26** Сравнительный анализ факторов самостоятельное поведение уровень 1 и уровень 2 между группами №1,№2,№3.

| **Фактор** | **Mean Rank** | **Mean**  **Rank** | **Asymp. Sig. (2-tailed)** | **Exact Sig. [2\*(1-tailed Sig.)]** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Группа 1** | **Группа 3** |  |  |
| **Самостоятельное поведение уровень 2** | 9,43 | 16,00 | ,023 | ,023(a) |
| **Чувствительное поведение матери** | 14,00 | 8,89 | ,078 | ,083(a) |
|  | **Группа 2** | **Группа 3** |  |  |
| **Самостоятельное поведение уровень 2** | 9,93 | 15,22 | ,068 | ,072(a) |
| **Самостоятельное поведение уровень 1** | 13,93 | 9.00 | ,089 | ,096(a) |
| **Вербальное обращение к ребенку (поддержка внимания ребенка)** | 10,07 | 15,00 | ,089 | ,096(a) |

Результаты не показывают существенных различий. В области навыков самообслуживания выявлены значимые различия по группе навыков детей, которые мы назвали самостоятельное поведение уровень 2(фактор 3) (р= 023), то есть дети с установленным медицинским диагнозом значимо реже проявляют такие навыки, как помогает одеванию,протягивая руки и ноги в рукава и штанины; снимает части одежды; показывает, что хочет надеть; расстегивает застежки (молнии, липучки, пуговицы); помогает раздевать себя; активно помогает одевать себя; застегивает молнии, кнопки, пуговицы; надевает куртку с помощью; надевает некоторую одежду самостоятельно; надевает носки по сравнению с детьми типично развивающимися.

Обратимся к различию в области взаимодействия матерей и детей. Оказалось, что поведения, объединившиеся в фактор «Чувствительное поведение матери» проявляются значимо чаще у матерей детей с установленным медицинским диагнозом по сравнению с матерями типично развивающихся детей (на уровне тенденции р=083). А фактор «Вербальное обращение» более выражен у матерей типично развивающихся детей по сравнению с матерями детей с ЗПР/ЗРР.

## 3.9. Кластерный анализ

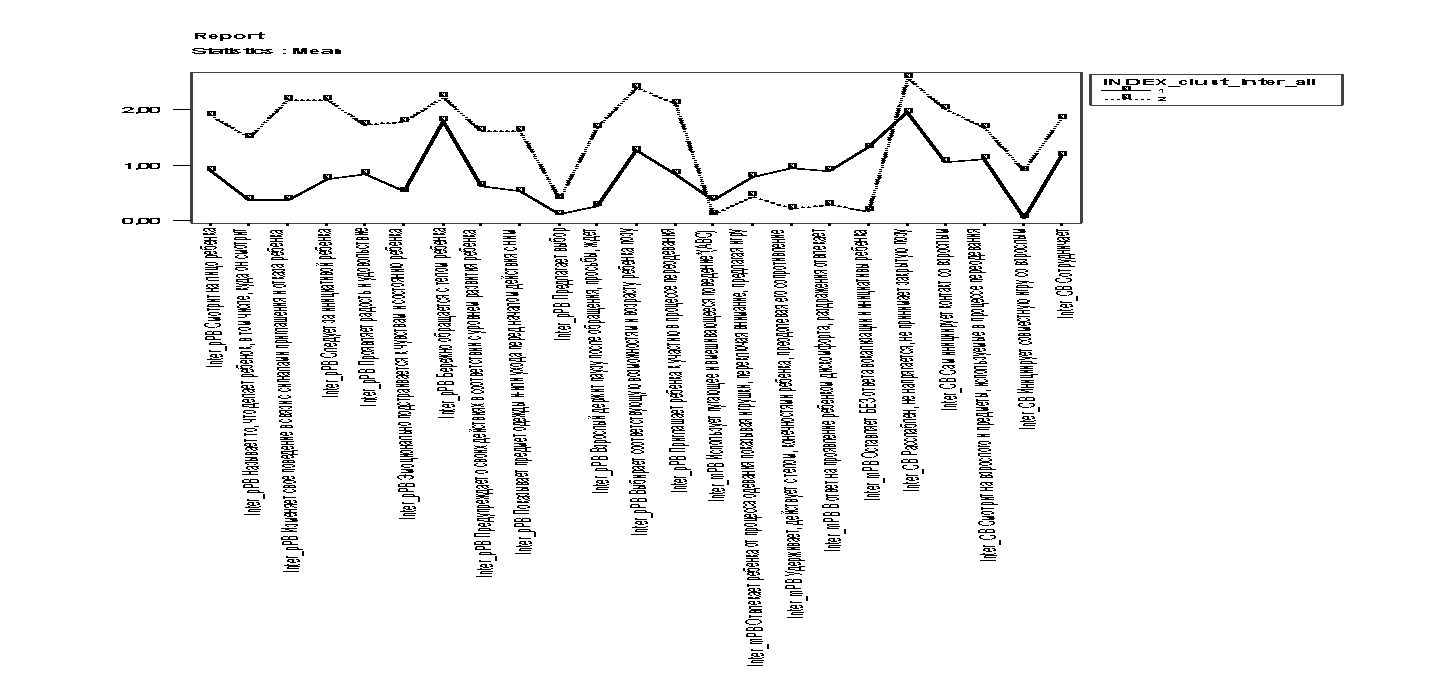
Цель и дизайн настоящего исследования планировался как сравнение групп 1, 2 и 3 меду собой, чтобы выявить особенности взаимодействия в парах матерей и детей с ОВЗ (с установленным медицинским диагнозом и с ЗПР/ЗРР). Сравнение средних значений и сравнение факторов не привели к выразительным результатам, первоначальные гипотезы, основанные на имеющихся литературных данных, не подтвердились. Тем не менее, оказалось важным продолжить изучение характеристик взаимодействия, для чего нами был применен иерархический кластерный анализ, метод Уорда (Ward’s Method). Каждое наблюдение (совокупность признаков для конкретного респондента) считается отдельным кластером, а ближайшие по расстоянию друг от друга кластеры объединяются последовательно в более крупные кластеры, которые объединяются. В нашем исследовании для агломерации применен метод between-groups linkage – связь между группами. Также применено правило Уорда (Варда), направленное на объединение близко расположенных кластеров.

Данные всех респондентов разделились на 2 практически равные группы (2 кластера) по характеристикам взаимодействия матерей с детьми. В таблице 27 приведены порядковые номера, пол, возраст и группа (по диагнозу) детей, а также кластер. Согласно сведениям по ID детей, закономерности (в том числе, какую службу посещают семьи), отсутствуют.

**Таблица № 27** Порядковые номера, пол, возраст и группа детей.

|  |  | **Number** | **Возраст (мес)** | **Пол** | **Диагноз** | **INDEX\_clust\_Inter\_all** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | | 29 | 21 | девочка | нет | **1** |
| **2** | | 30 | 21 | девочка | нет | **1** |
| **3** | | 32 | 18 | девочка | нет | **1** |
| **4** | | 34 | 15 | девочка | нет | **1** |
| **5** | | 37 | 16 | мальчик | нет | **1** |
| **6** | | 31 | 20 | девочка | нет | **2** |
| **7** | | 33 | 27 | девочка | нет | **2** |
| **8** | | 35 | 21 | девочка | нет | **2** |
| **9** | | 36 | 29 | девочка | нет | **2** |
| **10** | | 8 | 17 | девочка | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **1** |
| **11** | | 9 | 15 | девочка | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **1** |
| **12** | | 12 | 12 | мальчик | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **1** |
| **13** | | 17 | 30 | девочка | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **1** |
| **14** | | 21 | 23 | мальчик | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **1** |
| **15** | | 23 | 35 | мальчик | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **1** |
| **16** | | 25 | 21 | девочка | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **1** |
| **17** | | 6 | 26 | мальчик | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **2** |
| **18** | | 7 | 30 | мальчик | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **2** |
| **19** | | 10 | 29 | девочка | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **2** |
| **20** | | 20 | 15 | мальчик | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **2** |
| **21** | | 22 | 30 | мальчик | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **2** |
| **22** | | 26 | 44 | мальчик | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **2** |
| **23** | | 28 | 29 | девочка | генетич, РАС, ДЦП, и т.д. | **2** |
| **24** | | 5 | 42 | девочка | зпр,зрр | **1** |
| **25** | | 11 | 24 | мальчик | зпр,зрр | **1** |
| **26** | | 13 | 13 | мальчик | зпр,зрр | **1** |
| **27** | | 14 | 39 | мальчик | зпр,зрр | **1** |
| **28** | | 15 | 39 | мальчик | зпр,зрр | **1** |
| **29** | | 24 | 22 | мальчик | зпр,зрр | **1** |
| **30** | | 27 | 34 | мальчик | зпр,зрр | **1** |
| **31** | | 1 | 45 | девочка | зпр,зрр | **2** |
| **32** | | 2 | 19 | мальчик | зпр,зрр | **2** |
| **33** | | 3 | 36 | мальчик | зпр,зрр | **2** |
| **34** | | 4 | 34 | мальчик | зпр,зрр | **2** |
| **35** | | 16 | 35 | мальчик | зпр,зрр | **2** |
| **36** | | 18 | 19 | девочка | зпр,зрр | **2** |
| **37** | | 19 | 20 | мальчик | зпр,зрр | **2** |
| **Total** | **N** | 37 | 37 | 37 | 37 | 37 |

На рисунке представлено графическое распределение показателей всех респондентов на 2 кластера (2 группы)



На следующем этапе было проведено сравнение средних значений между группами респондентов, объединившимися в группу «Кластер 1» и группу «Кластер 2» по показателям взаимодействия матерей и детей.

| **Таблица №28** Средние значения, стандартные отклонения и уровни значимости различий показателей взаимодействия для матерей и детей, объединенных в разные группы (кластер 1 и кластер 2). | | |  | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Кластер 1 n19** | | **Кластер 2 n18** | | **F** | **df1** | **df2** | **Sig.** |
| **Mean** | **Std. Deviation** | **Mean** | **Std. Deviation** |
| **Смотрит на лицо ребенка** | ,89 | ,809 | 1,89 | ,471 | 20,539 | 1 | 35 | **,000** |
| **Называет то, что делает ребенок, в том числе, куда он смотрит** | ,37 | ,496 | 1,50 | ,707 | 32,060 | 1 | 35 | **,000** |
| **Изменяет свое поведение в связи с сигналами приглашения и отказа ребенка** | ,37 | ,496 | 2,17 | ,514 | 117,267 | 1 | 35 | **,000** |
| **Следует за инициативой ребенка** | ,74 | ,653 | 2,17 | ,786 | 36,372 | 1 | 35 | **,000** |
| **Проявляет радость и удовольствие** | ,84 | ,765 | 1,72 | ,669 | 13,816 | 1 | 35 | **,001** |
| **Эмоционально подстраивается к чувствам и состоянию ребенка** | ,53 | ,513 | 1,78 | ,808 | 31,971 | 1 | 35 | **,000** |
| **Бережно обращается с телом ребенка** | 1,79 | ,631 | 2,22 | ,732 | 3,724 | 1 | 35 | **,062** |
| **Предупреждает о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка** | ,63 | ,597 | 1,61 | ,979 | 13,675 | 1 | 35 | **,001** |
| **Показывает предмет одежды и-или ухода перед началом действия с ним** | ,53 | ,772 | 1,61 | 1,037 | 13,121 | 1 | 35 | **,001** |
| **Предлагает выбор** | ,11 | ,315 | ,39 | ,698 | 2,585 | 1 | 35 | ,117 |
| **Взрослый держит паузу после обращения, просьбы, ждет** | ,26 | ,452 | 1,67 | ,907 | 36,036 | 1 | 35 | **,000** |
| **Выбирает соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу** | 1,26 | ,872 | 2,39 | ,698 | 18,668 | 1 | 35 | **,000** |
| **Приглашает ребенка к участию в процессе переодевания** | ,84 | ,688 | 2,11 | ,758 | 28,462 | 1 | 35 | **,000** |
| **Контакт** | 5,47 | 1,504 | 13,44 | 2,479 | 141,573 | 1 | 35 | **,000** |
| **Сотрудничество** | 3,63 | 2,543 | 9,78 | 3,246 | 41,352 | 1 | 35 | **,000** |
| **Использует пугающее и вмешивающееся поведение\*(АВС)** | ,37 | ,761 | ,11 | ,323 | 1,756 | 1 | 35 | ,194 |
| **Отвлекает ребенка от процесса одевания показывая игрушки, переключая внимание, предлагая игру** | ,79 | 1,134 | ,44 | ,511 | 1,395 | 1 | 35 | ,245 |
| **Удерживает, действует с телом, конечностями ребенка, преодолевая его сопротивление** | ,95 | ,780 | ,22 | ,428 | 12,101 | 1 | 35 | **,001** |
| **В ответ на проявление ребенком дискомфорта, раздражения отвлекает** | ,89 | ,937 | ,28 | ,575 | 5,754 | 1 | 35 | **,022** |
| **Оставляет БЕЗ ответа вокализации и инициативы ребенка** | 1,32 | ,885 | ,17 | ,383 | 25,726 | 1 | 35 | **,000** |
| **Расслаблен, не напрягается, не принимает закрытую позу** | 1,95 | ,911 | 2,56 | ,511 | 6,171 | 1 | 35 | **,018** |
| **Сам инициирует контакт со взрослым** | 1,05 | ,621 | 2,00 | ,840 | 15,324 | 1 | 35 | **,000** |
| **Смотрит на взрослого и предметы, используемые в процессе переодевания** | 1,11 | ,567 | 1,67 | ,767 | 6,458 | 1 | 35 | **,016** |
| **Инициирует совместную игру со взрослым** | ,05 | ,229 | ,89 | ,963 | 13,527 | 1 | 35 | **,001** |
| **Сотрудничает** | 1,16 | ,688 | 1,83 | ,707 | 8,668 | 1 | 35 | **,006** |

Результаты сравнения продемонстрировали, что с высоким уровнем значимости все показатели чувствительного и отзывчиво поведения матерей, включающего контакт и сотрудничество с ребенком, значимо выше у матерей Кластера 2. Тенденция к различию – по показателям бережного обращения с телом ребенка. Отсутствуют различия по шкале «предлагает выбор». Интересно, что по отрицательным шкалам наблюдается разброс результатов, как и по поведению детей, что может быть связано с различным уровнем способностей и возможностей у детей.

## 3.10 Обсуждение и интерпретация результатов

В данном исследовании были изучены: характеристики взаимодействия матерей и их детей с ограниченными возможностями здоровья, а также матерей и их типично развивающихся детей раннего возраста в режимной ситуации одевания; уровень сформированности навыков самообслуживания у детей с ОВЗ и их типично развивающихся сверстников; характеристики взаимодействия матерей и детей с ОВЗ и типичным развитием в связи с возрастом, полом, особенностями развития детей, социально-демографическими сведениями о матерях; сравнительные характеристики взаимодействия в парах матерей и детей с ОВЗ и детей с типичным развитием, а также показатели сформированности навыков самообслуживания у детей; взаимосвязь характеристик взаимодействия со стороны матерей на проявления активности и участия детей с ОВЗ в режимной ситуации переодевания.

Согласно результатам опросника вовлеченности независимости и социальных отношений (MEISR) в процессе одевания дети с установленным медицинским диагнозом демонстрируют уровень сформированности навыков самообслуживания в процессе одевания ниже среднего, в то время как дети с установленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР имеют средний уровень сформированности навыков. Контрольная группа, как и ожидалось, имеет более высокий уровень сформированности навыков самообслуживания по сравнению с группой №1 и группой №2. Это указывает на то, что дети с ОВЗ имеют меньше возможностей для самообслуживания в связи с двигательными, интеллектуальными и множественными нарушениями развития. Также это может свидетельствовать о том, что родители детей с ОВЗ рассматривают одевание не как возможность для качественного взаимодействия, а как поддержка базовых физических потребностей ребенка. Большая часть полученных видеозаписей имели длительность не более 5 минут, что говорит о том, что процесс переодевания осуществляется без предоставления ребенку возможностей для активного участия в процессе переодевания и для проявления самостоятельных действий.

Согласно средним значениям по отдельным шкалам метода оценка вовлеченности, независимости и социальных отношений в процессе одевания большинство детей с ОВЗ владеют когнитивными и двигательными навыками, которые необходимы для формирования навыков самообслуживания, но родители данных групп не придают большое значение развитию навыков самостоятельного обслуживания и социально-эмоционального взаимодействия во время переодевания. Контрольная группа показывает, что родители и их дети в большей мере вовлечены в социально-эмоциональное взаимодействие в режимных ситуациях.

Оценка взаимодействия матери и ребенка в процессе одевания демонстрирует, что характеристики матери влияют на поведение ребенка. Родители детей с устновленным диагнозом ЗПР и/или ЗРР проявляют разное поведение во взаимодействии с ребенком. Некоторые характеристики, такие как бережное обращение с телом ребенка и следование за его инициативой, часто проявляются, в то время как другие, такие как предлагаемый выбор и демонстрация предметов, редко используются. Некоторые родители детей с установленным медицинским диагнозом проявляют заботу, бережное отношение и адаптируются к потребностям своих детей, но все же существует определенный процент родителей, которые редко или никогда не проявляют определенные стратегии взаимодействия, что указывает на несоответствие практик родителей рекомендуемым подходам или недостаток осознанности в отношении важности этих стратегий в общении с детьми. В поведении родителей типично развивающихся детей проявляются недостаточное внимание или осознанность родителей в определенных аспектах взаимодействия с ребенком. Результаты по трем группам указывают на различия в поведении родителей в разных группах. В группе детей с установленным медицинским диагнозом и группе детей с диагнозом ЗПР и/или ЗРР преобладают положительные стратегии взаимодействия со своими детьми, хотя некоторые родители могут использовать неадекватные подходы. В контрольной группе присутствуют некоторые нежелательные формы поведения родителей, такие как удерживание ребенка и проявление пугающего поведения. При оценке видеозаписей было замечено, что большая часть матерей-респондентов редко приглашала детей к участию в процессе одевания, что опять говорить о том, что процесс одевания не рассматривается как возможность для качественного взаимодействия.

Было отмечено, что чем чаще мама прерывает самостоятельную активность ребенка, удерживает движения, ограничивает малыша, тем реже в дальнейшем он проявляет интерес и желание к процессу переодевания.

Результаты изучения взаимосвязей суммарных показателей метода оценка взаимодействия матери и ребенка с MEISR указывают на необходимость уделения внимания развитию навыков самообслуживания и понимания предметов одежды, особенно у детей, чьи матери демонстрируют негативное поведение. Отмечается, что активное взаимодействие матери с ребенком во время переодевания способствует развитию его коммуникативных навыков и использованию жестов или слов для указания на различные части тела. В то же время, это может указывать на то, что некоторые аспекты негативного поведения связаны с ограниченным развитием коммуникативных навыков и понимания предметов одежды.

Не были обнаружены значимые различия в оценке вовлеченности, независимости и социальных отношений в процессе одевания (MEISR), а также в оценке взаимодействия матери и ребенка в ситуации переодевания, между детьми с установленным диагнозом и задержкой психического и речевого развития. Полученные данные указывают на то, что влияние на уровень развития навыков самообслуживания у ребенка и качество взаимодействия между родителем и ребенком определяется не характером нарушения у ребенка, а индивидуальными личностными характеристиками участников. Мухамедрахимов Р. Ж. подчеркивает, что характеристики взаимодействия матери и ребенка в большей степени связаны со состоянием и свойствами личности матери (Мухамедрахимов Р. Ж., 2001).

Полученные результаты данного исследования, проведенного с детьми с ограниченными возможностями здоровья, согласуются с исследованием Belasko M., Herrán E., Anguera M. T., и указывают на зависимость поведения ребенка от поведенческих характеристик матери. Поддержание чувствительного и отзывчивого поведения со стороны матери во время процесса переодевания способствует повышению уровня понимания, вовлеченности и сотрудничества у ребенка.

Обратимся к результатам парных сравнений. Критерий Манна Уитни выявил еще одно различие. Оказалось, что матери детей с установленным медицинским диагнозом смотрят на лицо своих детей в процессе переодевания значимо чаще, чем матери типично развивающихся детей (р=,046) и выбирают соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу для проявления активности и участия ребенка в процессе одевания (р=,039), и матери детей с диагнозом ЗПР и/или ЗРР также чаще матерей типично развивающихся детей выбирают более удобную позу для проявления детьми самостоятельности (р=,062). Дети с ЗПР и/или ЗРР чаще типично развивающихся детей инициируют совместную игру с матерями (р=,053), что, возможно, может быть связано как с более старшим возрастом детей с ЗПР и/ или ЗРР, так и с опытом посещения развивающих групп в центрах ранней помощи, где специалисты поддерживают проявления игровой инициативы детей, а родители могут расширять свой репертуар отклика на проявления совместной игры и коммуникации детей и обогащать их опыт. При сравнении детей Группы 1 и Группы 2 выявлены различия на уровне тенденции: дети с ЗПР и/или ЗРР чаще детей с установленным медицинским диагнозом инициируют игру со взрослым (р=,085), и суммарные показатели направленности на взаимодействие, активность и участия детей выше у детей с ЗПР и/или ЗРР по сравнению с детьми Группы 1 (р=.094).

# ВЫВОДЫ

1. Контакт и сотрудничество со стороны матерей поддерживают формирование навыков самообслуживания у детей с ОВЗ: чем чаще матери в ситуации одевания следуют за инициативой, радуются, эмоционально подстраивается и бережно обращаются с телом ребенка, а также приглашают ребенка к сотрудничеству, держат паузы после обращения, предлагают выбор, тем активнее ребенок участвует в режимном процессе и формирует навыки.

2. Чувствительное поведение по отношению к ребенку в процессе переодевания проявляется чаще у матерей детей с установленным медицинским диагнозом по сравнению с матерями типично развивающихся детей, в частности, матери детей с синдромом Дауна, ДЦП и другими диагнозами чаще смотрят на лица своих детей, и, как и матери детей с задержками психического и речевого развития, выбирают соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу для проявления его активности и участия в процессе одевания, тогда как вербальные обращения и организацией внимания ребенка более выражены у матерей типично развивающихся детей по сравнению с матерями детей с ЗПР/ЗРР.

3. Поведение матерей детей с ОВЗ и типично развивающихся детей в режимной ситуации одевания скорее связано со способностью матерей проявлять чувствительность и направленность на сотрудничество, поддержку самостоятельности ребенка, чем с наличием или отсутствием у ребенка трудностей и их выраженности.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксарина Н.М., Воспитание детей раннего возраста 3-е изд., испр. и доп. - Москва : Медицина, 1977. - 303 с.
2. Али М. Мой ребенок в первый год жизни: недоношенный, с задержкой развития, с нарушениями? Или просто другой? Отвечая на вопросы родителей / Пер. с нем. - СПб. : Издательско-Торговый Дом "Скифия", 2016. - 168с.
3. Артемова Ж. П., Толбатова Е. В. Формирование навыков самообслуживания у детей с ОВЗ через игровые ситуации //Наука, общество, культура: проблемы и перспективы взаимодействия в современном мире. – 2022. – С. 44-48.
4. Бардышевская М.К., Башкова М.О. Особенности психического развития детей 2-3 лет с расстройствами аутистического спектра. // Сборник материалов Ежегодной международной научно-практической конференции «Воспитание и обучение детей младшего возраста», 2020
5. Баттерворт Д., Харрис М. Принципы психологии развития. – М.:Когито-Центр, 2000. – 350 с.
6. Башина В.М. Ранний детский аутизм //Исцеление:Альманах - 1993.-с 154-165
7. Божович, Л.И. Личность и её формирование в детском возрасте [Текст] /Л.И. Божович. - М.: Просвещение, 1968. - с.421
8. Боулби Дж. Привязанность. М.: Изд-во «Гардарика», 2003. 462 c.
9. Возрастная и педагогическая психология. Хрестоматия. /Состав. И.В. Дубровина, А.М. Прихожан, В.В. Зацепин – М.: изд. центр "Академия", 1999.
10. Выготский, Л.С. Мышление и речь [Текст] / Л.С. Выготский. - М.: Академия, 2000. - с.30.
11. Выготский, Л.С. Педагогическая психология [Текст] / Л.С. Выготский. - М.: Просвещение, 1999. - с.58 - 66.
12. Гарбарук Е. С. и др. Основные принципы организации программы ранней помощи детям с нарушенным слухом и их семьям //Педагогическое образование в России. – 2019. – №. 2. – С. 98-103.
13. Джаошвили И. Б., Пальмов О. И. Характеристики взаимодействия воспитателей с детьми в связи с программой обучения и супервизии в доме ребенка //Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2014. – Т. 2. – С. 86-92.
14. Ермолаева Е. Е., Казьмин А. М., Мухамедрахимов Р. Ж. О ранней помощи детям и их семьям //Autism. – 2017. – Т. 15. – №. 2. – С. 4-18.
15. Казьмин А. М., Мухамедрахимов Р. Ж., Пальмов О.И., Самарина Л.В. Методические рекомендации по обследованию и составлению индивидуальных программ ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, оценке их эффективности.
16. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы)// Клиническая и специальная психология. – 2014. – Т.3. – №2.
17. Карабанова О.А. Возрастная психология. М.: Айрис-пресс, 2005. 238 с.
18. Коваленко О. В. Состояние навыков самообслуживания у младших школьников с интеллектуальными нарушениями //Специальная педагогика и психология: традиции и инновации. – 2020. – С. 236-240.
19. Козырева О. А., Субач Л. Н. Экспериментальное исследование выявления особенностей сформированности навыков самообслуживания у детей младшего дошкольного возраста с задержанным развитием, воспитывающихся вне семьи //Образование лиц с ограниченными возможностями здоровья: опыт, проблемы, перспективы. – 2017. – С. 162-165.
20. Кожевникова Е.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Чистович Л.А. Санкт-Петербургская программа «Абилитация Младенцев» - первая в России программа раннего вмешательства // Педиатрия, 1995. №4.
21. Концепция специальной психологической помощи в системе образования. Постановление Правительства РФ от 22.09.99 № 1067.
22. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года от 31 августа 2016 года. №1839 –р.
23. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг; Под общ. науч. ред. А. А. Алексеева; Пер. с англ. Н. Мальгиной, и др.. – 7-е международ. изд. – СПб.: Питер, 2000. – 992 с.
24. Лебединский В. В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза/Психология аномального развития ребенка, ред //М: ЧеРо. – 2002. – С. 486-493.
25. Лысова А.В. Психология семьи. Часть 2. – Владивосток: Издательство Дальневосточного университета, 2003.
26. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии //СПб.: Речь. – 2001. – 220 с.
27. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Под ред.Р. Ж. Мухамедрахимова, Е. Ф. Рыбалко, Е. П. Микшина. СПб.: – СПбГУ, 2001. – 228 с.
28. Мухамедрахимов Р. Ж., Плешкова Н. Л. Особенности привязанности у детей в семьях и домах ребенка //Дефектология. – 2008. – №. 2. – С. 37-44.
29. Муxамедраxимов Р. Ж., Пальмов О. Поддержка родителей детей с особыми потребностями //Псиxология социальной работы.–Санкт–Петербург: Питер. – 2002.
30. Носко И.В. Психология развития и возрастная психология: учебное пособие для студентов психологических факультетов. Владивосток: Дальневосточный гос. университет, 2003. 125 с.
31. Основы специальной психологии : учебное пособие / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М. : Изд. центр «Академия», 2002.
32. Пальмов О.И., Плешкова Н.Л., Признаки нарушения психического здоровья у детей. Материалы к семинару подготовки тренеров ассоциации содействия модернизации домов ребенка РФ. Ф-т психологии СПбГУ, 2009.
33. Переверзева М. В. Разработка индивидуальной программы формирования навыков самообслуживания для ребенка с тяжелыми множественными нарушениями развития //Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – Т. 17. – №. 1. – С. 84-90.
34. Пиаже Ж. Генетическая психология. Москва: Прогресс.1969
35. Пиклер Э. Доверие и уверенность друг в друге. Забота о младенцах и детях раннего возраста: опыт и размышления / Под ред. О. И. Пальмова, Э. Пиклер. М.:Издательство «Национальное образование», 2021.
36. Плешкова Н.Л. Особенности привязанности у детей с синдромом Дауна //Эмоции и отношения человека на ранних этапах его развития /под ред. Мухамедрахимова Р. Ж. Издательство СПбГУ, 2008. С. 240­250
37. Плешкова Н. Л., Татаренко О. В., Севрюгин Д. В. Особенности детско-родительского взаимодействия и характеристик поведения у детей с расстройствами аутистического спектра //Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2021. – Т. 11. – №. 2. – С. 162-178.
38. Пономаренко, А.Н. Развитие ребенка первого-третьего года жизни. М.:2009 . 203 с.
39. Психология детства. Под редакцией члена-корреспондента РАО А. А. Реана – СПб.: "прайм-ЕВРО-ЗНАК", 2003.
40. Приходько О.Г. Особенности познавательного развития детей раннего возраста с церебральным параличом //Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика, 2009
41. Самарина Л. В. Построение программ раннего вмешательства на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья //Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. – 2015. – №. 6. – С. 49-60.
42. Селигман М. Обычные семьи, особые дети. Системный подход к помощи детям с нарушениями развития.
43. Семенова Е. В. и др. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам //М.: Лепта Книга. – 2018. – 584 с.
44. Толбатова Е. В., Артемова Ж. П. Формирование навыков самообслуживания у детей с ограниченными возможностями здоровья //Исследования в области психологии и педагогики в условиях. – 2021. – С. 116.
45. Щурова И. Н. Исследование сформированности навыков самообслуживания у обучающихся с интеллектуальными нарушениями //Символ науки: международный научный журнал. – 2020. – №. 11. – С. 160-162.
46. Addessi A. R. The musical dimension of daily routines with under‐four children during diaper change, bedtime and free‐play //Early Child Development and Care. – 2009. – Т. 179. – №. 6. – С. 747-768.
47. Ainsworth M. D. S. The bowlby-ainsworth attachment theory //Behavioral and brain sciences. – 1978. – Т. 1. – №. 3. – С. 436-438.
48. Ainsworth M.D. S., Blehar M., Waters E., Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. New Jersey: Hillsdale; Erlbaum, 1978. 391 p.
49. Azaula M. et al. Measuring functional status and family support in older school-aged children with cerebral palsy: comparison of three instruments //Archives of physical medicine and rehabilitation. – 2000. – Т. 81. – №. 3. – С. 307-311.
50. Barnett D., Ganiban J., Cicchetti D. Maltreatment, negative expressivity, and the development of Type D attachments from 12 to 24 months of age //Monographs of the Society for Research in Child Development. – 1999. – С. 97-118.
51. Bassett H., King R., Lloyd C. The development of an observation tool for use with parents with psychiatric disability and their preschool children //Psychiatric Rehabilitation Journal. – 2006. – Т. 30. – №. 1. – С. 31-37.
52. Beckwith L., Rodning C., Cohen S. Preterm children at early adolescence and continuity and discontinuity in maternal responsiveness from infancy //Child Development. – 1992. – Т. 63. – №. 5. – С. 1198-1208.
53. Beeghly M., Cicchetti D. Talking about self and other: Emergence of an internal state lexicon in young children with Down syndrome //Development and Psychopathology. – 1997. – Т. 9. – №. 4. – С. 729-748.
54. Belasko M., Herrán E., Anguera M. T. Dressing toddlers at the Emmi Pikler nursery school in Budapest: caregiver instrumental behavioral pattern //European Early Childhood Education Research Journal. – 2019. – Т. 27. – №. 6. – С. 872-887.
55. Bell R. Q., Harper L. V. Child effects on adults. – Routledge, 2020.
56. Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. Child Development, 55(1), 83-96.
57. Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (pp. 249–264). The Guilford Press.
58. Belza H., Herrán E., Anguera M. T. Early childhood education and cultural learning: systematic observation of the behaviour of a caregiver at the Emmi Pikler nursery school during breakfast/Educación temprana y aprendizaje cultural: observación sistemática de la conducta de la educadora Pikler durante el desayuno //Infancia y Aprendizaje. – 2019. – Т. 42. – №. 1. – С. 128-178.
59. Berridge S., Hutchinson N. Mothers’ experience of Intensive Interaction //Journal of Intellectual Disabilities. – 2021. – С. 1-5.
60. Berry Brazelton T., Cramer B. G. The Earliest Relationship //London: Karnak House. – 1991.
61. Bjorgaas H. M., Hysing M., Elgen I. Psychiatric disorders among children with cerebral palsy at school starting age //Research in developmental disabilities. – 2012. – Т. 33. – №. 4. – С. 1287-1293.
62. Bloom L. The transition from infancy to language: Acquiring the power of expression. – Cambridge University Press, 1993.
63. Bornstein M. H., Suess P. E. Child and Mother Cardiac Vagal Tone: Continuity, Stability, and Concordance across the First 5 Years //Developmental Psychology. – 2000. – Т. 36. – №. 1. – С. 54-65.
64. Bornstein M. H., Tamis-LeMonda C. S., Haynes O. M. First words in the second year: Continuity, stability, and models of concurrent and predictive correspondence in vocabulary and verbal responsiveness across age and context //Infant Behavior and Development. – 1999. – Т. 22. – №. 1. – С. 65-85.
65. Bourke-Taylor H. Melbourne assessment of unilateral upper limb function: construct validity and correlation with the pediatric evaluation of disability inventory //Developmental medicine and child neurology. – 2003. – Т. 45. – №. 2. – С. 92-96.
66. Bowlby J. Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger //Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. – London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis, 1973. – С. 1-429.
67. Bradley, R.H., Corwyn, R.F., Burchinal, M., McAdoo, H.P., & Garcia Coll, C.The home environments of children in the United States: Part I. Variations by age, ethnicity, and poverty status. Child Development, 2001, 72(6), 1844-1867.
68. Bremner J. G., Wachs T. D. (ed.). The Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development, Volume 2: Applied and Policy Issues. – John Wiley & Sons, 2010. – Т. 24.
69. Button S., Pianta R. C., Marvin R. S. Partner support and maternal stress in families raising young children with cerebral palsy //Journal of Developmental and physical disabilities. – 2001. – Т. 13. – №. 1. – С. 61-81.
70. Cameron, E. E., Joyce, K., Delaquis, C., Reynolds, K., Protudjer, J., & Roos, L. E. Maternal psychological distress & mental health service use during the COVID-19 pandemic. Journal of Affective Disorders, 2020, 276, 765-774.
71. Campbell P. H., Sawyer L. B. Supporting learning opportunities in natural settings through participation-based services //Journal of Early Intervention. – 2007. – Т. 29. – №. 4. – С. 287-305.
72. Campbell S. B. et al. Commentary on the review of measures of early childhood social and emotional development: Conceptualization, critique, and recommendations //Journal of Applied Developmental Psychology. – 2016. – Т. 45. – С. 19-41.
73. Chien C. W. et al. Comparative content review of Children's participation measures using the international classification of functioning, disability and health–children and youth //Archives of physical medicine and rehabilitation. – 2014. – Т. 95. – №. 1. – С. 141-152.
74. Clements M., Barnett D. Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: Examining the Strange Situation and attachment Q‐sort //Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health. – 2002. – Т. 23. – №. 6. – С. 625-642.
75. Collins W. A. et al. Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture //American Psychologist. – 2000. – Т. 55. – №. 2. – С. 218-232.
76. Coster W., Khetani M. A. Measuring participation of children with disabilities: Issues and challenges //Disability and rehabilitation. – 2008. – Т. 30. – №. 8. – С. 639-648.
77. Dammeyer J. Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard-of-hearing children //Journal of deaf studies and deaf education. – 2010. – Т. 15. – №. 1. – С. 50-58.
78. Daley, T.C., Whaley, S.E., Sigman, M.D., & Espinosa, L.M. Neighbourhood characteristics and parenting practices in immigrant Latino families. Developmental Psychology,- 2000- 36(1), 1-12.
79. David M., Appell G. Etude des facteurs de carence affective dans une pouponnière //La vie de lenfant. – 2014. – С. 208b-237.
80. David M., Appell G. Lóczy: An Ususual Approach to Mothering. – Association Pikler-Loczy for Young Children, 2001.
81. Dawson G. et al. Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2012. – Т. 51. – №. 11. – С. 1150-1159.
82. De Moor J. M. H. et al. Early intervention for children with developmental disabilities: manifesto of the Eurlyaid working party //International Journal of Rehabilitation Research. – 1993. – Т. 16. – С. 23-23.
83. DeCasper A. J., Fifer W. P. Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices //Science. – 1980. – Т. 208. – №. 4448. – С. 1174-1176.
84. Dolva A. S., Coster W., Lilja M. Functional performance in children with Down syndrome //The American journal of occupational therapy. – 2004. – Т. 58. – №. 6. – С. 621-629.
85. Dunst C. J. et al. Everyday activity settings, natural learning environments, and early intervention practices //Journal of Policy and practice in Intellectual Disabilities. – 2006. – Т. 3. – №. 1. – С. 3-10.
86. Dunst C. J. et al. Natural learning opportunities for infants, toddlers, and preschoolers //Young Exceptional Children. – 2001. – Т. 4. – №. 3. – С. 18-25.
87. Dunst C. J., Herter S., Shields H. Interest-based natural learning opportunities //Young exceptional children monograph series. – 2000. – Т. 2. – С. 37-48.
88. Dusing S. C. et al. Assessment of parent-child interaction is important with infants in rehabilitation and can use high-tech or low-tech methods //Physical therapy. – 2019. – Т. 99. – №. 6. – С. 658-665.
89. Estes A. et al. Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2015. – Т. 54. – №. 7. – С. 580-587.
90. Falk J. Bathing the baby //The art of care. – 2006.
91. Falk J. Les fondements d’une vraie autonomie chez le jeune enfant //Autonomie et activités du bébé. – Érès, 2017. – С. 23-42.
92. Feiring C. et al. The Relation Between Social Support, Infant Risk Status and Mother-Infant Interaction //Developmental psychology. – 1987. – Т. 23. – №. 3. – С. 400-405.
93. Fernald L. C. H. et al. Examining early child development in low-income countries. – 2009.
94. Fenson, L., Dale, P.S., Reznick, J.S., Thal, D., Bates, E., Hartung, J.P., Pethick, S., & Reilly, J.S. The MacArthur-Bates Communicative Development Inventories: User's Guide and Technical Manual (2nd ed.). Brookes Publishing., 2007
95. Field T. et al. Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads //Developmental psychology. – 1990. – Т. 26. – №. 1. – С. 7-14.
96. Foley G. M., Hochman J. D. Mental health in early intervention: Achieving unity in principles and practice. – Paul H Brookes Publishing, 2006.
97. Garbarino J. Children and families in the social environment. – Transaction Publishers, 2017.
98. Goldberg S. et al. Prediction of behavior problems in 4-year-olds born prematurely //Development and Psychopathology. – 1990. – Т. 2. – №. 1. – С. 15-30.
99. Goldberg S. Social competence in infancy: A model of parent-infant interaction //Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development. – 1977. – Т. 23. – №. 3. – С. 163-177.
100. Golse B. 3. Différents courants de pensée à la rencontre d'Emmi Pikler (attachement et psychanalyse) //La vie de lenfant. – 2010. – С. 41-49.
101. Gonzalez-Mena J. Infant/toddler caregiving: A guide to routines. – California Department of Education, CDE Press. 2002.
102. Goodman R., Graham P. Psychiatric problems in children with hemiplegia: cross sectional epidemiological survey //BMJ. – 1996. – Т. 312. – №. 7038. – С. 1065-1069.
103. Green G. et al. Behavioural discrimination of noxious stimuli in infants is dependent on brain maturation //PAIN. – 2019. – Т. 160. – №. 2. – С. 493-500.
104. Greenspan S. I., Wieder S. Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses //Journal of Developmental and Learning disorders. – 1997. – Т. 1. – С. 87-142.
105. Gregory S. The deaf child and his family. – 1976.
106. Guralnick M. J. Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects //Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. – 2005. – Т. 18. – №. 4. – С. 313-324.
107. Guralnick M. J. Inclusion as a core principle in the early intervention system //The developmental systems approach to early intervention. – 2005. – С. 59-69.
108. Early intervention for children with developmental disabilities: manifesto of the Eurlyaid working party./ J.M.H. De Moor, B.T.M. Van Waesberghe, J.B.L. Hosman, D. Jaeken, S. Miedema./ International Journal of Rehabilitation Research 16, 23-31. 1993.
109. Haley S. M. Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Development, standardization and administration manual. – Therapy Skill Builders, 1992.
110. Harel H. et al. Gaze behaviors of preterm and full‐term infants in nonsocial and social contexts of increasing dynamics: Visual recognition, attention regulation, and gaze synchrony //Infancy. – 2011. – Т. 16. – №. 1. – С. 69-90.
111. Hatton D. D. Model registry of early childhood visual impairment: First-year results //Journal of Visual Impairment & Blindness. – 2001. – Т. 95. – №. 7. – С. 418-433.
112. Henderson A. Self-care and hand skill //Hand function in the child. – Mosby, 2006. – С. 193-216.
113. Herrán E., Godall T. La pedagogia Pikler-Lóczy de educación infantil //RELAdEI. Revista Latinoamericana de Educación Infantil. – 2016. – Т. 5. – №. 3. – С. 9-11.
114. Herskind A., Greisen G., Nielsen J. B. Early identification and intervention in cerebral palsy //Developmental Medicine & Child Neurology. – 2015. – Т. 57. – №. 1. – С. 29-36.
115. Hindley P. A. Mental health problems in deaf children //Current paediatrics. – 2005. – Т. 15. – №. 2. – С. 114-119.
116. Hughes-Scholes C. H. et al. Preliminary evaluation of the implementation of a routines-based early childhood intervention model in Australia: Practitioners’ perspectives //Topics in Early Childhood Special Education. – 2016. – Т. 36. – №. 1. – С. 30-42.
117. Hutchings J. et al. Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial //Bmj. – 2007. – Т. 334. – №. 7595. – С. 678.
118. Hwang A. W., Chao M. Y., Liu S. W. A randomized controlled trial of routines-based early intervention for children with or at risk for developmental delay //Research in developmental disabilities. – 2013. – Т. 34. – №. 10. – С. 3112-3123.
119. Irwin L. G. et al. Early child development: A powerful equalizer. – Vancouver, BC : Human Early Learning Partnership (HELP), 2007.
120. Kaiser A. P., Hester P. P., McDuffie A. S. Supporting communication in young children with developmental disabilities //Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. – 2001. – Т. 7. – №. 2. – С. 143-150.
121. Kaiser A. P., Roberts M. Y. Parents as communication partners: An evidence-based strategy for improving parent support for language and communication in everyday settings //Perspectives on Language Learning and Education. – 2013. – Т. 20. – №. 3. – С. 96-111.
122. Landry S. H. et al. Effects of maternal scaffolding during joint toy play with preterm and full-term infants //Merrill-Palmer Quarterly (1982-). – 1996. – С. 177-199.
123. Landry S. H. et al. The Effects of a Responsive Parenting Intervention on Parent-Child Interactions during Shared Book Reading //Developmental Psychology. – 2012. – Т. 48. – №. 4. – С. 969-986.
124. Landry S. H., Loveland K. A. Communication behaviors in autism and developmental language delay //Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1988. – Т. 29. – №. 5. – С. 621-634.
125. Landry S. H., Loveland K. A. The effect of social context on the functional communication skills of autistic children //Journal of autism and developmental disorders. – 1989. – Т. 19. – №. 2. – С. 283-299.
126. Lynch E. W., Hanson M. J. Developing Cross-Cultural Competence: A Guide for Working with Children and Their Families //Brookes Publishing Company. – 2011.
127. Maldonado M. T., Dickstein J. We are pregnant. – 2010.
128. Marklund K. et al. Nordens barn: Tidiga insatser för barn och familjer.[Verkkojulkaisu] //Stockholm: Nordens Välfärdscenter.[Viitattu: 10.11. 2016]. Saatavana: http://www. nordicwelfare.org/PageFiles/415/Inspirationsh% C3% A4ften/1% 20Ti digaInsatser\_enk. pdf. – 2012. (Дата обращения: 19.10.2021).
129. McCarton C. Behavioral outcomes in low birth weight infants //Pediatrics. – 1998. – Т. 102. – №. 5 Suppl E. – С. 1293-1297.
130. McWilliam R. A. Routines-based early intervention //Supporting Young Children and Their Families. Baltimore: Brookes. – 2010.
131. McWilliam R. A. Routines-based early intervention //Supporting Young Children and Their Families. Baltimore: Brookes. – 2010.
132. McWilliam R. A., Young H. J., Harville K. Therapy services in early intervention: Current status, barriers, and recommendations //Topics in Early Childhood Special Education. – 1996. – Т. 16. – №. 3. – С. 348-374.
133. Meadow-Orlans K. P. Deafness and child development. – Univ of California Press, 1980.
134. Meins E. Sensitivity, security and internal working models: Bridging the transmission gap //Attachment & human development. – 1999. – Т. 1. – №. 3. – С. 325-342.
135. Moeller M. P. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing //Pediatrics. – 2000. – Т. 106. – №. 3. – С. e43-e43.
136. Moran G. et al. Maternal sensitivity and infant-mother attachment in a developmentally delayed sample //Infant Behavior and Development. – 1992. – Т. 15. – №. 4. – С. 427-442.
137. Mundy P., Markus J. On the nature of communication and language impairment in autism //Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. – 1997. – Т. 3. – №. 4. – С. 343-349.
138. Mundy P., Sheinkopf S. Early communication skill acquisition and developmental disorders //Handbook of mental retardation and development. – 1998. – Т. 18. – С. 183-207.
139. Osofsky J. D., Connors K. Mother-Infant Interaction: An Integrative View of a Complex System', in JD Osofsky (ed.) The Handbook of Infant Development. New York: Wiley. – 1979.
140. Peadon E. et al. Systematic review of interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders //BMC pediatrics. – 2009. – Т. 9. – №. 1. – С. 1-9.
141. Peçanha D. L., Piccinini C. A., Millar W. S. A comparative study about mother-child interaction with groups of asthmatic, congenital heart disease and healthy children //Boletim Academia Paulista de Psicologia. – 2015. – Т. 35. – №. 88. – С. 181-196.
142. Peterson C. A. et al. Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? //Journal of Early Intervention. – 2007. – Т. 29. – №. 2. – С. 119-140.
143. Pickett B. P., Ahlstrom K. Clinical evaluation of the hearing-impaired infant //Otolaryngologic Clinics of North America. – 1999. – Т. 32. – №. 6. – С. 1019-1035.
144. Pikler E. Some contributions to the study of the gross motor development of children //The Journal of genetic psychology. – 1968. – Т. 113. – №. 1. – С. 27-39.
145. Pleshkova N. L., Tatarenko O. V. Features of Parent-Child Interaction and Behavioral Problems Among Children with Autism Spectrum Disorder //Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology. – 2021. – Т. 11. – №. 2. – С. 162-178.
146. Preisler G. M. Early patterns of interaction between blind infants and their sighted mothers //Child: care, health and development. – 1991. – Т. 17. – №. 2. – С. 65-90.
147. Preisler G. M. Early patterns of interaction between blind infants and their sighted mothers //Child: care, health and development. – 1991. – Т. 17. – №. 2. – С. 65-90.
148. Raab M. Characteristics and consequences of everyday child learning opportunities //Young Children. – 2005. – Т. 14. – №. 2. – С. 48-63.
149. Raab M., Dunst C. J., Hamby D. W. Effectiveness of contrasting approaches to response-contingent learning among children with significant developmental delays and disabilities //Research and Practice for Persons with Severe Disabilities. – 2016. – Т. 41. – №. 1. – С. 36-51.
150. Radesky, J.S., et al. Media and Young Minds. Pediatrics, 2018. 138(5), e20162591.
151. Robson A. L., Pederson D. R. Predictors of individual differences in attention among low birth weight children //Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP. – 1997. – Т. 18. – №. 1. – С. 13-21.
152. Rochat P., Striano T. Social-cognitive development in the first year //Early social cognition: Understanding others in the first months of life. – 1999. – С. 3-34.
153. Romski M. A. et al. Parent perceptions of the language development of toddlers with developmental delays before and after participation in parent-coached language interventions //American journal of speech-language pathology. – 2011. – Т. 20. – №. 2. – С. 111-118.
154. Rush D. D., Shelden M. L. L. The Early Childhood Coaching Handbook. – Brookes Publishing Company. – 2011.
155. Rutgers A. H. et al. Autism, attachment and parenting: A comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children //Journal of abnormal child psychology. – 2007. – Т. 35. – №. 5. – С. 859-870.
156. Sagastui J., Herrán E., Anguera M. T. A Systematic Observation of Early Childhood Educators Accompanying Young Children's Free Play at Emmi Pikler Nursery School: Instrumental Behaviors and Their Relational Value //Frontiers in Psychology. – 2020. – Т. 11. – С. 1731-1731.
157. Salovey, P., Mayer, J.D. Emotional Intelligence. Imagination, Cognition, and Personality, 9(3), 1990. 185-211.
158. Spiker D., Boyce G. C., Boyce L. K. Parent-child interactions when young children have disabilities //International review of research in mental retardation. – Academic Press, 2002. – Т. 25. – С. 35-70.
159. Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy., 2020
160. Sroufe L. A. et al. Placing early attachment experiences in developmental context //Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies. – 2005. – С. 48-70.
161. Stern D. N. et al. The first relationship: Mother and infant. – Harvard University Press, 1977.
162. Stern D. N. Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal, and gaze behaviors. – 1974.
163. Stern M., Hildebrandt K. A. Prematurity stereotyping: Effects on mother-infant interaction //Child development. – 1986. – С. 308-315.
164. Stevenson J. et al. The relationship between language development and behaviour problems in children with hearing loss //Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2010. – Т. 51. – №. 1. – С. 77-83.
165. Sytsma S. E., Kelley M. L., Wymer J. H. Development and initial validation of the child routines inventory //Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. – 2001. – Т. 23. – №. 4. – С. 241-251.
166. Tardos A. The child as an active participant in his own development //Bringing up and providing care for infants and toddlers in an institution. – 2007. – С. 105-127.
167. Tardos A. The researching infant //Signal. – 2010. – Т. 18. – С. 9-14.
168. Thompson, R.A. Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the Society for Research in Child Development, - 1994. - 59(2-3), 25-52.
169. Tomasello M., Todd J. Joint attention and lexical acquisition style //First language. – 1983. – Т. 4. – №. 12. – С. 197-211.
170. Trevarthen C. The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. – 1993.
171. Ungerer J. A. et al. Cognitive and language skills in autistic, mentally retarded, and normal children //Developmental Psychology. – 1984. – Т. 20. – №. 2. – С. 293-302.
172. Vamos J., Bluets P. The Role of Body Caring activities in the Piklerian approach of Mothering //The signal: newsletter of the World association for infant Mental health. – 2010. – Т. 18. – С. 3-4
173. Vereijken C. M. J. L., Riksen-Walraven J. M., Kondo-Ikemura K. Maternal sensitivity and infant attachment security in Japan: A longitudinal study //International Journal of Behavioral Development. – 1997. – Т. 21. – №. 1. – С. 35-50.
174. Walden T., Knieps L. Reading and responding to social signals //Emotional development in atypical children. – 1996. – С. 29-42.
175. Welterlin A. et al. The home TEACCHing program for toddlers with autism //Journal of autism and developmental disorders. – 2012. – Т. 42. – №. 9. – С. 1827-1835.
176. Werner E. et al. Brief Report: Recognition of Autism Spectrum Disorder Before One Year of Age: A Retrospective Study Based on Home Videotapes //Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2000. – Т. 2. – №. 30. – С. 157-162.
177. Winnicott D. W. A clinical study of the effect of a failure of the average expectable environment on a child's mental functioning //International Journal of Psycho-Analysis. – 1965. – Т. 46. – С. 81-87.
178. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY. – World Health Organization, 2007.
179. Zeanah, C.H., Smyke, A.T., Koga, S.F., Carlson, E., & The Bucharest Early Intervention Project Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania. Child Development. - 2005. - 76(5), 1015-1028.
180. Zwaigenbaum L. et al. Behavioral manifestations of autism in the first year of life //International journal of developmental neuroscience. – 2005. – Т. 23. – №. 2-3. – С. 143-152.

# 

# 

# ПРИЛОЖЕНИЯ

# ПРИЛОЖЕНИЕ А

**Социально-демографическая анкета**

Уважаемые родители!

Данная анкета состоит из вопросов, касающихся социально-демографических характеристик, а также опыта обращения за услугами помощи ребенку и семье. Отвечая на вопросы, подчеркните нужное или поставьте галочку в кружке выбранного Вами варианта ответа. Анкета также содержит открытые вопросы, отвечая на которые Вам необходимо самостоятельно вписать ответ.

**1. Кем Вы приходитесь ребенку**

* мама
* папа
* бабушка
* дедушка
* Другое………………………………………………………………

**2. Укажите Ваш возраст:**……………………………………………….

**3. Ваше образование:**

* Среднее
* Средне-специальное
* Неоконченное высшее
* Высшее
* Другое……………………………………………

**4. Ваше трудоустройство** (можно отметить несколько вариантов):

* Работаю на постоянной основе
* Неполная занятость (подрабатываю)
* Не работаю
* Нуждаюсь в трудоустройстве

**5. Ваше семейное положение:**

* Не замужем/не женат
* Гражданский брак
* Замужем/женат
* Разведен (а)
* Вдова/вдовец

**6. Укажите уровень совокупного дохода Вашей семьи**  
(включая пособия и зар.плату на всех членов семьи):

* Менее 20 тыс. р.
* 21 000 - 30 000 р.
* 31 000 - 40 000 р.
* 41 000 - 50 000 р.
* 51 000 - 60 000 р.
* 61 000 - 70 000 р.
* Более 70 тыс. р.

**7. Ваше проживание:**

* Коммунальная квартира
* Отдельное съемное жилье
* Отдельное собственное жилье
* Другое………………………………………………………………………………….

**8. Оборудовано ли место проживания в соответствии с нуждами Вашего ребёнка?**

* Нет
* Да, есть пандус и/или иное приспособление, необходимое для перемещения ребенка…………………………………………………………………………………………………
* Специальное оборудование не нужно

**9. Укажите пол Вашего ребенка**

* Женский
* Мужской

**10. Укажите возраст Вашего ребенка на момент начала обращения за услугами в данную службу/центр/организацию** (лет и месяцев):

………………………………………………………………………………………….

**11. Укажите возраст Вашего ребенка на настоящий момент** (лет и месяцев):

………………………………………………………………………………………….

**12. Поставлен ли Вашему ребенку диагноз?** Если да, то укажите основной диагноз (наиболее сильно выраженное нарушение?)

* Нет
* Да,…………………………………………………………………………………..

**13. Обращались ли Вы в другие службы/центры/организации помощи семье и ребенку ранее?**

* Нет
* Да, в…………………………………………………………………………………

**14. Если Вы сменили предыдущую службу/центр/организацию, укажите причину:**

…………………………………………………………………………………………

**15. Есть ли в семье ещё проживающие с Вами дети? Если да, то укажите их возраст.**

* Нет
* Да,……………………………………………………………………………………

**16. Оказывает ли Вам кто-то помощь в уходе за ребёнком?** (можно отметить несколько вариантов)

* Нет
* Партнер/супруг(а)
* Другой ребенок
* Бабушки/дедушки
* Няня
* Волонтёр
* Другое………………………………………………………………………………

# ПРИЛОЖЕНИЕ Б

**Опросник MEISR**

Инструкция:

Оцените уровень функционирования ребенка при выполнении им следующих действий в течение дня. Если вы еще не видели, как ребенок выполняет деятельность, поставьте галочку в графе «еще нет». Если вы видели, как ребенок время от времени выполняет деятельность, поставьте галочку в графе «иногда». Если вы видите, что ребенок часто выполняет деятельность, поставьте галочку в графе «часто». Если ребенок раньше много выполнял деятельность, но перерос, поставьте галочку в графе «уже не делает».

|  | ОДЕВАНИЕ | Возрастной диапазон | Еще нет | Иногда | Часто | Уже не делает |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Переходит к одеванию и раздеванию без расстройства | 0 |  |  |  |  |
| 2 | Участвует в одевании без расстройства | 0 |  |  |  |  |
| 3 | Носит одежду различных текстур (без ограничений) | 0 |  |  |  |  |
| 4 | Рассматривает свои ручки | 2 |  |  |  |  |
| 5 | Общается при помощи звуков | 2 |  |  |  |  |
| 6 | Отвечает на просьбу «иди ко мне» | 6 |  |  |  |  |
| 7 | Лепечет, подражая интонациям взрослых | 7 |  |  |  |  |
| 8 | Помогает одеванию, протягивая руки и ноги в рукава и штанины | 10 |  |  |  |  |
| 9 | Указывает части тела на себе, когда его спрашивают | 13 |  |  |  |  |
| 10 | Снимает части одежды | 15 |  |  |  |  |
| 11 | Понимает название предметов одежды | 15 |  |  |  |  |
| 12 | Узнает себя в зеркале | 15 |  |  |  |  |
| 13 | Показывает, что хочет надеть | 15 |  |  |  |  |
| 14 | Расстегивает застежки | 18 |  |  |  |  |
| 15 | Помогает раздевать себя | 18 |  |  |  |  |
| 16 | Использует жесты или слова пока одевается | 18 |  |  |  |  |
| 17 | Использует жесты или слова, называя части одежды | 18 |  |  |  |  |
| 18 | Использует жесты или слова для 1-6 частей тела | 18 |  |  |  |  |
| 19 | Использует жесты или слова для более чем 6 частей тела | 24 |  |  |  |  |
| 20 | Выполняет сложные задачи (например, одевание обуви, одежды) | 24 |  |  |  |  |
| 21 | Активно помогает одевать себя | 28 |  |  |  |  |
| 22 | Застегивает молнии, кнопки, пуговицы | 30 |  |  |  |  |
| 23 | Надевает куртку с помощью | 30 |  |  |  |  |
| 24 | Надевает некоторую одежду самостоятельно | 32 |  |  |  |  |
| 25 | Полностью одевается и раздевается сам, но просит помочь с пуговицами и шнурками | 32 |  |  |  |  |
| 26 | Следует просьбам и указаниям взрослого относительно одевания | 36 |  |  |  |  |
| 27 | Надевает носки | 36 |  |  |  |  |
| 28 | Надевает обувь | 36 |  |  |  |  |

# ПРИЛОЖЕНИЕ В

**Оценка взаимодействия взрослого и ребенка в ситуации одевания**

|  | **Поведение взрослого в оцениваемой ситуации** | **Никогда 0** | **Редко 1** | **Часто 2** | **Всегда 3** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Проявляемый взрослым контакт с ребенком | | | | |
| 1+ | Смотрит на лицо ребенка |  |  |  |  |
| 2+ | Называет то, что делает ребенок, в том числе, куда он смотрит |  |  |  |  |
| 3+ | Изменяет свое поведение в связи с сигналами приглашения и отказа ребенка |  |  |  |  |
| 4+ | Следует за инициативой ребенка, в том числе откликается на коммуникативные инициативы ребенка, связанные с процессом одевания |  |  |  |  |
| 5+ | Проявляет радость и удовольствие |  |  |  |  |
| 6+ | Эмоционально подстраивается к чувствам и состоянию ребенка, отражая мимикой, голосом и называя; проявляет эмоциональную заботу – утешает, реагирует на сердитость, тревогу и другие состояния ребенка |  |  |  |  |
| 7+ | Бережно обращается с телом ребенка (мягко прикасается, избегает резких движений при перемещении тела и действиях с конечностями, применяет необходимую поддержку телу ребенка, заботится об удобном положении тела ребенка в процессе переодевания) |  |  |  |  |
| Общий балл КОНТАКТ со стороны взрослого | |  | | | |
| 8+ | Предупреждает о своих действиях в соответствии с уровнем развития ребенка |  |  |  |  |
| 9+ | Показывает предмет одежды и-или ухода перед началом действия с ним (подгузник, салфетка и др.) |  |  |  |  |
| 10+ | Предлагает выбор |  |  |  |  |
| 11+ | Взрослый держит паузу после обращения, просьбы, ждет |  |  |  |  |
| 12+ | Выбирает соответствующую возможностям и возрасту ребенка позу (лежа, стоя, сидя, изменяя положения), в которой ребенок может проявлять активность и участвовать в переодевании, самостоятельно изменять положение тела |  |  |  |  |
| 13+ | Приглашает ребенка к участию в процессе переодевания, просит протянуть, дать, надеть и т.д., начинает действие и дает ребенку возможность продолжить или завершить его (сотрудничество) |  |  |  |  |
| Общий балл СОТРУДНИЧЕСТВО со стороны взрослого | |  | | | |
| 1 - | Использует пугающее и вмешивающееся поведение\*(АВС) (без просьбы и предупреждения прерывает самостоятельную активность ребенка, забирает выбранные ребенком предметы) |  |  |  |  |
| 2 - | Отвлекает ребенка от процесса одевания показывая игрушки, переключая н  внимание, предлагая игру не связанную с режимным процессом |  |  |  |  |
| 3 - | Удерживает, действует с телом, конечностями ребенка, преодолевая его сопротивление |  |  |  |  |
| 4 - | В ответ на проявление ребенком дискомфорта, раздражения и тп, отвлекает, увеличивает интенсивность и скорость своих действий, использует соску, но не воздействует на возможные причины, не возвращает контакт с ребенком |  |  |  |  |
| 5 - | Оставляет БЕЗ ответа вокализации и инициативы ребенка (ребенок посмотрел, протянул, «сказал» и т.д., но не получил никакого отклика) |  |  |  |  |
| Взрослый ОБЩИЙ БАЛЛ **+** | |  | | | |
| Взрослый ОБЩИЙ БАЛЛ **-** | |  | | | |

|  | **Поведение ребенка в оцениваемой ситуации** | Никогда  0 | Редко  1 | Часто  2 | Всегда  3 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Контакт и сотрудничество ребенка со взрослым | | | | |
| 1 | Расслаблен, не напрягается, не принимает закрытую позу |  |  |  |  |
| 2 | Сам инициирует контакт со взрослым (смотрит, обращается, звучит, показывает, разделяет впечатление) |  |  |  |  |
| 3 | Смотрит на взрослого и предметы, используемые в процессе переодевания |  |  |  |  |
| 4 | Инициирует совместную игру со взрослым |  |  |  |  |
| 5 | Сотрудничает (на предложения, просьбы, приглашающие жесты и прикосновения взрослого отвечает встречным движением, демонстрацией своего намерения участвовать) и помогает (поворачивается, вставляет руки или ноги, протягивает части одежды, откликается на просьбы, делает то, о чем просит взрослый) |  |  |  |  |
| Ребенок ОБЩИЙ БАЛЛ | |  | | | |

# 

# ПРИЛОЖЕНИЕ Г

**Пример обратной связи по видеозаписи взаимодействия в ситуации переодевания**

*Обращение к / Имя мамы /*,

Вы с К. приняли участие в исследовании, посвященном изучению взаимодействия мамы и ребенка в ситуации переодевания и активности и участия ребенка в повседневных делах. С помощью метода оценки характеристик взаимодействия мы выделили ключевые моменты, на которые хотим обратить Ваше внимание.

В процессе кодирования видео мы опираемся на концепции развития детей, рассматривающие ребенка, как активного участника происходящих с ним событий, в особенности - повседневных режимных ситуаций. Мы ожидаем, что процесс одевания дает ребенку раннего возраста опыт самостоятельности, радости от своих умений и, что очень важно – опыт сотрудничества и контакта с мамой. Если у малыша есть трудности в развитии, процессы повседневной заботы рассматриваются в том числе и как терапевтическое воздействие, поддерживающее мотивацию ребенка к участию и освоению нового.

*/Обращение к маме/*, нам было приятно увидеть, как хорошо вы организовали процесс одевания К. Вам удавалось останавливаться, смягчать или замедлять свои действия каждый раз, когда мальчик проявлял дискомфорт. Мы увидели, что вы стараетесь предупредить, избежать неприятных ощущений для Кирилла, и вам это удалось.

Мы также увидели, что К. очень способный, активный и разговорчивый мальчик. Он уже показывает свою готовность к сотрудничеству и к большей самостоятельности во время режимных ситуаций.

Нам хочется отметить, что в течение всего процесса одевания К. Вы сохраняли бережное отношение к телу мальчика: ваши движения и прикосновения выверены и осторожны, и одновременно уверены. В моменты, когда К. проявлял некоторое сопротивление, вы не увеличивали скорость и не действовали через силу, а давали мальчику время для осознавания безопасности происходящего и регуляции своего состояния.

Мы увидели, что вы используете определенный алгоритм в процессе одевания, что помогает К. осознавать последовательность ваших действий и формировать готовность к участию в них.

Кажется, что сейчас, когда вам удается одевать мальчика бережно и комфортно для него, можно четче выделять и чаще останавливаться на коротких просьбах, с которыми К. сможет справляться. Например, «Дай мне, пожалуйста, руку (пауза), вот эту руку (прикосновение к руке)» и последующее ожидание отклика поможет К. лучше понять, что вы ожидаете от него, и к какому действию приглашаете. Такие просьбы могут стать частью алгоритма переодевания, а также других повседневных ситуаций заботы. Мы уверены, что вы уже используете просьбы, и лишь хотим отметить, что они должны быть простыми, понятными и обращенными к мальчику (вместо «мне нужна твоя ручка» - «К., дай мне, пожалуйста ручку, да, да, вот эту. Спасибо!»).

Для поддержки состояния благополучия К. в повседневных делах ему важно слышать от вас о каждом вашем действии заранее, особенно если вы перемещаете его, берете на руки и т.д. Например, вы предупреждаете его «сейчас я подниму тебя (пауза)» и затем начинаете действовать. Мы знаем, что именно предупреждения помогают детям предвидеть, готовиться и начать самостоятельное действие в ответ на слова взрослого, например, протягивать руки, группироваться, то есть помогать вам.

Когда вы надевали комбинезон, К. немного устал. Но вам удалось спокойно продеть руки К. в рукава и застегнуть молнию. И нам хочется сказать вам «спасибо» за ваш темп, бережность и способность ждать. Не форсировать события, а следовать скорости К., наблюдать и плавно возвращаться к взаимодействию.

Мы знаем, что детям важно получать поддержку, когда они справляются с усталостью, стараются сами или дают взрослому завершить начатое. Простые слова, например, «спасибо, ты мне помог, ты выдержал, вот твои ручки» помогут мальчику осознать свой вклад, свое участие в процессе – ведь это он не закапризничал, не прятал руки, то есть помог вам одеть его. Это сотрудничество с его стороны, которое важно подчеркнуть.

*Спасибо за то, что Вы приняли участие в исследовании!*

*Пальмов О.И., к.пс.н., доцент факультета психологии СПбГУ*

*Хвостова К.В., студентка 6го курса факультета психологии СПбГУ*