

**Министерство образования Омской области
БУ ОО «Центр психолого-медико-социального сопровождения»
Региональный ресурсный центр ранней помощи**

Городское методическое объединение специалистов ранней помощи

**Методические рекомендации по консультированию семей детей
раннего возраста по вопросам организации режима сна ребенка**

Составитель: методист БУ ОО «Центр ПМСС»,
педагог-психолог Аржевикина А.В.

Омск - 2024

Установление режимных процессов ребенка – первостепенная задача родителей в воспитании новорожденных детей. При этом на первом месте стоят вопросы организации процессов кормления/питания ребенка, установления цикла сон/бодрствования. Эти вопросы отражают актуальную задачу развития – адаптационную, а также актуальную зону потребностей детей данного возраста.

В последнее время возрастает интерес к изучению значения сна для здоровья ребенка, формирования его когнитивных возможностей и развития мозга.

По современным представлениям, в регуляции сна присутствует гормональный, неврологический и средовой компоненты.

Сон ребенка грудного и раннего возраста является частью сложной и развивающейся регуляторной системы, включающей также кормление и отношения с родителем.

Что мы знаем о норме сна?

Сон доношенного новорожденного (до 2 месяцев) имеет продолжительность в среднем 13–14,5 ч (от 10 до 19 ч) в течение суток. Он имеет полифазный характер без четкой привязанности к темному или светлому времени суток.

Созреванию биологических часов способствует окружение, поведение родителей, соблюдение режима и правил гигиены сна. К концу 2-го месяца большая часть сна приходится на ночь, а к 3 месяцам консолидированный ночной сон составляет не менее 5 часов, однако в конце каждого цикла сна возникают микропробуждения, после которых ребенок вновь быстро засыпает. К 6 месяцам, когда окончательно формируется циркадианный ритм сна – бодрствования, становится возможной и постановка диагноза нарушений сна.

С 2 до 12 месяцев дети спят по 13–14 ч/сут, из которых 9–10 ч приходится на ночной сон, а 3–4 ч распределены между 1–4 эпизодами дневного сна продолжительностью от 30 мин до 2 ч. Продолжительность сна к возрасту 12 месяцев уменьшается до 12 ч, происходит 2 пробуждения.

В 12 месяцев возможен рецидив нарушений сна в виде трудностей засыпания, частых пробуждений. Возможным объяснением этого феномена является то, что сон – это один из критических периодов развития, связанный с формированием моторики и двигательных навыков освоения пространства: ползания и стояния. Некоторые авторы считают, что в возрасте 12–18 месяцев возобновление нарушений сна обусловлено сепарационной тревогой разлучения.

В возрасте 1-3 года общий суточный сон ребенка составляет 10-12 часов, дневной сон варьируется от 1 до 3 часов.

Нарушения сна

Причины нарушений цикла сон-бодрствования (вторичные нарушения сна) встречающиеся в педиатрической практике:

- проявление симптомокомплекса ПЭП (синдром нервно-рефлекторной возбудимости, синдром расстройств вегетативной нервной системы..)

- транзиторные нарушения сна, связанные с периодом колик.

По структуре нарушения сна в детском возрасте существенно отличаются от таковых у взрослых и зависят от возраста ребенка.

У детей, по сравнению с взрослыми, чаще встречаются парасомнии и первичные инсомнии

Парасомнии — это группа состояний, характеризующаяся поведенческими нарушениями в различные фазы сна, проявляющиеся как моторными, так и психическими нарушениями деятельности.

К ним относятся

– нарушения пробуждения — пробуждение со спутанным сознанием, снохождение, ночные страхи;

– нарушение перехода «сон—бодрствование» — сноговорение, вздрагивание, ритмичные движения со сном, ночные судороги мышц ног;

– нарушения, связанные с быстрой фазой сна — ночные кошмары, нарушения поведения, асистолия, сонный паралич;

Реже у детей встречается **инсомния (бессонница)**, т.е. расстройства сна, связанные с недостаточной продолжительностью или неудовлетворительным качеством сна. К первичным, наиболее часто встречающимся у детей, относятся поведенческая, адаптационная, и психофизиологическая инсомнии. Вторичные инсомнии возникают на фоне соматических и психических заболеваний.

В грудном и раннем возрасте преобладают поведенческие инсомнии, в раннем и дошкольном — парасомнии (ночные страхи, снохождение), в школьном возрасте — некоторые типы парасомний (ночной энурез) и инсомний (психофизиологическая инсомния).

В грудном и раннем возрасте наиболее часто встречается так называемая детская поведенческая инсомния. В Международной классификации расстройств сна это нарушение определяется как «трудности засыпания и/или поддержания сна, обусловленные идентифицируемым типом поведения».

Поведенческая инсомния характеризуется трудным засыпанием или нарушением поддержания сна в нужном режиме. Это, как правило, связано с тем, что родители не выработали привычку у ребенка к самостоятельному засыпанию и сну без присутствия взрослых. Поведенческая инсомния наиболее часто встречается у детей первых 4—5 лет жизни и практически не приносит вреда ребенку, если он имеет возможность получить нормальное количество часов сна в сутки. **При этом типе инсомнии больше страдают родители, чем дети.**

«Правильными» называют те ассоциации засыпания, которые вырабатывают у ребенка привычку к самостоятельному сну (без участия взрослых). Для формирования таких ассоциаций рекомендуется с первых месяцев жизни класть спать ребенка одного в кроватку, приучать, чтобы он засыпал без присутствия взрослого.

Источником проблем, которые перерастают затем в детскую поведенческую инсомнию, являются попытки родителей «облегчить жизнь» себе и, как им кажется, ребенку. Младенца укачивают на руках, дают ему засыпать во время кормления. При проявлении беспокойства, крике родители вынимают ребенка из кроватки и берут на руки, либо к себе в постель. Привычка засыпать только в таких условиях или получать их по первому требованию приводит к закреплению у ребенка этих **«неправильных» ассоциаций засыпания**. В дальнейшем каждое укладывание в постель или ночные пробуждения будут сопровождаться требованием предоставить соответствующие для засыпания ассоциации, к которым малыш уже привык (грудь или бутылочку со смесью, качание кроватки и др.). Проблема неправильных ассоциаций засыпания обычно выражена в первые 2 года жизни ребенка.

Другим типом детской поведенческой инсомнии является нарушение установок сна. Эта ситуация уже характерна для детей в возрасте 1–4 лет.

Источник проблемы в том, что ребенок внутренне не согласен с тем местом или временем для сна, которое устанавливают ему взрослые. Например, он недоволен тем, что его поместили в постель слишком рано, хочет продлить время общения с родителями.

Применение лекарственных препаратов для лечения поведенческой инсомнии детей признано неэффективным, так как положительные изменения сна, связанные с седативным и снотворным эффектом препаратов, по окончании лечения нивелируются, так как стиль воспитания и «вредные привычки сна» остаются теми же. Поэтому возрастает роль психокоррекционных мероприятий, эффективность которых признается врачами-клиницистами.

Тактика психолога при консультировании по проблемам сна

1 Этап – Прояснение проблемы

На данном этапе задаются уточняющие вопросы, позволяющие определить стратегию родителей при организации сна ребенка и их отношение к этому процессу

- оцените насколько данная проблема беспокоит вас от 0 до 10
- как часто она возникает? – сколько раз за ночь просыпается ребенок и тд.
- Расскажите как обычно вы готовите ребенка ко сну;
- Придерживаетесь ли вы каких-нибудь правил, всегда ли их соблюдаете;
- Сколько времени обычно у вас уходит на подготовку ко сну и сколько времени нужно ребенку чтобы уснуть?
- Когда возникли описываемые вами трудности, определить триггеры
- Данные трудности возникают у всех членов семьи?

Завершается этап выдвижением гипотезы, чаще о неадаптивной стратегии поведения родителей, определяются мишени работы, даются поэтапные рекомендации и задания

2 Этап – заключается в изменении поведенческой стратегии родителей при организации сна ребенка путем предоставления и выполнения родителями рекомендаций и заданий.

Правила гигиены сна детей

✓ Поддерживать постоянное время укладывания и утреннего подъема в течение недели, вне зависимости от праздников и выходных: позднее укладывание или подъем в выходные могут нарушить режим на несколько дней

✓ Строго ограничить любую активность в кровати (чтение, просмотр фильмов, прием пищи), кроме сна: это нарушает ассоциацию между постелью и сном

✓ Поддерживать комфортные условия в детской спальне/месте для сна: минимальный уровень освещенности, шума/«белый шум», умеренная температура воздуха, удобные матрас, подушка, постель, одежда для сна

✓ Процесс укладывания должен состоять из последовательных, ежедневно повторяющихся мероприятий: вечерний туалет, чтение на ночь

✓ Избегать возбуждающей активности (просмотр телевизора, видеоигры, общение со сверстниками, физическая активность) перед сном, а также при ночном пробуждении. Убрать видеоигры, телевизор, телефон, компьютер из комнаты ребенка

✓ Если ребенок спит днем, необходимо ограничить дневной сон во второй половине дня (после 16:00), а продолжительность дневного сна полутора-двумя часами

✓ Соблюдать режим питания: ребенок не должен ложиться спать ни голодным, ни переевшим. Перед укладыванием можно устроить легкий перекус

✓ Обеспечить достаточный уровень физической активности в течение дня

✓ Утром обеспечить достаточное освещение комнаты ребенка, чтобы стимулировать пробуждение

Методики коррекции

Поведенческая терапия, подразумевающая развитие ассоциаций самостоятельного засыпания и навыков релаксации у ребенка, формирование ритуала засыпания, является методом выбора при детских поведенческих инсомниях.

Самый известный и противоречивый метод поведенческой терапии – это метод оставления, который включает разные по степени участия родителей варианты.

Самый строгий вариант, предложенный М. Weissbluth, подразумевает, что после обычного ритуала укладывания (водные процедуры, уборка, переодевание, пожелание спокойной ночи) родитель оставляет ребенка в кроватке и уходит из комнаты, не реагируя на крики и зов.

Более мягкий вариант методики погашения, метод «проверки и выдержки», предложен R. Ferber.

1. После вечернего ритуала родитель укладывает ребенка в кроватку и уходит из комнаты.

2. В течение 15 минут родитель находится вне комнаты, игнорируя возмущение ребенка.

3. Если через 15 минут ребенок не заснул, родитель подходит, проверяет, все ли в порядке, поправляет постель, снова укладывает ребенка и уходит.

4. Пункты 2 и 3 повторяются, пока ребенок не уснет. Каждый следующий период ожидания увеличивается на две-три минуты.

5. При ночном пробуждении ребенка родитель не подходит к нему 15 минут, чтобы дать ребенку возможность уснуть самостоятельно.

6. Если через 15 минут ребенок не заснул, родитель подходит, проверяет, все ли в порядке, поправляет постель, снова укладывает ребенка и уходит.

7. Пункты 5 и 6 повторяются, пока ребенок не уснет. Каждый следующий период ожидания увеличивается на две-три минуты.

8. На следующую ночь период ожидания равен максимальному достигнутому времени ожидания за предыдущую ночь.

9. За счет постепенного увеличения времени ожидания за несколько ночей период ожидания должен увеличиться до 30 минут. За счет проверок этот метод кажется родителям более приемлемым.

Однако эти методы не должны применяться у детей в возрасте до шести месяцев.

В качестве вариантов можно рассматривать еще более «мягкий» вариант методики погашения – *погашение в присутствии родителя и формирование ритуала сна.*

Формирование ритуала укладывания эффективно при нарушениях сна у детей любого возраста.

Чем раньше формируется ритуал укладывания, тем меньше вероятность возникновения проблем со сном у детей раннего возраста: они быстрее засыпают и спят дольше.

Ритуал должен быть предсказуемым, регулярным, позитивным, расслабляющим и совпадать со временем, когда ребенок сонлив.

Он может включать в себя три-четыре этапа общей продолжительностью 20–45 минут: уборка игрушек и пожелание им спокойной ночи, вечерний туалет, переодевание в пижаму, чтение сказки на ночь, колыбельная. Последняя часть ритуала укладывания проводится уже в постели.

1. Родитель укладывает ребенка в кроватку, а сам находится рядом, пока ребенок не заснет. Если размеры кровати позволяют, родитель может лежать рядом с ребенком.

2. В следующие ночи родитель продолжает находиться рядом с ребенком, но постепенно сокращает количество прикосновений и общения с

ребенком, сидит рядом вместо того, чтобы лежать. При этом родитель намеренно занимается спокойными посторонними делами (например, чтением), а не ребенком.

3. Родитель укладывает ребенка в кроватку, а сам сидит на стуле в 5 метрах от нее, пока ребенок не заснет.

4. В следующие ночи стул следует постепенно отодвигать на все большее расстояние от кроватки.

5. На следующем этапе можно попробовать выходить из комнаты на несколько секунд, возвращаясь до того, как ребенок начнет плакать.

6. При ночных пробуждениях родитель повторяет действия при укладывании на этом этапе.

Поведенческая терапия детской инсомнии по типу нарушения установок.

Неправильная установка места засыпания заключается в отказе ребенка спать в своей кроватке/ комнате. Ребенок будет настаивать на том, чтобы засыпать в постели с родителями или в общей комнате, при просмотре телевизора.

1. После вечернего ритуала родитель укладывает ребенка в кроватку, прощается с ним.

2. Если ребенок пытается оттянуть момент засыпания и просит родителя рассказать еще сказку (поговорить, посидеть), родитель под предлогом «неотложных дел» уходит, но обещает вернуться через пять минут.

3. Через семь – десять минут родитель ненадолго возвращается, чтобы проверить ребенка, но опять уходит под тем же предлогом и обещает, что вернется через десять минут.

Эта тактика также создает для ребенка иллюзию контроля над ситуацией, кроме того, лежа в постели в темноте, он не может адекватно оценивать прошедшее время.

Если ребенок привык спать в постели родителей, но они в определенный момент делают выбор в пользу раздельного сна, переход малыша к самостоятельному сну должен быть постепенным и последовательным.

Для ребенка, который может выбраться из кроватки и дойти до спальни родителей, в первые ночи следует положить отдельный матрас рядом с родительской кроватью. Затем матрас переносят в отдельную комнату в кроватку ребенка, но разрешают ему приходить в спальню родителей через одну-две ночи, постепенно увеличивая количество ночей самостоятельного сна. В дальнейшем можно разрешить ребенку приходить в спальню родителей при определенных условиях: после звонка будильника или утром в выходной день. При этом следует установить положительную ассоциацию со своим спальным местом. Для этого можно привлечь ребенка к выбору постельного белья, пижамы, занавесок в спальню и других элементов обстановки, использовать сюжетно-ролевые игры и сказки.

Основой любого метода поведенческой терапии являются четкое следование установленным правилам и последовательный переход от одного этапа к другому. Нарушение этих правил приведет к тому, что время коррекции увеличится или методика окажется неэффективной.

Условия эффективности методик коррекции:

- желание, готовность и способность родителей к изменению поведенческого стереотипа.

Не всегда родители желают изменений – вторичная выгода от сложившейся ситуации

Недостаточная готовность и способность матери к изменениям чаще продиктована ее астенизацией и невротизацией, депрессивным состоянием, отсутствием социальной поддержки. В данных случаях необходима предварительная работа с матерью: - поиск социальной поддержки, - обучение тайм-менеджменту (планированию дел), - обучение техникам саморегуляции. При вторичных выгодах требуется индивидуальная и семейная психотерапевтическая помощь.